

”Det e’ fortvilende hvis ikkje de har ressurssterke foreldre!”

**Erfaringer med samordning av tjenester, for brukere med omfattende
og sammensatte hjelpebehov - individuell plan**

Masteroppgave

Borghild Lieng

Institutt for administrasjon og organisasjonsteori

Universitetet i Bergen

Våren 2008

Forord

Jeg vil først av alt få takke hver av mine 15 informanter, for at dere ville dele deres innsikt, erfaringer og refleksjoner, omkring de utfordringer dere – fra ulike ståsteder - opplever i fbm samordning av tjenester når det foreligger et bredt og sammensatt hjelpebehov over tid.

Takk til Bergen kommune ved Magne Ervik og Åsane bydel ved Jann Aasbak for velvillig tillatelse til å gjøre intervjuer. Takk også til Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Helse Bergen, og Fylkesmannsambetet.

Stor takk til min hovedveileder professor Anne Lise Fimreite og min biveileder professor Harald Sætren for flott oppfølging, mange gode råd og poengterte kommentarer underveis – alltid kjapt levert!

Takk også til professor Per Lægreid og de øvrige deltakere i forskningsseminaret om flernivåstyring ved Institutt for administrasjon og organisasjonsteori ved UiB, for verdifulle tilbakemeldinger.

Takk til gode venner for oppmuntrende kommentarer – og ikke minst:

Stor takk til Steinar – aldri lenger enn en telefon unna, når pc-en krøller seg.

Og stor takk til Arthur – without whom this work would not have been done!

Innhold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 6 |
| 1.1 | Individuell plan..... | 6 |
| 1.2 | Fragmentert forvaltning..... | 7 |
| 1.3 | Problemstilling..... | 8 |
| 1.4 | Data og metode..... | 8 |
| 1.5 | Motivering og relevans..... | 10 |
| 1.6 | Teoretisk bakgrunn..... | 11 |
| 1.7 | Studiens oppbygging..... | 12 |
| 2 | Teorikapittel..... | 13 |
| 2.1 | Definisjoner på samordning..... | 14 |
| 2.2 | Gulick om spesialisering og samordning..... | 15 |
| 2.2.1 | Oppsummering..... | 19 |
| 2.3 | Mintzberg..... | 19 |
| 2.3.1 | Samordning mellom avdelinger..... | 22 |
| 2.3.2 | Antakelser..... | 23 |
| 2.4 | Reformperspektivet..... | 24 |
| 2.5 | Institusjonelt perspektiv..... | 26 |
| 2.6 | Oppsummering..... | 29 |
| 3 | Bakgrunnskapittel..... | 31 |
| 3.1 | Intensjon om samordning i lovverk og forarbeider..... | 31 |
| 3.1.1 | Om individuell plan..... | 34 |
| 3.1.2 | Hvorfor kom forskriften om individuell plan?..... | 36 |
| 3.2 | Om oppgavefordelingen mellom stat og kommune..... | 39 |
| 3.3 | Prinsippet om ministeransvar i den norske forvaltningen..... | 40 |
| 3.4 | New Public Management og økende fragmentering av forvaltningen..... | 41 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.5 | Om pendelen som svinger – spesialiseringsprinsipper i kommunene | 42 |
| 3.5.1 | Tradisjonell sektormodell..... | 42 |
| 3.5.2 | Spenning mellom sektor og bydelsorganisering – bydelsreformer | 43 |
| 3.5.3 | Ny sektororganisering - To-nivåmodell med single purpose organizations | 44 |
| 3.5.4 | Slitasjeeffekt av hyppige reformer? | 45 |
| 3.6 | Oppsummering | 46 |
| 4 | Datakilder og metode | 47 |
| 4.1 | Innledning..... | 47 |
| 4.2 | Design/opplegg..... | 47 |
| 4.3 | Utvalg av respondenter | 48 |
| 4.4 | Intervjuopplegget..... | 50 |
| 4.5 | Nærmere om reliabilitet og validitet..... | 51 |
| 5 | Empirikapittel..... | 53 |
| 5.1 | Erfaringer og vurderinger ved bruk av individuelle planer | 55 |
| 5.1.1 | Brukere og pårørende | 55 |
| 5.1.2 | Tjenesteytere | 59 |
| 5.1.3 | Tilsynsmyndigheten | 63 |
| 5.1.4 | Oppsummering | 65 |
| 5.2 | Hvem har ansvar for å koordinere? | 66 |
| 5.2.1 | Brukere/pårørende og tilsynsmyndigheten..... | 66 |
| 5.2.2 | Tjenesteytere | 67 |
| 5.2.3 | Oppsummering | 68 |
| 5.3 | Hva skal til for å oppnå en tjenlig samordning? | 69 |
| 5.3.1 | Brukere og pårørende | 69 |
| 5.3.2 | Tjenesteytere | 70 |
| 5.3.3 | Tilsynsmyndigheten | 71 |
| 5.3.4 | Oppsummering | 72 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 5.4 | To landsomfattende tilsyn med tjenester til voksne og barn med langvarige og sammensatte tjenestebehov | 72 |
| 5.4.1 | Bakgrunnen for tilsynene | 72 |
| 5.4.2 | Om utvalget av tilsynssteder – ikke representative men strategiske utvalg | 73 |
| 5.4.3 | Helsetilsynets vurderinger | 74 |
| 5.5 | Oppsummering av empirikapittelet | 79 |
| 6 | Analyse..... | 81 |
| 6.1 | Hvordan kombinere nettverk og hierarki?..... | 82 |
| 6.1.1 | Passiv samordning..... | 85 |
| 6.1.2 | De særlige utfordringer ved tonivåmodell og single purpose organizations..... | 86 |
| 6.1.3 | Om generelle og spesielle nettverk, og om store og små kommuner..... | 87 |
| 6.1.4 | Åsanes tverrfaglige utvalg – kollegialt organ uten myndighet | 88 |
| 6.2 | Om reformperspektivet versus et institusjonelt perspektiv | 90 |
| 6.2.1 | Betydningen av brukerens og/eller pårørendes personlige ressurser | 91 |
| 6.2.2 | Viktigheten av sterk lederforankring for å lykkes..... | 92 |
| 7 | Oppsummering og forslag til tiltak | 93 |
| 7.1 | Oppsummering av oppgaven | 93 |
| 7.2 | Noen avsluttende kommentarer, samt forslag til tiltak..... | 95 |
| 7.2.1 | Om individuell plan og retten til tjenester..... | 95 |
| 7.2.2 | Bør flere tjenester omfattes av bestemmelsene om individuell plan? | 95 |
| 7.2.3 | Nivå med myndighet mellom den enkelte tjeneste og byomfattende nivå?..... | 96 |
| 7.2.4 | Tiltak for å styrke koordinatorrollen | 97 |
| 7.2.5 | En sluttkommentar | 97 |
| | Litteraturliste | 99 |
| Vedlegg 1 | Hvem har jeg intervjuet? | 103 |
| Vedlegg 2 | Forkortelser..... | 104 |

1 Innledning

- ”Det e’ fortvilende hvis ikkje de har ressurssterke foreldre!”

Jeg har valgt dette utsagnet, fra en av mine brukerinformanter i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (intervju 29/9-06), som tittel for min masteroppgave om erfaringer med samordning av tjenester for brukere med omfattende og sammensatte hjelpebehov. Dette sitatet kan stå som mye av et nøkkelutsagn for hvordan brukere og pårørende *kan* erfare det å være i en situasjon der man har behov for å forholde seg til mange tjenesteytere, som hver for seg yter en større eller mindre *deltjeneste*, av det brukeren samlet trenger, for å få dagliglivet til å henge i hop. Oppgaven er en casestudie, der jeg definerer casen som *samhandlingen knyttet til den samlede tjenesteyting i saker der individuelle planer nyttes*, og jeg definerer kontekst som *de organisatoriske forhold som er rundt denne samhandlingen*.

Intensjonen om tverrfaglig samarbeid og samordning¹ innen helse- og sosialsektoren har en mangeårig og klar forankring. Som jeg skal gjøre nærmere rede for i bakgrunnskapitlet, har denne intensjon gjennom en årrekke vært nedfelt i lovverket. Både sosialtjenesteloven, barnevernsloven, og helselovgivningen påpeker klart behovet for å samhandle med andre tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer, når dette er nødvendig i det helse- og sosialfaglige arbeidet for den enkelte bruker, for å kunne se brukerens behov i et helhetsperspektiv.

1.1 Individuell plan

Individuell plan er kommet for å bidra til at dette helhetsperspektivet kan bli ivaretatt i praksis (Berntutvalget, NOU 2004:18).

Individuell plan er en juridisk rettighet til samordning av tjenester, som er nedfelt i helselovgivningen² fra 2001, og som er nærmere definert i *Forskrift om individuell plan*.³ Ordningen er omtalt som et ”verktøy” for å samordne, eller koordinere, de ulike tjenester en bruker⁴ mottar, dersom brukeren har et omfattende og sammensatt hjelpebehov over lengre

¹ Samordningsbegrepet drøftes i teorikapitlet. Her skal bare kort bemerkes at det ”i det praktiske liv” i forvaltningen, gjerne sondres mellom *samarbeid* og *samordning*, slik at samarbeid omtales som noe uforpliktende og frivillig, mens man med samordning refererer til mer varig/forpliktende samhandling mellom ulike avdelinger og/eller etater, *der man oftest må forplikte seg til å yte ressurser inn i samhandlingen*. Det er samordning, i den siste betydningen, som er gjenstand for drøfting i denne studien.

² Retten til individuell plan er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern, og pasientrettighetsloven fra 2001. Fra 2004 er retten til individuell plan også nedfelt i sosialtjenesteloven, og fra 2006 er retten til individuell plan nedfelt i arbeids- og velferdsforvaltningsloven.

³ FOR 2004-12-23 nr. 1837: *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Forskriften kom første gang i 2001. Heretter i referanser kalt IP-forskrift.

⁴ Begrepet ”bruker” er tidvis gjenstand for debatt. Begrepene ”Klient”, ”bruker”, ”borger” og ”tjenestemottaker”, har alle vært brukt, i ulike sammenhenger, og de belyser ulike aspekter. Begrepet ”borger” vektlegger den enkelte som samfunnsdeltaker. Begrepet ”myndiggjør” personen. Begrepet vektlegger deltakelse, og også

tid (NOU 2004:18). Forskriften om individuell plan gir en tjenestemottaker, eller en bruker, *rett til å få utarbeidet en felles plan for de ulike tjenestene brukeren samlet trenger*, dersom han eller hun har et omfattende behov for koordinert hjelp fra flere tjenester over lengre tid. Den personen som har bruk for denne type samordnet hjelp, har i henhold til denne forskriften *rett til å be om* en individuell plan. Planen utløser imidlertid ikke i seg selv en rett til tjenester (IP-forskrift § 4, 3.ledd).

I følge Sosial- og helsedirektoratet, er *formålet* med den individuelle planen å gi et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det til enhver tid er én ansvarsperson som har hovedansvaret for oppfølgingen og koordineringen (SH-dir 2005a). Med ansvarsperson menes her en ansvarsperson *fra forvaltningen, en tjenesteyter* (IP-forskr. §2a). Lovgivers intensjon med Forskrift om individuell plan var *å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov ses i sammenheng* (Helsetilsynet 2006/3).

Statens Helsetilsyn viser til *brukernes opplevelse av et fragmentert tjenestetilbud uten samarbeid og koordinering* som bakgrunn for at retten til å kunne be om en individuell plan ble forskriftsfestet (op cit).

1.2 Fragmentert forvaltning

Som jeg drøfter nærmere i bakgrunnskapitlet, anses norsk forvaltning å være ganske sektorisert, pga prinsippet om ministeransvar, og en tradisjon med sterke fagdepartement, og svake overdepartement (Lægreid og Pedersen, 1999, Christensen og Lægreid, 2002). Den statlige samordningen innen sektorer (vertikal samordning) anses som sterk og styrket, mens samordning på tvers av sektorer (horisontal samordning) anses å være vanskeliggjort som følge av dette. Kapasiteten til å motsette seg samordning anses å ha økt, bl a som følge av New Public Management-reformer (Fimreite og Lægreid, 2004). Fra 2004 har Bergen kommune, i likhet med en rekke andre kommuner, innført tonivåmodell med vertikalt

ansvar, og betoner borgeres mulighet til, og kanskje også forpliktelse til, å delta i samfunnslivet. Begrepet kan betone å se samfunnet i en helhet, det kan betone en bred rolle. Ref. eksempelvis Statsvitenskapelig leksikon. Jeg vil likevel la det begrepet ligge her. "Bruker"-begrepet har i de senere år i stor grad kommet inn som erstatning for begrepet "klient", i hvert fall innen sosialsektoren, i det klient-begrepet gradvis ble oppfattet å kunne være stigmatiserende. I advokatsammenheng oppfattes klientbegrepet derimot ikke stigmatiserende. Ved siden av begrepet bruker, anvendes i dag i forvaltningen ofte begrepet "tjenestemottaker". Det er dette begrepet som brukes i forskriften om individuell plan. Jeg vil i min oppgave i hovedsak anvende begrepet bruker, eventuelt supplert med begrepet tjenestemottaker. Begrepene betegner i denne sammenhengen en person som mottar, (eller kanskje venter på å motta), tjenester fra i hovedsak den offentlige forvaltningen, eventuelt også fra private tjenesteytere. Bernt-utvalget gir denne definisjon av begrepet tjenestemottaker (NOU 2004:18): "Den som tjenesten gis til eller tar sikte på å hjelpe, eller som søker om en tjeneste. Begrepet omfatter således personer fra det øyeblikk vedkommendes situasjon blir gjort til gjenstand for utredning eller formell saksbehandling. (Erstatter begrepene bruker, klient, pasient og tilsvarende som benyttes i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven)"

fragmenterte resultatenheter, eller såkalte "single purpose organizations" (Christensen og Lægreid, 2001).

Vi har dermed på den ene side en lovfestet intensjon om å se brukerens samlede behov i en helhet, og på den andre side en – kanskje stadig økende - fragmentering av forvaltningen.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen for studien er å undersøke ulike aktørers - brukere og pårørende, tjenesteytere og tilsynsmyndigheten - erfaringer med individuell plan. Jeg vil for det første *kartlegge hvordan de ulike aktørene erfarer horisontal samordning av tjenester*, som retten til en individuell plan handler om. Jeg vil for det andre søke å avdekke *de organisatoriske forholdenes betydning* for denne koordineringen av tjenester.

Denne problemstillingen fører med seg noen forskningsspørsmål, som jeg forfølger videre i studien, og jeg vil her berøre noen av dem. Lovverket fastslår at én tjenesteyter skal ha hovedansvaret for å koordinere tjenestene til den enkelte bruker som kommer inn under denne ordningen (IP-forskrift § 2a). Det er i forskriften henvist til flere instanser som kan ha et ansvar for å utarbeide en individuell plan, det kan være "kommunens helse- og sosialtjeneste", og det kan være "helseforetaket", og det henvises i samme bestemmelse til 4 forskjellige lovverk (IP-forskrift § 6)⁵.

Når flere sideordnede tjenester er involvert i samme sak, hvordan utvelges den tjenesteyteren som får hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren?

Det er i forskriften ikke definert noen bestemt myndighet for denne tjenesteyteren, som ofte benevnes koordinator. Hvordan er vilkårene for en koordinator - uten myndighet - for å ivareta en horisontal koordinering av tjenester til den enkelte bruker – i en forvaltning preget av klare vertikale styringslinjer?

1.4 Data og metode

Studien er lagt opp som en case-studie, med to typer data. Jeg har intervjuet 15 informanter blant følgende tre typer av aktører, som på ulike vis kommer i berøring med individuelle planer - brukere og pårørende, tjenesteytere, og tilsynsmyndigheten - ut fra en kvalitativ tilnærming (Yin, 1994, Andersen, 2006).

⁵ Det henvises i denne bestemmelse til hhv kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, spesialisthelse-tjenesteloven, og psykisk helsevernloven. Dvs når tjenester ytes ihht til disse lovverk, kan brukeren under visse forhold ha rett til å be om at en individuell plan skal bli utarbeidet.

Utgangspunktet for intervjuene har knyttet seg til følgende fire spørsmål:

For det første spør jeg etter heldige og mindre heldige erfaringer med samordning av tjenester og bruk av individuelle planer.

For det andre spør jeg om hvem man mener har et særskilt ansvar for å få etablert den nødvendige samordning.

For det tredje spør jeg om synspunkter på hva man tror er årsakene til de (eventuelle) mindre heldige erfaringene; synspunkter på hva som er vanskelig, og synspunkter på hvorfor det er vanskelig. Og for det fjerde spør jeg informantene om synspunkter på hva som skal til for å oppnå en tjenlig samordning.

Disse spørsmålene er empirisk avledet av problemstillingen for studien. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i dem fordi jeg anser at de fanger opp viktige sider ved problemstillingen, og de utfordringer som synes å være forbundet med samordning av tjenester.

Jeg trekker inn to rapporter fra Statens Helsetilsyn, som oppsummerer tilsyn i nærmere 100 kommuner og 20 spesialisthelsetjenestesteder, som har tatt for seg samordning av tjenester til hhv voksne brukere, og barn, med omfattende og sammensatte hjelpebehov. (Helsetilsynet 2006/3 og 2007/4).

Jeg har gjort et strategisk utvalg av informanter, fra hhv brukere/pårørende, tjenesteytere, og tilsynsmyndigheten. (Grønmo 2004). Informantene, og hvordan de er valgt ut, presenteres nærmere i kapittel 4.

Hver av informantene er bedt om å snakke generelt ut fra sine erfaringer og sine ståsteder. Om lag halvparten av informantene har tilknytning til Åsane bydel. De øvrige har sine erfaringer dels fra andre bydeler i Bergen, eller at de har hele byen, eller hele/store deler av fylket som sitt ansvarsområde. Selv om jeg har mange informanter fra Åsane, er dette likevel ikke blitt en ”nærstudie” av hvordan det står til med individuell plan *spesifikt* i denne bydelen; da burde jeg gjennomgående ha valgt alle informantene fra denne bydelen, hvilket jeg ikke har gjort. Dette er *ikke* en studie hvor jeg har undersøkt *fordeling*; hvor mange gode saker, og hvor mange eventuelt mindre gode saker, vi måtte ha – enten i Bergen, eller i Åsane – har ikke vært gjenstand for vurdering i denne studien.

Jeg legger til grunn en antakelse om at vi har mange gode eksempler på forvaltningens samordning av omfattende og sammensatte hjelpebehov, og viser til hva både pårørende og tjenesteinformanter i mitt datamateriale gir uttrykk for: det kan løfte en bær fra foreldrenes

skuldre, når de får en individuell plan på plass. Men jeg legger også til grunn en antakelse om at dette er et arbeidsfelt forvaltningen kan bli bedre på.

Mitt anliggende har vært å prøve å finne ut noe *generelt* om hvordan samordning av et sammensatt hjelpebehov erfares og vurderes i dag, av de ulike aktørene som er involvert. Hva kjennetegner de gode sakene, hva oppleves som vanskelig og hvorfor er denne type samordning tidvis vanskelig å få til? Hvilken betydning har måten vi organiserer disse tjenestene på? Denne type spørsmål, som kan ses i sammenheng med de spørsmål jeg tidligere har presentert, har dannet utgangspunkt for denne studien.

Når jeg har valgt å gjøre de fleste av mine intervjuer fra førstelinjen i Åsane bydel, så har dette hovedsakelig to grunner; den ene grunnen er at denne type horisontal samordning synes å kunne være en større utfordring å få til i større bydeler/kommuner enn på mindre steder. Åsane bydel er, med sine nesten 40 000 innbyggere, den mest folkerike av bydelene i Bergen, og det er derfor interessant å se nærmere på erfaringer knyttet til denne type samordning i en bydel der dette, pga bydelens størrelse, kan forventes å representere en særlig utfordring. Den andre grunnen knytter seg til at jeg selv arbeider i Bergen kommune, samt at jeg også har vært folkevalgt representant i Bergen bystyre. Jeg har imidlertid ikke arbeidet eller hatt politiske verv i Åsane bydel, og ved å velge de kommunale tjenesteyterne fra denne bydelen, er det mitt ønske at jeg derfor lettere kan ivareta en distanse mellom rollen som masterstudent i forhold til rollen som ansatt, og rollen som (tidligere) folkevalgt.⁶

1.5 Motivering og relevans

Begrunnelsen for studien er at jeg vurderer temaet samordning av tjenester til brukere med sammensatte behov, som viktig først og fremst fordi det synes *vanskeligere* for forvaltningen å bli god på å *samordne mange tjenester* overfor brukere med omfattende hjelpebehov, enn å levere én og én tjeneste om gangen, til brukere med mer avgrensede tjenestebehov.

Jeg håper derfor studien kan få en praktisk og en teoretisk nytteverdi.

⁶ Tillatelse til intervjuer av medarbeidere i Bergen kommune/bruk av skriftlig materiale, i fbm masteroppgaven er gitt av Magne Ervik ved Byrådsavdeling Helse og omsorg. Tillatelse til intervju av ledere og medarbeidere i Åsane bydel i fbm masteroppgaven er gitt av helse- og sosialrådgiver Jann T. Aasbak. Min egen tilknytning til Bergen kommune: ulønnet permisjon fra januar 06 til januar 08 for å ta mastergraden ved adm org, ved UiB. Tilbake i jobb som økonomisk rådgiver fra jan 08. Fast tilsetting i Bergen kommune, siden 1991. Har arbeidet ved ulike tjenester og i ulike bydeler i kommunen. Jeg har ikke arbeidet i Åsane bydel. Jeg har vært folkevalgt representant i Bergen bystyre fra 1987 til 2003. Jeg har hatt en rekke ulike verv i fbm dette, men ikke verv spesielt tilknyttet Åsane bydel.

1.6 Teoretisk bakgrunn

Det teoretiske utgangspunktet for studien er et utfyllingsperspektiv (Roness, 1997) mellom hhv et reformperspektiv, og et institusjonelt perspektiv (Brunsson og Olsen, 1990).

Serigstad (2003) fremholder at et utviklingsoptimistisk syn, som reformperspektivet er preget av, synes å gjøre seg gjeldende i offentlige utredninger og på politisk nivå. Brunsson og Olsen definerer reformer som bevisste organisatoriske endringer (1990:11). Men ikke alle endringer er reformer, og ikke alle reformer fører til endring, fremholder de. Deres perspektiv er at institusjonaliserte organisasjoner og omgivelser påvirker ”reformatorenes” valgmuligheter, og at man ved bedre å forstå de realistiske institusjonelle forutsetningene, kan ha en større mulighet til å nå sine reformmål.

Samordning av ulike tjenester til én bruker, som bestemmelsene om individuell plan omhandler, vil jeg med utgangspunkt i Gulick (1937) definere som *i hovedsak horisontal*, selv om den kan inkludere tjenester både fra første- og andrelinjen. Jeg begrunner dette med at tjenestene som må samhandle i første- og andrelinjen ikke nødvendigvis tilhører samme fagsilo, dvs eksempelvis ikke bare barnevern innen stat og kommune, eller ikke bare psykiatri innen stat og kommune, men tjenester på tvers av disse fagsiloene⁷.

Jeg anvender Gulick (1937) og Mintzbergs (1979) begreper om spesialisering og samordning, og jeg legger særlig vekt på følgende to samordningsmekanismer: byråkratiets hierarkiske samordning ved hjelp av standardisering, og vurderer dette mot nettverkets samordning ved hjelp av gjensidig tilpasning (Mintzberg 1979). Jeg legger til grunn en antakelse om at nettverkets samordning ved gjensidig tilpasning, er en nødvendig forutsetning for å lykkes med den horisontale samordning som individuelle planer innebærer. Hvilke muligheter har denne samarbeidsformen for å lykkes, i et hierarkisk – og for Bergens vedkommende stort – byråkrati?

⁷ Begrepsparet førstelinje og andrelinje brukes kanskje særlig innen helse- og sosialfeltet, der førstelinjetjenestene er kommunale, og andrelinjetjenestene er statlige. Før sykehusreformen kunne andrelinjetjenestene også være fylkeskommunale, men disse tjenester er nå i all hovedsak blitt overført til statlig nivå.

1.7 Studiens oppbygging

Studien er inndelt i sju kapitler. I kapittel to, teorikapitlet, redegjør jeg for det teoretiske grunnlaget jeg har valgt for denne studien. Jeg gir først en gjennomgang av begrepene samordning og spesialisering, for deretter å ta for meg hhv et reformperspektiv og dernest et institusjonelt perspektiv, og utlede forventninger ut fra begge disse perspektivene

I kapittel tre, bakgrunnskapitlet, redegjør jeg først for hvordan den generelle målsettingen og intensjonen om å se brukerens behov i en helhet kommer til uttrykk i lovverk og utredninger på helse- og sosialfeltet. Jeg går så nærmere inn på forvaltningens plikt til å samordne tjenester for brukere med omfattende og sammensatte hjelpebehov, slik dette kommer til uttrykk i forskriften om individuell plan.

Jeg vil deretter ta for meg noen organisatoriske utviklingstrekk i den norske velferdsforvaltningen. Sterke vertikale styringslinjer, og økt horisontal fragmentering, synes å prege det organisatoriske bildet i dag. Spørsmålet vil være om disse utviklingstrekk kan forventes å fremme eller hemme den type horisontal samordning som de individuelle planene innebærer.

I kapittel fire, data og metodekapitlet, går jeg nærmere inn på studiens todelte datagrunnlag. Videre redegjør jeg nærmere for case-studie som metodisk valg.

I kapittel fem, empirikapitlet, presenteres funnene i studien, med utgangspunkt i hva de tre gruppene av informanter, hhv brukere og pårørende, tjenesteytere, og tilsynsmyndigheten, har vektlagt gjennom de kvalitative, åpne og samtalepregede intervjuene (Andersen 2006).

Deretter presenteres funn og vurderinger fra de to landsomfattende tilsynsrapporter, som jeg har valgt å trekke inn i min studie, for å gi et bredere bakteppe enn 15 intervjuer kan gjøre alene.

I analysekapitlet, kapittel seks, drøftes funnene opp mot det teoretiske rammeverket jeg har trukket opp i kapittel to.

I kapittel sju oppsummerer jeg studien, og drøfter noen tiltak, som jeg mener burde kunne vurderes, for at denne type horisontal samordning av tjenester raskere kunne falle på plass for brukere og pårørende, og kunne fremstå som mindre ”kviafull” for tjenesteyterne - for å låne et uttrykk fra en av mine informanter.

2 Teorikapittel

Jeg vil, med henvisning til Grønmo (2004), definere min studie som først og fremst en *beskrivende*, men også dels en *forklarende* studie. Det vil si jeg ønsker å:

kartlegge og drøfte ulike egenskaper ved samfunnsforhold, og søke å *avklare* hvordan disse samfunnsforhold *faktisk er* (Grønmo 2004:355).

Derneft ønsker jeg å søke å avklare hvorfor forholdene er slik de er, eller med Grønmos ord:

Belyse hvordan visse fenomener i samfunnet kan forklares av andre fenomener (op cit).

Det sentrale spørsmålet i denne studien er *hvordan samordning av tjenester fungerer*, overfor brukere med et sammensatt hjelpebehov. Hensikten med teorikapittelet er å finne frem til teoretiske verktøy til analysen av de innsamlede data, som baserer seg på intervju av de ulike grupper av aktører som innledningsvis er presentert, knyttet til deres erfaringer med samordning av tjenester ved bruk av individuelle planer, i de saker der tjenestebehovet er så vidt omfattende og sammensatt at samordning av tjenester blir nødvendig. Til dette trenger vi en nærmere teoretisk forståelse av begrepet samordning. Gulick (1937) og Mintzberg (1979) drøfter sammenhengen mellom spesialisering og samordning. De to kategoriene anses å avhenge av hverandre, og ulike spesialiseringsformer anses å føre til ulike samordningsbehov. Vi trenger en forståelse av begrepet spesialisering, og en forståelse av den teoretiske sammenhengen mellom samordning og spesialisering. Når jeg velger å fokusere på disse to begrepene, samordning og spesialisering, er det fordi jeg forventer at de vil kunne belyse og gi nærmere innsikt i problemstillingen i studien.

Problemstillingen i studien omfatter også hvilken betydning de organisatoriske forhold får for den type horisontal samordning som den individuelle planen innebærer. Til dette velger jeg å anvende instrumentelle og institusjonelle forklaringsmodeller. Hvordan kan disse teoretiske modeller bidra til en forståelse av de organisatoriske forholdenes betydning? Og hva kan vi forvente, ut fra de ulike teoretiske perspektivene?

Roness (1997) omtaler 4 ulike strategier for å håndtere teorimangfold; avskjerming, utfylling, konkurrering og forening (sameining). Av disse perspektivene tar jeg først og fremst utgangspunkt i et utfyllingsperspektiv. En utfyllingsstrategi mellom det instrumentelle perspektivet på den ene side, og institusjonelle perspektiver på den andre side, innebærer at begge perspek-

tivene antas å ha en forklaringskraft på deler av problemstillingene som tas opp i studien. De ulike teoriene forventes å fange opp ulike observasjoner, og teoriene forventes til sammen å gi bedre forståelse enn hva hver av dem kan gjøre alene (Roness 1997:102). Samtidig forventer jeg at det også kan være en spenning mellom de to teoretiske perspektivene, dermed kan også et konkurrerende perspektiv forventes å ha forklaringskraft (Roness op cit).

2.1 Definisjoner på samordning

Peters (2003) skiller mellom samordning ved *utforming* av politikk, og samordning ved *iverksetting* av tiltak. Det er samordning ved iverksetting som er det aktuelle perspektivet i denne studien. Retten til å kunne be om en individuell plan er lov- og forskriftsfestet; hvordan denne rettigheten iverksettes, dvs hvordan denne rettigheten virker i praksis, er temaet for min studie.

Litteratur skiller mellom samordning som *prosess* og samordning som *struktur*.

Serigstad (2003:34) definerer samordning som en *prosess*, der

*ulike aktørars handlingar blir bevisst relatert til kvarandre innafor ramma av ein felles einskap*⁸

Den felles rammen, eller den felles einskapen, anser jeg i mitt tilfelle å være de involverte parter i den enkelte individuell plan-sak, dvs brukeren, oftest også de pårørende, samt de forskjellige tjenesteyterne, men også deres respektive tjenestesteder, som er inne i den enkelte saken. Disse involverte partene, i den enkelte individuelle plan-saken, anser jeg å være den organisatoriske rammen der samordningen forventes å finne sted. Aktørene vil være forskjellige i hver enkelt individuell plan-sak. Samordning som prosess defineres som samordning av aktiviteter, innenfor en beslutningsprosess eller innenfor en gitt struktur (Serigstad 2003).

Samordning kan også forstås som *struktur*, eller *resultat*. Peters (1998:296, 303) refererer til samordning som resultat ("end-state"), der politikktutforming og programmer er kjennetegnet ved minimal overlappning (redundancy), minst mulig målkonflikter overfor de samme brukergruppene (incoherence), og at man i minst mulig grad får en situasjon der ingen produserer en nødvendig tjeneste (lacunae). Alle de tre punktene i Peters' definisjon kan gi relevante inntak til forståelse av samordningsbegrepet som er aktuelt i min studie. Hans tredje punkt velger jeg å relatere til samordning i stedet for tjeneste – dvs man kan tenkes å få en situasjon der ingen vil "produsere", eller stå for den samordningen som en individuell plan krever.

I min studie vil både et prosess- og et strukturaspekt ved samordning være aktuelt.

⁸ Serigstad refererer til Larsson, 1986 og Sundstrøm, 1999.

I den enkelte sak skal en rekke aktiviteter, dvs en rekke tjenester, samordnes, hvilket innebærer at det handler om samordning som prosess, og jeg vil være opptatt av å se nærmere på hvordan denne prosessen fungerer.

Samtidig blir det å analysere og forstå strukturen vesentlig; hvordan er den organisatoriske rammen, eller strukturen, rundt de forskjellige tjenester som er involvert i den enkelte sak, og hvordan virker disse strukturene inn på mulighetene for å samordne, og hvilke måter man kan samordne på? I hvilken grad utgjør ”den felles rammen” rundt den enkelte individuell plan-sak en klar struktur for samhandling?

Serigstad (2003) fremholder, i sin analyse av organiseringen av beredskapsarbeid sett i lys av Sårbarhetsutvalgets innstilling, at *alle ønsker samordning*, men ingen ønsker å *bli samordnet*. Dette definerer hun som negativ samordning.

Ut fra det forhold at det ikke er knyttet ressurser til samordningsjobben i fbm individuell plan – i en struktur med mange sideordnede, uavhengig organiserte tjenester, der ingen kan sies å ha et større ansvar for å koordinere enn de øvrige – vil jeg forvente at kanskje ikke så mange av aktørene har spesiell lyst til å *samordne*. Jeg ville anta at de enkelte aktørene kanskje er noe tilbakeholdne, og håper at noen av de øvrige involverte ”tar saken”. Dette kan kalles en *passiv* samordning.

Jeg forventer i min case i større grad å finne passiv samordning, dvs at ingen har spesiell lyst til å samordne, heller enn negativ samordning, dvs at ingen har lyst til å bli samordnet. Jeg forventer mao. at det ikke så mye handler om vegring mot å være inkludert i samordningen, men at der kan være en vegring i forhold til å være den som skulle *stå for* samordningen, i den enkelte individuelle plan-saken.

For å få en nærmere forståelse av kategoriene spesialisering og samordning, og hvordan de innbyrdes forholder seg til hverandre, vil jeg undersøke Gulick og Mintzbergs teoribidrag.

2.2 Gulick om spesialisering og samordning

Hvis arbeidsdeling er uunngåelig, blir samordning en nødvendighet, sier Gulick (1937:6). Hans to hovedformer for samordning; ved *organisering*, som han beskriver som en hierarkisk ovenfra-og-ned-prosess, og samordning *ved at en idé dominerer*, som han beskriver som en nedefra-og-opp-prosess, vil variere, avhengig av hvilke av de fire spesialiseringsprinsipp som anvendes; *formål, prosess, målgruppe og geografi*, i det disse fører til *ulike* samordningsbehov og ulike samordningsutfordringer, både internt og eksternt. I praksis vil hverken disse

spesialiseringsprinsippene eller samordningsformene opptrer helt rendyrket; man vil ha et element av de øvrige til stede, likevel slik at én av dem vil være den mest fremtredende. Samordning ved organisering kan kanskje synes å være hans viktigste samordningsform (Christensen og Læg Reid 2007), men Gulick understreker likevel betydningen av samordning ”ved at en idé dominerer”; som kanskje med dagens språkdrakt kunne sies bli å inkludere *motivasjonens* betydning for å få til en god samordning, og som dermed peker frem mot en institusjonell tenkning. Man kan ikke styre *bare* ved hierarki, man må også ha et godt lederskap, sier Gulick om å samordne ”ved at en idé dominerer”.

Gulick skiller i sin studie mellom horisontal og vertikal samordning, der den vertikale samordning handler om samordning mellom ulike forvaltningsnivåer, mens den horisontale samordningen handler om samordning mellom ulike etater innen samme forvaltningsnivå, eksempelvis ulike etater innen en kommune (Gulick 1937, Fimreite og Læg Reid 2004).

Horisontal samordning kan sies å danne mye av et kjernebegrep for den teoretiske forståelsen av denne studiens problemfelt. Fimreite og Læg Reid (2004) fremholder at *mulighetene for vertikal samordning* synes å være styrket, mens *kapasiteten til å motsette seg samordning* synes å være økt de senere år når det gjelder den horisontale samordningen. Dette knyttes dels til den sterke rolle prinsippet om ministerstyre tradisjonelt har i Norge, som anses å ha medført sterke fagdepartementer og sterke sektorer. Man har videre fått en økende grad av oppsplitting de senere år knyttet til New Public Management-reformer, med tilhørende utvikling av ”single purpose organizations” og mål- og resultatstyring. Dertil kommer en økende bruk av nye sektorbaserte styringsvirkemidler, eksempelvis økt rettighetsfesting av tjenester og lovpålagte tjenestestandarder. Disse tiltak anses å ha styrket den vertikale, sektorbaserte samordningen, men anses å ha svekket mulighetene for horisontal samordning, både på statlig og kommunalt nivå (Fimreite og Læg Reid 2004). Den fragmenteringen som New Public Management, og prinsippet om ministerstyre representerer, drøfter jeg nærmere i bakgrunnskapittelet.

Gulick anser den viktigste fordelen med sektorbasert inndeling (eksempelvis skoleavdeling, helseavdeling, osv.)⁹, dvs spesialisering ut fra *formål*, å være *større gjennomføringskraft*, først og fremst ved at ledelsen har styring og kontroll over flere av faktorene som er viktige for gjennomføringen av formålet. Det synes lettere å utløse virkekrang og motivering hos de

⁹ Jeg velger her eksempler fra moderne norsk kommuneorganisering. Gulick henter eksempler fra sin samtid og kontekst. (Hans eksempel på geografisk organisering er f. eks. ut fra spørsmålet om hvordan man skal styre koloniene.)

ansatte, først og fremst ved at formålet er *forståelig* for alle ansatte. Det anses dermed å være gode muligheter for å få til en god intern samordning ved formålsorganisering, men styringen anses å kunne bli ganske sentralisert og topptung. Begrepet *oversentralisering* brukes om den interne styringen av formålsorganiserte avdelinger (Gulick 1937:23). Det anses også som en ulempe med formålsinndeling at det synes vanskelig å lage en organisasjonsmessig avgrensning i forhold til andre formål, som ikke medfører betydelig overlapping.

Den spesialiseringsform som er mest relevant for denne studien, kan kalles en videreføring, eller en fragmentert utgave, av den klassiske sektormodellen, med single purpose organizations og to-nivåmodell. En viktig forskjell mellom den nye og den gamle sektormodellen på kommunenivå, anses å være at de horisontalt samordnende ledd man hadde i den klassiske sektormodellen, nemlig det lokale politiske nivået og mellomlederne, er borte (Fimreite og Læg Reid 2004). Dette vil bli nærmere utdypet i bakgrunnskapittelet, der jeg bl a redegjør for ulike spesialiseringsprinsipper som har vært og er anvendt i kommunene.

Den viktigste fordelen med spesialisering ut fra *målgruppe*, (barn, eldre, flyktninger, eksempelvis) anses å være at den forenkler samordningen av de ulike tjenestene som ytes overfor den aktuelle målgruppen, og at målgruppen kan oppleve at de får en bedre service, ved at de får alle tjenester på ett sted, og slipper å måtte gå til mange separate kontorer med sine behov. Den største ulempen anser Gulick å være at man har ”ofret” den effektivisering som spesialisering kan gi, samt at der kan være andre mennesker som også kan ha behov for tjenester, men som ikke hører hjemme i en bestemt målgruppe, og at disse vil kunne falle utenfor ved målgruppebasert organisering. Denne spesialiseringsformen har kanskje mest vært nyttet ved spesielle situasjoner, når en målgruppe har hatt særlige behov ut fra en bestemt situasjon. Et eksempel hos Gulick er å ha en egen velferdstjeneste for krigsveteraner. Fra norsk velferdsforvaltning kjenner en til at en i en periode hadde en egen sosialtjeneste for romanifolket (i Oslo). En kan imidlertid i dag se nye forsøk på målgruppebasert organisering¹⁰.

Spesialisering ut fra *geografi* (eksempelvis bydelsorganisering) synes å kunne gi god mulighet for samordning internt i distriktet, og en mulighet til god tilpasning til lokale forhold og lokale behov. Av relevans for denne studien er at geografisk basert organisering kunne gi mulighet for samordning lokalt av et ganske bredt tjenestespekter. En svakhet ved geografisk basert

¹⁰ Trondheim har pr 1.1.04 innført målgruppeorganisering for noen av tjenestene som er relevante for denne studien, ved deres Barne- og familieavdelinger. SINTEF har evaluert denne for Trondheim kommune. I Bergen har man pr i dag ikke en slik samlende målgruppeorganisering av de relevante tjenestene for denne studien.

samordning anses å være at det synes vanskeligere å sikre gjennomgående likhet i tjenesteytingen, når en sammenlikner flere distrikter.

Ved spesialisering ut fra *prosess* (eksempelvis teknisk avdeling) anses det lettere å benytte moderne og effektive produksjonsmåter, mens man kanskje likevel har mindre gjennomføringskraft enn ved formålsorganisering, fordi medarbeiderne vil kunne være mer opptatt av *hvordan* man løser en oppgave, enn at man faktisk løser den. Spesialisering ut fra *prosess* synes kanskje samlet sett å kunne føre til større utfordringer mhp samordning internt enn de øvrige, først og fremst fordi man må ha en mer omfattende koordinering internt for å få løst oppgavene i en fornuftig rekkefølge, hindre dobbeltarbeid, m.v. Spesialisering ut fra *prosess* anses i praksis å være den minst relevante spesialiseringsform i denne studien.

Uavhengig av hvilke av disse fire spesialiseringsprinsipp som brukes, anses generelt den sterkeste samordning å skje *innen* etatene, mens den største mangel på samordning anses å være *mellom* etatene, *eller der de overlapper* (Gulick 1937:33).

Samordning mellom etater eller avdelinger, som er den mest aktuelle samordningsformen i denne studien, foregår formelt ved at saken løftes opp i egen avdeling, for deretter drøftes på toppnivå med andre relevante avdelinger. Gulick drøfter også andre mulige koordineringsformer ved ekstern samordning; ulike former for planleggingsutvalg, tverrdepartementale komiteer, samt koordinatorene – som er særlig aktuell i denne studien. Slike virkemidler anses viktige fordi de kan være mer smidige og lette muligheten for løpende dialog mellom berørte. Gulick understreker likevel at slike virkemidler kun bør brukes unntaksvis, og ikke ved løpende drift, i det dette kan være tidkrevende øvelser, og det kan være et problem at man kan få en uklarhet i forhold til linjen.

Disse virkemidler for ekstern samordning hos Gulick synes å være en interessant parallell, eller forløper, til Mintzbergs "liaison devices", som jeg drøfter nedenfor.

Det største samordningsproblemet *mellom* etater, eller mellom avdelinger, anses å være dersom man benytter *forskjellige* spesialiseringsprinsipper i de forskjellige avdelingene, i det samordningsoppgaven da øker betydelig i kompleksitet (Gulick 1937:34).

Spørsmålet om koordinering må tilnærmes forskjellig i små og store organisasjoner, i enkle eller komplekse organisasjoner, i stabile eller nye, eller varierende situasjoner, fremholder Gulick (1937:6). Jeg antar at vilkårene for å lykkes med samordning av individuelle planer vil være forskjellig i store og små kommuner, eller store og små bydeler. Gjensidig tilpasning

synes enklere å realisere i mindre enn i større organisasjoner, og man synes i større grad å kunne basere seg på gjensidig tilpasning som viktigste samordningsmekanisme i og mellom små organisasjoner (Mintzberg 1979:25). Dette vil bli nærmere berørt i analysekapittelet.

Jeg vil anta at noe av forklaringen på de utfordringer den horisontale samordningen synes å møte særlig i de større kommuner/bydeler kanskje ligger nettopp her; at man i så stor grad synes å ha valgt *samme* organisasjonsmodell, enten kommunen er stor eller liten. Røviks begrep om *moter* innen organisasjonsteorien synes å kunne ha noe for seg (Røvik 1998).

2.2.1 Oppsummering

For kort å oppsummere Gulick i forhold til denne studien, så kan vi si at samordning ved hjelp av individuell plan handler om horisontal samordning *mellom* avdelinger, eller tjenester, som i hovedsak har en formålsbasert, eller sektorbasert spesialiseringsmodell, og der man anvender en koordinator uten myndighet for å ivareta den eksterne samordningen i den enkelte saken. Min case er hentet fra en stor bydel, i en stor kommune – dette forventes å få betydning for denne type horisontal samordning, i det jeg forventer at slik samordning da kan være mer krevende å få til.

2.3 Mintzberg

Mintzberg tar i sin drøfting utgangspunkt i Gulick og det han kaller de klassiske spesialiseringsprinsipper, eller grupperingsformer, (bases for grouping) som er et begrep han velger å bruke: process, people, place, purpose. Mintzberg viser til Simons kritikk, som fremhever tvetydigheten i disse begrepene, ved at samme aktivitet kan ses som prosess eller formål, avhengig av om det ses som hhv middel eller mål for virksomheten (Mintzberg 1979:113). Mintzberg bygger selv ut de fire grupperingsformer, og sammenfaller dels med Gulick; spesialisering basert hhv. på kompetanse, prosess, tid, formål/resultat (output), klient (målgruppe), eller geografi. Av disse anses kompetanse og formål å være de mest relevante grupperingsformer for denne studien, fordi disse er mest brukt i Bergen, der min case er hentet fra.

Mintzberg refererer til Thompson (Mintzberg 1979:119) som fremhever at organisasjoner vil søke å gruppere oppgaver slik at man minimerer samordnings- og kommunikasjonskostnader. Både Gulick og Mintzberg understreker at intern samordning synes å være enklere å realisere enn ekstern samordning.

Mintzberg ser arbeidsdeling og samordning som *to fundamentale og motsatte behov*, som anses å springe ut av all menneskelig organisert aktivitet (Mintzberg 1979).

Mintzberg drøfter sine 5 samordningsmekanismer¹¹ - gjensidig tilpasning, direkte styring, standardisering av arbeidsprosessen, standardisering av arbeidsresultatet, og til sist standardisering av kompetanse – i forhold til det han kaller 5 ulike måter å organisere arbeid på, eller 5 ulike ”konfigurasjoner” som han kaller dem: enkel struktur, mekanisk byråkrati, profesjonelt byråkrati, oppdeling ved divisjoner, og til sist det han kaller ”adhocracy” eller nettverksorganisering. Mintzberg karakteriserer de 5 samordningsmekanismer som *limet* i organisasjonen, som holder organisasjonen sammen.

Hver av disse organiseringsmåtene synes å ha én fremtredende samordningsmekanisme. Enkel struktur er preget av direkte styring som den viktigste samordningsmekanisme, mekanisk byråkrati samordner ved standardisering av arbeidsprosessen, profesjonelt byråkrati er preget av standardisering av kompetanse som viktigste samordningsmekanisme, en divisjonsbasert organisering samordner ved standardisering av resultat, mens nettverksorganisering er preget av gjensidig tilpasning som viktigste samordningsmekanisme.

Av disse, synes først og fremst profesjonelt byråkrati og nettverksorganisering å ha relevans i min case. Profesjonelt byråkrati blir relevant fordi det er tjenesteyting innen offentlig forvaltning som er temaet i min case; tjenester som er organisert i formelle, byråkratiske hierarkier, og nettverksorganisering blir viktig fordi individuell plan handler om samhandling mellom ulike tjenester. Mintzberg beskriver forskjellen mellom dem som hhv å finne kjente løsninger på kjente problemer, i forhold til å finne nye løsninger på nye problemer. Dette siste aspektet, å finne nye løsninger på nye problemer, legger jeg til grunn vil være nødvendig i den type samordning som denne studien omhandler. Et spørsmål man da kan stille, er hvilke muligheter denne type samhandling vil ha, innen en ramme som ellers synes dominert av profesjonelt byråkrati. Gjensidig tilpasning anses som sårbart i møtet med byråkrati, eller andre samordningsmekanismer basert på standardisering. Individuell plan-sakene vil kunne preges av at løsningene må finnes opp for hver gang, ved at der er nye aktører, med nye problemer, som krever nye løsninger, hver gang. Det anses at en organisasjon vil foretrekke å bruke standardisering som samordningsmekanisme, hvis den kan (Mintzberg 1979:9).

¹¹ Mintzberg har senere utvidet med en 6. samordningsvariant, standardisering av normer (Mintzberg 1988). Jeg velger å drøfte denne siste sammen med standardisering av kompetanse, og ser det å ha felles normer som et element av det å ha felles kompetanse.

Jeg forventer at dette får betydning for koordinering av individuelle planer, ved at den individuelle tilpasning av forskjellige enkeltsaker, som er intensjonen i forskriften, og som teoretisk antas å kunne realiseres best ved bruk av nettverksorganisering og gjensidig tilpasning, kanskje vil stå seg svakere i en hverdag preget av det profesjonelle byråkratiets ønske om standardisering.

Jeg legger til grunn at det vil kunne være en betydelig forskjell i omfang av tilgjengelige ressurser, mellom det som vanligvis vil være prosjekter organisert etter nettverksmodellen, og en individuell plan-sak, der ressursene vil være små, og de ansatte vil ha den enkelte individuell plan-sak som bare én av mange saker å forholde seg til; de vil være deltidsdeltakere. De eneste aktørene i en individuell plan-sak som *ikke* vil være deltidsdeltakere, vil faktisk være brukeren selv, og dennes pårørende.

Mintzberg understreker at samordningsformene ikke opptrer rendyrket, men at man har et kontinuum mellom de ulike mekanismer, og at man ofte synes å ville blande alle de 5 nevnte samordningsmekanismene, i ulike faser av prosessen. I siste instans vil det i flg Mintzberg alltid være et element av direkte styring, og et element av gjensidig tilpasning. Samtidig understreker han at de fleste organisasjoner vil basere seg på en eller annen form for standardisering, hvis de kan. I denne studien vil standardisering av kompetanse som samordningsform, som kjennetegner det profesjonelle byråkratiet, være den mest relevante av standardiseringsformene¹².

Samhandlingsutfordringer knyttet til individuell plan-saker kan forventes å forsterkes av at her kan være *mange ulike* profesjoner involvert. Ulik historie, ulik profesjonell trening, ulike tenkesett, ulike identiteter, ulike arbeidsoppgaver, ulik rolleforståelse, kan forventes å prege den enkelte tjenesteyter, ut fra hvor denne arbeider. (Burrage, Jarausach and Siegrist, 1990) Avhengig av om man legger et reformperspektiv eller et institusjonelt perspektiv til grunn, som jeg vil drøfte nærmere nedenfor, antas identiteten knyttet til *forskjellige* profesjoner, i ulik grad å kunne forsterke skillet mellom de ulike tjenestene som er involvert. Til dels sterke og ulike profesjonelle forankringer kan tenkes å forsterke de utfordringer som ligger i å

¹² En visitt til Pollitt og Bouckaert (2004) her: I sin komparative studie av New Public Management-reformer i 12 land, som jeg vil få komme nærmere tilbake til i bakgrunnskapittelet, oppsummerer de at styringsmekanismene i fbm hierarkisk samordning synes å ha endret seg, ved at man har fått et skifte fra kontroll og reguleringsprosedyrer til større vektlegging av koordinering ved mål- og resultat-standarder (Pollitt and Bouckaert 2004:86).

oppfylle lov- og forskriftskravet om å samordne tjenestene til den enkelte bruker som trenger sammensatt hjelp over tid.

Jeg vil i denne studien se de ulike profesjonsforankringene i lys av, eller i sammenheng med, kompetanse som samordningsmekanisme.

For kort å oppsummere Mintzbergs syn på samordning, sett i forhold til denne studien, så synes hans samordningsform standardisering ved kompetanse, som først og fremst kjennetegner det profesjonelle byråkrati, å være sentral. Men det profesjonelle byråkratis kjennetegn, at man finner kjente løsninger på kjente problemer, vil bli søkt utfordret av noen trekk fra nettverksorganiseringen, nemlig at man i blant må prøve å finne nye løsninger på nye problemer. I hvilken grad vil det kunne lykkes i en byråkratisk struktur? Det antas at byråkratiets samordningsform, standardisering av kompetanse, vil ha en sterkere gjennomslagskraft enn den nettverksbaserte samordning ved gjensidig tilpasning.

Mintzberg anser utfordringene å være større ved ekstern samordning, samordning mellom avdelinger, enn ved intern samordning, dvs. samordning innen egen avdeling, eller egen tjeneste. Det mest fremtredende spesialiseringsprinsipp i min case-studie viser seg å være formålsorganisering, eller sektororganisering¹³, der mulighetene for intern samordning synes å være gode, men der ekstern samhandling kan synes vanskeligere, bl a pga faren for overlapping.

2.3.1 Samordning mellom avdelinger

Jeg har ovenfor berørt at Gulick nevner flere koordineringsmekanismer som kan komme til anvendelse ved ekstern samordning, dvs ved samordning *mellom* etater eller avdelinger, og dermed ved den type samordning som er aktuell i fbm individuell plan-sakene.

Mintzberg sier det slik: Når en omfattende kontakt er nødvendig for å koordinere to arbeidsenheter, kan en "liaison device", en kommunikasjonskanal, eller en arena for kommunikasjon,¹⁴ bli formelt etablert, for å kanalisere kommunikasjonen direkte, utenom de vertikale (og dermed formelle) kanalene (Mintzberg 1979:162).

Vi skal se nærmere på disse kommunikasjonskanalene mellom avdelinger. De er generelt brukt når arbeidet er horisontalt spesialisert, komplekst, og svært gjensidig avhengig av hverandre (Mintzberg 1979:178). Mintzberg omtaler slike liaison devices som verktøy for

¹³ Sektororganisering er det mest fremtredende spesialiseringsprinsipp både i staten og i Bergen kommune.

¹⁴ Liaison devices er et begrep Mintzberg bruker. Fra militær sammenheng handler liaison om samband, dvs dette handler om ulike sambandsinnretninger, eller kanaler eller arenaer for kommunikasjon

uformell kommunikasjon og gjensidig tilpasning mellom avdelinger i en organisasjon (Mintzberg 1979:177).

I likhet med Gulick, trekker Mintzberg frem komiteer, i hovedsak to varianter; task forces, eller spesialgrupper, for mer tidsavgrensede oppgaver, og standing committees, eller faste utvalg, for mer løpende koordineringsbehov.

Åsane bydels *tverrfaglige utvalg*, som har som sin viktigste oppgave å håndtere de individuelle plan-sakene i bydelen som ikke lar seg løse på lavere nivå, kan sies å være eksempel på et slikt fast utvalg¹⁵. Utvalget kan karakteriseres som et kollegialt samordningsorgan.

Samordning gjennom slike tverrgående utvalg anses vanskelig å få til å fungere i praksis i en hierarkisk sektorbasert administrasjon (Fimreite og Læg Reid 2004).

Matriseorganisering kan også være eksempel på en slik kommunikasjonskanal, og anses særlig aktuell ved utvikling av nye aktiviteter, og koordinering av komplekse gjensidige avhengighetsforhold (Mintzberg 1979:173). Problemet med matriseorganisering anses å være at man etablerer dobbel ledelsesstruktur, dvs man bryter med prinsippet om enhetlig ledelse (Mintzberg 1979:169). Gulick kommenterer dette problemet slik:

From the earliest times it has been recognized that nothing but confusion arises under multiple command (Gulick 1937:9).

I likhet med Gulick, trekker også Mintzberg frem koordinatorene som eksempel på liaison device. Disse vil oftest ikke ha særlig myndighet tillagt seg, hvilket også er tilfellet for koordinatorene i individuell plan-sakene. Generelt kan de ulike kommunikasjonsarenaene være tildelt ulik grad av myndighet, men de vil aldri ha myndighet på nivå med linjelederne. Av hans ulike sambandsinnretninger, vil først og fremst koordinatorene uten myndighet være aktuelle i denne case, men også bruk av faste utvalg for å avklare spørsmål mellom avdelingene, eller tjenestene.

2.3.2 Antakelser

Jeg legger i denne studien særlig vekt på følgende to av Mintzbergs samordningsmekanismer: byråkratiets hierarkiske samordning ved hjelp av standardisering, og jeg vurderer dette mot nettverkets samordning ved hjelp av gjensidig tilpasning. Jeg legger til grunn en antakelse om at nettverkets samordning ved gjensidig tilpasning, er en nødvendig forutsetning for å lykkes

¹⁵ Utvalget ble opprettet høsten 2006, dvs omtrent på det tidspunktet jeg begynte å gjøre intervjuer i bydelen. Utvalget består av leder, eller representant for leder, i alle de berørte tjenestene på kommunalt nivå i Åsane bydel som er omfattet av bestemmelsene om individuelle planer. I tillegg deltar også oppvekstkoordinator og representant fra PPT, som i denne bydelen også koordinerer noen IP-saker, selv om dette for dem ikke er lovpålagt. Utvalget ble opprettet på initiativ av bydelens helse- og sosialrådgiver. Jeg kommer nærmere tilbake til dette utvalget i analysekapittelet.

med den horisontale samordning som individuelle planer innebærer. Vi har sett Mintzbergs understrekning av at gjensidig tilpasning ved uformell kommunikasjon synes å fungere best i små organisasjoner. Spørsmålet som melder seg, er hvilke muligheter denne samarbeidsformen har for å lykkes, i et hierarkisk – og for Bergens vedkommende stort – byråkrati?

Hittil har jeg presentert teori som skal hjelpe meg til å beskrive (Grønmo 2004), eller kategorisere den samordningen som finner sted ved bruk av individuell plan.

Jeg vil nå gå over til å se på hvordan hhv. instrumentelle og institusjonelle forklaringsmodeller kan bidra til en forståelse av *den organisatoriske kontekst* som den horisontale samordningen som den individuelle planen innebærer, foregår innenfor.

2.4 Reformperspektivet

Brunsson og Olsen (1990) drøfter i fbm. den svenske maktutredningen, reformer i den svenske forvaltningen i et reformperspektiv opp mot et institusjonelt perspektiv. Deres perspektiv er at *institusjonaliserte organisasjoner og omgivelser påvirker "reformatorenes" valgmuligheter*, og at man *ved bedre å forstå* de realistiske institusjonelle forutsetningene, kan ha en større mulighet til å nå sine reformmål. Dette vil jeg komme tilbake til nedenfor, men først noen kommentarer til reformperspektivet.

Brunsson og Olsen definerer reformer som *bevisste organisatoriske endringer* (1990:11). Organisasjoner ses i reformperspektivet som instrument, og organisasjonsstrukturen skaper rasjonalitet ved å kanalisere aktivitet og ressurser mot på forhånd oppsatte mål. Organisering og samordning gir mulighet til problemløsning og handling langt utover det den enkelte aktør i organisasjonen ville kunne klare å gjøre på egenhånd (1990:12).

Webers byråkratiteori kan sies å representere den klassiske kjernen i reformperspektivet. Hans hierarkiske, formelle byråkratimodell, danner også en fin overgang til Mintzbergs samordning ved hierarki. Webers prinsipper om arbeidsdeling, hierarki, og klare ansvarslinjer (Scott 2003:43) utgjør fremdeles de formelle styringsprinsipper for den offentlige forvaltningen. Hans vektlegging av spesialisering og arbeidsdeling, som moderne forvaltning bygger på, nødvendiggjør i sin tur samordning, som er denne studiens tema.

Weber viser til prinsippet om faste kompetanseområder¹⁶ for utøvelse av myndighet, og han peker på prinsippet om embetshierarki (Weber (1922) 1997:107).

¹⁶ Kompetanse i betydningen myndighet, ikke i betydningen kunnskap og ferdigheter.

Røvik bruker betegnelsen verktøyperspektiv, og ut fra et slikt perspektiv ses organisasjonen som redskap for en ”effektiv frembringelse av vedtak, varer, tiltak og tjenester” (Røvik 1998:32). I det rasjonelt-instrumentelle perspektivet forventes en klar og sammenhengende kjede fra reformatorenes intensjoner, via beslutninger, endret adferd og bedre resultat, sier Røvik. Han ser verktøyperspektivet som modernistisk inspirert, og preget av utviklingsoptimisme. Han viser til den betydelige fremvekst av formelle organisasjoner gjennom de siste 150 år, og deres drivkraft i den samfunnsmessige moderniseringsprosess (Røvik 1998:32).

De to forskjellige hovedretninger - verktøyperspektivet, eller reformperspektivet, på den ene siden og det institusjonelle perspektiv på den andre side, kan karakteriseres ved å ha et ulikt historiesyn. Reformperspektivets utviklingsoptimistiske syn anser historien som ”effektiv”, dvs at måtene å organisere på utvikles til å bli stadig bedre, basert på økt erfaring og innsikt, og at man rasjonelt bruker denne økte innsikten når nye organisasjonsformer utvikles og tas i bruk. Gjennom konkurranse og erfaringslæring foretas en kontinuerlig utvelging og videreutvikling av de til enhver tid mest effektive, og i forhold til målsetningene mest treffsikre oppskrifter (Røvik 1998).

March og Olsen er imidlertid kritiske til en slik historieforståelse, som jeg skal komme tilbake til nedenfor. Fra et institusjonelt ståsted påpekes det at historien kan være ineffektiv, der aktørene som velger organisasjonsformer har noen innskrenkede frihetsgrader bl a som følge av normativt press mhp hva som for tiden anses som de mest hensiktsmessige løsninger. Organisasjonsmessige moter brukes tidvis som begrep i slike sammenhenger (Røvik 1998).

Den planleggingsoptimisme som reformperspektivet er et uttrykk for, anses å være sterkt til stede i offentlige dokument og i den offentlige debatten, og på politisk nivå antas man å ville etterstrebe en slik mål-middel-rasjonalitet (Serigstad 2003). Det rasjonelle perspektivet anses å ha en sterk stilling som norm for det politiske og økonomiske livet (Brunsson og Olsen 1989). Røvik tillegger reform- eller verktøyperspektivet en kanskje overraskende sterk posisjon, og omtaler det som *det rasjonalistiske hegemoni* (Røvik 1998:40).

Dersom en anvender reformperspektivet på Gulick og Mintzbergs begreper om spesialisering og samordning, vil en gjennomgående forvente å finne en tett kobling mellom mål og resultat. En ville forvente at de ulike samordningsmekanismer fungerer etter sin intensjon, en ville ikke forvente å finne noen vesentlig forskjell eksempelvis mellom intern og ekstern

samordning; dvs en ville forvente at også ekstern samordning ville ha en klar kobling mellom mål og resultat.

Det forhold at ulike profesjoner ofte vil være involvert ved ekstern samordning, ville ut fra et instrumentelt perspektiv ikke forventes å representere hindre eller vansker, i hvert fall ikke i betydelig grad, for samhandlingen mellom avdelingene. Man ville forvente, ut fra reformperspektivet, at også samhandling og samordning *mellom* ulike avdelinger og ulike tjenester, dvs den horisontale, eksterne samordningen, ville være målrettet og effektiv.

2.5 Institusjonelt perspektiv

Det instrumentelt-rasjonelle perspektiv, reformperspektivet, eller verktøyperspektivet, har vært gjenstand for bred organisasjonsteoretisk kritikk. Med basis i erfaringer fra den svenske maktutredningen, som jeg ovenfor refererte til, og som viste at det i praksis kunne være vanskelig å se klare sammenhenger fra at reformer ble vedtatt, via gjennomføringen av vedtatte reformer, og til hvilke effekter man oppnådde, stilte Brunsson og Olsen spørsmål ved de teoretiske antakelsene som det rasjonelle perspektivet bygger på. Man kan ha endringer som ikke er resultat av reformer, og man kan ha reformer som ikke fører til endringer, sier Brunsson og Olsen, og legger et institusjonelt perspektiv til grunn:

I stedet for å ta for gitt at forandringer i formelle organisasjoner er resultat av reformer og bevisste valg, spør vi hvor stor valgfrihet reformatorene egentlig har når det gjelder å bestemme om reformer skal finne sted, og å styre reformenes innhold, gjennomføring og effekter (Brunsson og Olsen 1990:14).

Institusjonalisering ses som en prosess, som noe som skjer med en organisasjon over tid.

Denne prosessen speiler organisasjonens historie, de som har arbeidet der, og de verdiene de har skapt, og hvordan de har tilpasset seg omgivelsene (Selznick (1957)1997:25)¹⁷.

Den viktigste betydningen av å institusjonalisere er kanskje å innføre verdier. Ved innføringen av verdier, oppstår det motstand mot forandringer. Det oppstår et engasjement for egen selvoppholdelse. Om forskjellen mellom organisasjoner og institusjoner fremheves følgende:

Organisasjoner er tekniske instrumenter, beregnet på å være midler til å nå bestemte mål. De vurderes på tekniske premisser, de lar seg skifte ut. Institusjoner ... er et produkt av samspill og tilpasning, de blir bærere for gruppeidealisme, de lar seg i mindre grad skifte ut (Selznick 1957: 26-29).

Når organisasjoner ses som institusjoner, betyr det at man ser deres aktiviteter som

styrt av kulturbestemte regler som viser seg i handlingsrutiner (Brunsson og Olsen 1990:15).

Institusjoner forstås som bærere av identiteter og roller (March og Olsen 2005), og ses som

¹⁷ Referansene til Selznick 1957 er hentet fra den norske utgaven (1997)

en relativt robust samling av regler og organiserte praksiser, omgitt av strukturer av mening og ressurser, som er relativt stabile overfor personskifter, og relativt motstandsdyktige overfor enkeltpersoners preferanser og endrede eksterne forhold (March og Olsen, 2005:4) (min overs).

Institusjoner anses både å myndiggjøre og begrense aktørene. Ut fra et institusjonelt perspektiv anses, som vi ovenfor har berørt, historien som ”ineffektiv”, og man kritiserer antakelsen om at institusjoner kan være uavhengig av sin ”historiske sti” (March og Olsen 2005:8).

Powell og DiMaggio (1991) peker på forskjeller og sammenhenger mellom gammel og ny institusjonalisme. For denne studien kan aspekter fra begge varianter synes aktuelle. De to retninger deler i flg Powell og DiMaggio den vurdering at institusjonaliseringsprosessen synes å være begrenset av hvilket *utgangspunkt* man har (state-dependent process), og at dette begrenser de mulige løsningsalternativ de kan benytte, dvs at sannsynligheten for endring, og retningen en endring kan ta, fra én periode til den neste, er avhengig av hvilken tilstand organisasjonen er i, ved starten av prosessen (Powell and DiMaggio, 1991:12)¹⁸. Begge retninger vektlegger forholdet mellom organisasjon og omgivelser, men der den gamle institusjonalisme, med henvisning til Selznick, synes å være mer politisk i sin vurdering av organisasjoners konflikter og strategier, fremhever Powell og DiMaggio at nyinstitusjonalismen toner ned interessekonflikter innen og mellom organisasjoner (Powell and DiMaggio, 1991:12). For denne studien blir relasjoner, og mulige interessekonflikter *mellom* organisasjoner, et viktig punkt å ha oppmerksomhet mot. Den gamle institusjonalisme, igjen med henvisning til Selznick, kastet lys over den *uformelle* samhandling som finner sted i organisasjoner, som kan begrense eller endre de praktiske resultater, i forhold til organisasjonens formelle intensjoner, og dette ses bl a i sammenheng med koalisjonsdannelser innen organisasjonen, hvem som påvirker rekruttering, osv. Nyinstitusjonalismen ser de uformelle maktforhold som irrasjonelle trekk ved selve de formelle strukturene i organisasjonen, og vektlegger bl a kulturelle forhold.

Der den gamle institusjonalisme vektlegger verdier, normer og holdninger, som nykommere sosialiseres inn i, og som medfører at disse verdier internaliseres, og oppleves som forpliktelser, synes nyinstitusjonalistene i mindre grad å vektlegge de normative forpliktelser, og ser institusjonaliseringen først og fremst som en kognitiv, dvs kunnskapsmessig, prosess; man ser et skifte fra normativ til kognitiv tilnærming til handling, fra forpliktelser til rutiner, og fra motivering til regelfølgning (Powell and DiMaggio, 1991:19), som ut fra nyinstitu-

¹⁸ Pagineringen har dessverre ”forsvunnet på veien” da kompendiet artikkelen er hentet fra ble trykket, men poenget er hentet fra den 12. siden av introduksjonskapittelet. De følgende resonnementer, med henvisning til Powell og DiMaggio, er hentet fra samme artikkel.

sjonell tankegang anses som en grunnleggende handlingslogikk, basert på en logikk for det passende, med en forståelse av rettigheter og forpliktelser, utviklet på basis av identitet og tilhørighet i et bestemt samfunn, og med den etikk, praksis, og de forventninger som ligger i dette samfunnets institusjoner. Regler blir fulgt fordi de ses som naturlige, riktige, forventede og legitime (March og Olsen 2005:8)¹⁹.

Dersom man her legger et utfyllende perspektiv til grunn, som jeg har omtalt foran, vil jeg anta at både gammel og ny institusjonalisme kan kaste lys over, eller ha forklaringskraft, i forhold til ulike aspekter ved denne studiens problematikk, i det jeg vil anta at både normer og yrkesetiske holdninger, på den ene side, og rutiner og regelfølgning, vil kunne være til stede i prosessene knyttet til samordningen av de individuelle planene.

Et spørsmål ut fra temaet for denne studien, blir om de ulike tjenestene, eller profesjonene, som er inne i en individuell plan-sak, kan ha *ulik* forståelse av hva som måtte være passende? Selznick betoner viktigheten av det å opprettholde den *institusjonelle integriteten*, og at det å ha en høy *yrkesbevissthet* anses vesentlig for å beskytte denne integriteten (Selznick, 1957). Som jeg ovenfor har berørt, i fbm drøfting av kompetanse som samordningsmekanisme, vil der kunne være mange ulike profesjoner involvert i saker som gjelder individuell plan.

Et spørsmål i min case, sett ut fra et institusjonelt perspektiv, blir i hvilken grad det å ha en sterk forankring i egen yrkesrolle og identitet, vil representere en utfordring, eller være hemmende, for den eksterne samordningen i individuell plan-sakene?

Antakelsen er at ulike yrkesidentiteter, ut fra et institusjonelt perspektiv, kan ha en – kanskje ikke uvesentlig – betydning for samordningen i den type saker som omhandles i denne studien.

March og Olsen påpeker at spørsmålet ikke er *om*, men *hvordan*, institusjonene får betydning. Betydningen av *regler* og *rutiner* vektlegges.

De institusjonelle byggeklossene er regler, som er bundet sammen og opprettholdt gjennom identiteter, gjennom medlemskap i grupper, og i anerkjennelsen av roller. Regler, og innarbeidede sett av praksiser utgjør en historisk erfaring og bidrar til å stabilisere normer, forventninger og ressurser (March og Olsen 2005:10 min overs).

¹⁹ Begrepet ”det passende” (appropriateness) refererer i flg March og Olsen til hva som er passende innenfor en spesifikk kultur, men uten noen antakelse om moralsk overlegenhet. En logikk for det passende kan resultere i gode eller onde handlinger avhengig av kulturell kontekst.

Dette bringer meg tilbake til Mintzbergs karakteristikk av det profesjonelle byråkrati, som en organisering kjennetegnet av å finne kjente løsninger på kjente problemer, det Mintzberg kaller ”pigeonholing process”²⁰.

Mitt spørsmål blir – som jeg tidligere har vært inne på – om man i denne type saker, dvs individuelle planer, i større grad også må prøve å finne frem til *nye* løsninger, dvs prøve å overskride rutinepreget som synes å kunne prege det profesjonelle byråkrati? Dette spørsmålet vil jeg komme tilbake til i analysen.

Jeg antar at en ganske fragmentert organisering, med klare vertikale styringslinjer, og med en rekke ulike avdelinger og tjenester involvert i den enkelte individuell plan-sak, hvilket igjen vil si at medarbeiderne er forankret i ulike yrkesroller og ulike yrkesidentiteter, vil kunne gi institusjonelle hindre som kan vanskeliggjøre samordningsjobben.

Det forhold at samordningen forutsettes ivaretatt av en koordinator uten myndighet, og uten at der følger ressurser med til samordningsfunksjonen, antas ikke å bidra til å gjøre denne oppgaven enklere.

Det forhold at individuell plan-saker omhandler horisontal samordning mellom ulike tjenester, antas også å medvirke til at de institusjonelle utfordringene kan bli forsterket.

2.6 Oppsummering

Jeg har i teorikapittelet redegjort for det teoretiske utgangspunktet for studien som et utfyllingsperspektiv (Rones, 1997) mellom hhv et reformperspektiv, og et institusjonelt perspektiv (Brunsson og Olsen, 1990).

Serigstad (2003) fremholdt at et utviklingsoptimistisk syn, som reformperspektivet er preget av, synes å gjøre seg gjeldende i offentlige utredninger og på politisk nivå. Brunsson og Olsen definerer reformer som bevisste organisatoriske endringer (1990:11). Men ikke alle endringer er reformer, og ikke alle reformer fører til endring, fremholdt de. Deres perspektiv var at institusjonaliserte organisasjoner og omgivelser påvirker ”reformatorenes” valgmuligheter, og at man ved bedre å forstå de realistiske institusjonelle forutsetningene, kunne ha en større mulighet til å nå sine reformmål.

Jeg legger i studien et bredt institusjonelt perspektiv til grunn; et utfyllende perspektiv mellom gammel og ny institusjonalisme, i det jeg antar at både normer og yrkesetiske holdninger, på

²⁰ Pigeonholing kan ikke så lett direkte oversettes, men det henspiller på de små, åpne posthyllene man kan finne på mange arbeidsplasser; disse kalles gjerne pigeonholes, altså ”duekleiver”. Dette kan være et bilde på at man legger posten, eller standardløsningene, i standardhyllene

den ene side, og rutiner og regelfølgning, vil kunne være til stede i prosessene som knytter seg til samordningen av tjenestene i fbm individuelle planer.

Samordning av ulike tjenester til én bruker, som bestemmelsene om individuell plan omhandler, har jeg med utgangspunkt i Gulick (1937) definert som *i hovedsak horisontal*, selv om den kan inkludere tjenester både fra første- og andrelinjen. Jeg begrunnet dette med at tjenestene som må samhandle i første- og andrelinjen ikke nødvendigvis tilhører samme fagsilo, dvs eksempelvis ikke bare barnevern innen stat og kommune, eller ikke bare psykiatri innen stat og kommune, men tjenester på tvers av disse fagsiloene.

Jeg har anvendt Gulick (1937) og Mintzbergs (1979) begreper om spesialisering og samordning, og jeg har lagt særlig vekt på følgende to samordningsmekanismer: byråkratiets hierarkiske samordning ved hjelp av standardisering, og har vurdert dette mot nettverkets samordning ved hjelp av gjensidig tilpasning (Mintzberg 1979). Jeg har lagt til grunn en antakelse om at nettverkets samordning ved gjensidig tilpasning, er en nødvendig forutsetning for å lykkes med den horisontale samordning som individuelle planer innebærer.

3 Bakgrunnskapittel

I bakgrunnskapittelet vil jeg først ta for meg hvordan intensjon om samordning og helhet – overfor brukere med et sammensatt hjelpebehov - er nedfelt i lovverk, forarbeider, samt en del andre sentrale styringsdokumenter. Som jeg har berørt i teorikapittelet, anses den planleggingsoptimisme som reformperspektivet er et uttrykk for, å være sterkt til stede i offentlige dokument og i den offentlige debatten, og det rasjonelle perspektivet anses å ha en sterk stilling i det politiske og økonomiske livet (Serigstad, 2003, Brunsson og Olsen 1989). Jeg vil deretter ta for meg noen organisatoriske utviklingstrekk i den norske velferdsforvaltningen, hvor spørsmålet vil være om disse utviklingstrekk kan forventes å fremme eller hemme den type horisontal samordning som de individuelle planene innebærer.

3.1 Intensjon om samordning i lovverk og forarbeider

Intensjonen om tverrfaglig samarbeid og samordning innen helse- og sosialsektoren har en mangeårig og klar forankring.

”Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer og nivåer er en forutsetning for et godt hjelpeapparat, og er et så selvfølgelig mål at det ikke er regulert særskilt i et eget regelverk”, heter det riktignok i Helse- og Sosialdirektoratets veileder om Individuell plan (SH-dir 2005b:13).

Likefullt har denne intensjon gjennom en årrekke vært nedfelt i lovverket. Eksempelvis den nåværende sosialtjenesteloven, som ble vedtatt i 1992, påpeker klart behovet for å samhandle med andre sektorer og forvaltningsnivåer, når dette er nødvendig i det sosialfaglige arbeidet for den enkelte bruker. I gjeldende Lov om sosiale tjenester, som trådte i kraft fra 1.1.1993, altså nå for om lag 15 år siden, heter det i § 3-2 om samarbeid med andre deler av forvaltningen:

Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven.

Dersom man går til Merknader til den nye sosialtjenesteloven, utsendt av Sosialdepartementet i desember 1992, heter det innledningsvis om viktige prinsipper i loven bl.a. følgende, sitat:

Helhetlighet; loven tar sikte på *nedbygging av særomsorg og sektorgrenser* innen sosialsektoren (min uth).

Om samarbeid og samordning heter det:

Målet om forebygging har nær sammenheng med målet om samarbeid og samordning. *Det er en utfordring å få de ulike deler av det offentlige tjenesteapparatet til å henge sammen. Dette gjelder både i forhold til samordnet innsats overfor den enkelte person og i forhold til samordning mellom sektorer i*

samfunnsplanleggingen (Rundskriv I – 1/93 Lov om sosiale tjenester, m.v., Sosialdepartementet 1992, min uth).

Når det gjelder helselovgivningen, kommer samarbeidskravet til andre instanser kanskje først og fremst til uttrykk gjennom plikten til å utarbeide individuell plan, for de pasientene som trenger dette. Dette har vært nedfelt i både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven siden 2001. I kommunehelsetjenesteloven heter det, om samarbeid generelt:

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat *slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.* (LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene. § 2-5).

I spesialisthelsetjenesteloven heter det, vedrørende individuelle planer:

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.).

Retten til individuell plan er også nedfelt i pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsl. § 2-5).

Også innen psykisk helsevern, er målsetningen om bedre tverrfaglig samordning, uttrykt både i gjeldende lovverk og i utredninger i forkant av nåværende lov om psykisk helsevern (NOU 2005:3).

Når det gjelder barnevernstjenesten, omtaler Befring-utvalgets utredning, *Barnevernet i Norge*, (NOU 2000:12), formålet om samarbeid med andre etater på denne måten:

I lov om barnevernstjenester er samarbeid med andre deler av forvaltningen definert i § 3-2. *Barnevernstjenesten skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre organer. Videre skal tjenesten samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer... Samarbeid er ikke et mål, men en metode.* Målet er å hjelpe barn og unge ved å sikre at de får den hjelp de har behov for (NOU 2000:12, s. 41) (min uth).

I denne utredning, som kan anses som sentral når det gjelder faglig selvforståelse innen barnevernet, peker man også på utfordringer knyttet til samarbeidet mellom barnevernstjenesten og andre etater i kommunene²¹. Befring-utvalget viser også til undersøkelser, der man bl.a. har spurt ansatte innen barnevernet om hva de anser å være de viktigste utfordringene fremover for barnevernet, der det hyppigste svaret var tverretattlig samarbeid (NOU 2000:12, s. 43).

Dersom man går frem til den seneste velferdsreform i Norge, NAV-reformen, Ny arbeids- og velferdsforvaltning, så har denne reformen blant sine helt sentrale siktemål å forbedre samhandlingen mellom ulike etater, på den ene siden Aetat og Trygdeetaten, som fra 1/7-2006

21 Befring-utvalget refererer her bl.a. til en større spørreundersøkelse utført i 1994 av NIBR, Norsk institutt for by- og regionforskning, der man har analysert samarbeidsforholdene mellom barnevernet og syv andre offentlige tjenester (skole, barnehage, PPT, helsestasjon, kommunelegekontor, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og politi/lensmannskontor). NIBR-rapporten omtaler ulike grader av konfliktnivå med disse andre etatene.

er slått sammen (www.nav.no), men også med et klart mål om å forbedre samhandlingen med den kommunale sosialtjenesten²².

Mens NAV-reformen representerer bestrebelser på samordning på et overordnet etatsnivå, har jeg i denne studien valgt å gå ett trinn ned, og sett på hvordan *horisontal samordning* skjer – eller ikke skjer – i *enkelt saker*, med utgangspunkt i *Forskrift om individuell plan*, som kom i 2001, den gang hjemlet etter helselovgivningen, fra 2004 hjemlet også etter sosialtjenesteloven (IP forskriften), og fra 2006 også lovfestet i den nye loven om arbeids- og velferdsforvaltning²³.

Blant forarbeidene til bestemmelsen om individuell plan, vil jeg særlig vise til to stortingsmeldinger. Den første av disse, St. meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*, kom etter følgende merknad fra Stortingets sosialkomite, i fbm deres behandling av *Velferds-meldinga*, st meld nr 35 (1994-95):

Et vellykket rehabiliteringsarbeid *forutsetter samarbeid mellom en rekke faggrupper* på ulike nivåer. Etter komiteens vurdering er bl. a. *en svikt i samarbeidet en årsak til manglende resultater*. Komiteen mener derfor at dette vesentlige forhold bør vektlegges og forutsetter at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med en egen sak, gjerne en stortingsmelding, om hvordan rehabiliteringsarbeidet kan styrkes. (min uth) (Ref innledningen i *Ansvar og meistring*)

Fra *Ansvar og meistring* vil jeg fremheve to momenter; for det første det som omtales som *et skifte fra institusjons- og sektorperspektiv, til et tverrsektorielt brukerperspektiv*. Dette utgjør essensen i målsettingen rundt ordningen med individuell plan, og dermed essensen i temaet for denne studien.

Samtidig ser vi at dette ønsket om å oppnå et tverrsektorielt brukerperspektiv, er ganske sammenfallende med det som kom til uttrykk i den nye sosialtjenesteloven, som var kommet 6 år før stortingsmeldingen *Ansvar og meistring*, og som jeg har vist til ovenfor.

22 Ref fra ett av forarbeidene til NAV-reformen, *St meld 14 (2002-2003) Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*, der det innledningsvis heter: ”Brukere som har problem med arbeid og inntekt, *skal i fremtiden møte et mer samordnet tilbud*.” s. 5, min uth. Ref også www.nav.no, hvor det heter følgende om samarbeid med sosialtjenesten: ”Sosialtjenesten i kommunene og etaten vil sammen utgjøre Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).”

²³ LOV 2006-06-16 nr 20: Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven):

§ 15. Samarbeid med brukeren og individuell plan : Enhver som henvender seg til kontoret, har rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser. Kontoret skal tidligst mulig avklare brukerens helhetlige behov. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren. Kontoret skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

For å gripe tilbake til problemstillingen for denne studien, vil jeg stille følgende spørsmål: hvilke organisatoriske forutsetninger må være til stede for å kunne *realisere* dette skiftet av perspektiv? Greier virkemiddelet individuell plan å svare på denne utfordringen?

Jeg kommer tilbake til dette spørsmålet i analysekapittelet.

Det andre vesentlige momentet i *Ansvar og meistring*, er departementets presisering av at det er *forvaltningens, og ikke brukerens ansvar å sikre samordningen* på tvers av de faglige og administrative skillelinjer²⁴. Dette temaet vil være sentralt i empirikapittelet, der det vil være interessant å se ikke minst hvordan brukerinformantenes erfaringer er, mhp hvem de opplever sikrer samordningen. Påpekningen om at det er forvaltningens ansvar å sikre samordningen, er også et tema Statens helsetilsyn tar opp, og som jeg kommer nærmere inn på både i empiri- og i analysedelen.

Året etter *Ansvar og meistring* var fremlagt, kom en ny en stortingsmelding som også vektlegger behovet for helhetlig tenkning i møtet med brukeren, der dette drøftes bl a i lys av de utfordringene den nye innsatsstyrte finansieringsordningen av deler av helsetjenestene, kunne medføre overfor pasienter med et sammensatt tjenestebehov. Det er St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, der det sies følgende:

Eit heilskapleg syn på menneske føreset at alle tenesteytarar ser tenestene sine som ein del av det totale tenestetilbodet til den einskilde pasienten. Dette er grunnlaget for utviklinga av individuelle planar og satsinga på ei meir pasientfokusert tenesteyting. Dette er meir enn ein verdi ved helsetenesteytinga; det er ein føresetnad for at det i det heile skal vere fornuftig å drøfte verdiane for tenesteytinga. Eit heilskapleg syn på tenestetilbodet til den einskilde pasienten må stå sentralt i alt kvalitetsarbeid i helsetenesta (min uth) St.meld. nr. 26 (1999-2000).

3.1.1 Om individuell plan

I 2001 kommer så *Forskrift om Individuell Plan*, hjemlet i forhold til lovverket innen helselovgivning, dvs. kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern, samt pasientrettighetsloven. Fra 2004 er forskriften også hjemlet i forhold til sosialtjenesteloven (SH-dir 2005b:16).

Videre er retten til å få en individuell plan fra 2006 også hjemlet i den nye arbeids- og velferdsforvaltningsloven, som jeg har vist til ovenfor.

²⁴ ”Tverrsektoriell og tverrfagleg innretning: Sett frå brukaren sin ståstad er sektor- og faggrensar mindre viktige. Eit brukarperspektiv inneber at utviklinga av rehabiliteringstilboda må ta utgangspunkt i ein vilje til sjå tilbod og organisering *nedanfrå og opp*, med utgangspunkt i enkeltmennesket sitt heilskaplege behov. For å modernisere og effektivisere helse- og sosialtenesta og trygde- og arbeidsmarknadsetaten, er derfor *eit skifte frå eit institusjons- og sektorperspektiv til eit tverrsektorielt brukarperspektiv ein viktig innfallsvinkel*. Dette aukar krava til brukarane sine støttespelarar. Dei må kome fram til ei felles forståing. Vidare må mål og verkemiddel trekkje i same retning. Når brukarbehova tilseier mange aktørar med ulike ståstader og ulike kompetanse, er det eit ansvar for styresmaktene og tenesteytarane, og ikkje for brukarane, å sikre samordning og samarbeid på tvers av faglege og administrative skiljelinjer.”(mine uth)

Der er imidlertid en del lovverk på tilstøtende områder, som *ikke* pålegger disse å utarbeide individuell plan etter denne forskriften, selv om de forøvrig er pålagt på generelt grunnlag å samarbeide med andre relevante tjenester.

Dette gjelder på den ene siden barnevernsloven, som jeg tidligere har vist til, og det gjelder også de tjenestene som kommer inn under barnehageloven og opplæringsloven, dvs tre viktige lovverk som omhandler sentrale tjenester til barn og unge.

Dette er et forhold som berøres av mine informanter, som jeg senere vil få komme tilbake til.

Vi ser at Statens Helsetilsyn i sin tilsynsrapport 4/2007 uttrykker en bekymring over at lovverket på opplæringsfeltet ikke er forpliktet mhp forskriften om individuell plan (Helsetilsynet 2007/4).

Vi ser også at *Statens kompetanse- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)* anbefaler at lovverket på opplæringsfeltet blir inkludert i bestemmelsene om IP²⁵.

Jeg vil få komme tilbake til denne problemstillingen i empirikapittelet, der jeg bl. a. drøfter barn med sammensatte hjelpebehov.

I følge Sosial- og helsedirektoratet, er *formålet* med den individuelle planen:

å gi et *helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* tjenestetilbud, og sikre at det til enhver tid er én ansvarsperson som har hovedansvaret for oppfølgingen og koordineringen (SH-dir 2005a:15 min uth).

Med ansvarsperson menes her en ansvarsperson *fra forvaltningen, en tjenesteyter* (IP forskrift § 2a).

Forskriften om individuell plan gir, som jeg innledningsvis har vært inne på, en tjenestemottaker rett til å få utarbeidet en felles plan for de ulike tjenestene brukeren samlet trenger, dersom han eller hun har et omfattende behov for koordinert hjelp fra flere tjenester over lengre tid. Den personen som har bruk for slik samordnet hjelp, har i henhold til denne forskriften *rett til å be om* en slik plan. Planen utløser imidlertid ikke i seg selv en rett til tjenester (Forskrift om individuell plan, § 4, 3. ledd).

²⁵ *Individuell plan – personlig koordinator, delrapport 1, Kjennetegn og kriterier for god praksis.* (mai 2006) Statens kompetanse- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) var et prosjekt ved Høgskolen i Bodø som var i virksomhet i årene 2000 – 2006. SKUR drev helse- og sosialfaglig utviklingsarbeid, bl a ved å utgi en rekke forskningsrapporter innenfor feltet rehabilitering og samordning, samt at man arrangerte ulike fagsamlinger for medarbeidere innen helse- og sosialsektoren. Arbeidet videreføres i flere utviklingsnettverk, i et utvalg av kommuner og helseforetak. Deres målsetting er å lage en veileder som forventes å foreligge i 2008. Ref *Samsynt og framsynt, utviklingsnettverk*, Statens kunnskaps- og utviklingssenter, mai 2006. Ref også www.skur.no Denne rapporten anbefaler også at lovverket for NAV pålegges å utarbeide individuelle planer, og dette er senere tatt inn i denne loven, som jeg har vist til foran.

3.1.2 Hvorfor kom forskriften om individuell plan?

Hvorfor kom denne forskriften? Statens Helsetilsyn har i forbindelse med sin tilsynsrapport 3/2006, som omhandler koordineringen av tjenester overfor voksne brukere med sammensatt hjelpebehov, og som er basert på tilsyn fra fylkesmennene i 60 kommuner i 2005, en kommentar der de berører nettopp dette (Helsetilsynet 2006/3).

Rapporten fra Helsetilsynet peker bl.a. på lovgivers *intensjon* med forskriften om individuell plan, når de på s. 16 sier:

” Lovgivers intensjon med Forskrift om individuell plan er å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov ses i sammenheng og at det legges vekt på å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud... Opplevelsen av et fragmentert tjenestetilbud uten samarbeid og koordinering mellom ulike aktører og manglende mulighet for brukermedvirkning ligger til grunn for forskriftsfesting av ordningen.. ”(min uth).

Hvordan fungerer så forskriften om individuell plan?

Dette er selve hovedspørsmålet for denne studien, og dermed en hovedproblemstilling i mine informantintervju, som jeg kommer nærmere tilbake til i empiridelen av oppgaven.

Jeg vil få trekke frem *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten... Og bedre skal det bli (2005-2025) (SH-dir 2005c).*

Selv om denne planen ikke representerer myndighetskrav, uttrykker likevel Sosial- og helsedirektoratet en forventning om at kommuner, og foretak følger opp (SH-dir 2005c:13), og planen kan anses som et sentralt veiledningsdokument fra direktoratet, når det gjelder arbeid med kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten. Planen understreker at det gjennom regelverket stilles krav til entydig plassering av organisatorisk ansvar (s. 30), og trekker frem følgende 3 elementer:

1. Faglig gode tjenester
2. Levert på en menneskelig sett god måte
3. *I et system som fremmer helhet* (min uth)

Igen ser vi henvisningen til helhet. Om kvalitet sies følgende:

God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet. Brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. En forutsetning for dette er tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling på langs i en tiltakskjede og på tvers av tjenestetyper og nivåer - - (SH-dir 2005c:24, min uth).

Vi ser at begrepet kvalitet settes i sammenheng med samordning, kontinuitet og helhet.

Problemstillingene knyttet til et bedre helhetlig og samordnet sosial- og helsetjenestetilbud har vært tema for flere regjeringsoppnevnte utvalg, også etter at forskriften om individuell plan ble fremlagt første gang i 2001, og jeg vil her trekke frem to;

NOU 2004:18, *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* (Bernt-utvalget), og NOU 2005:3, *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff-utvalget).

Mens Bernt-utvalget særlig ser på det rettslige grunnlaget, og vurderer en harmonisering og sammenslåing av lovverket innen helse- og sosialfeltet, vurderer Wisløff-utvalget bl a de økonomiske virkemidlene, og deres betydning for å få til en større grad av samordning innen helsesektoren.

Dersom en ser på mandatene til hhv. Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget, ser en at begge disse regjeringsoppnevnte utvalg har fått i oppdrag å vurdere mulighetene for å forbedre helsetjenestenes evne til samordning.

I Bernt-utvalgets mandat sies det bl a følgende:

1. Utvalget skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.
2. Siktemålet med harmoniseringen er å:
 - sikre ensartet regulering av likeartede tjenester
 - sikre *helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov* og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette
 - hindre *ansvarsfraskrivelse* mellom tjenester og sektorer (NOU 2004:18) (min uth).

I Wisløff-utvalgets mandat heter det innledningsvis:

”Støttepasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. - - Utvalgets hovedformål er å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen (NOU 2005:3) (min uth).

Hele tiden handler det om en understrekning av et helhetsperspektiv, og om forvaltningens ansvar for å samordne og koordinere, i de sakene der dette er nødvendig.

Wisløff-utvalget presenterer det de omtaler som *verdigrunnlaget* for helsetjenesten, og setter dette opp som *en av forutsetningene for god samhandling*. I sitt kapittel om forutsetninger for god samhandling, sier de om verdigrunnlaget:

Møtet mellom pasient og tjenesteyter er selve testen på verdigrunnlaget for helsetjenesten, jf. St.meld. nr. 26(1999-2000). Det er ofte de mest sårbare og vanskelig stilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Fellesnevneren for dem som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene. Det er viktig at tjenesteyterne i slike situasjoner møter pasientene med et helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon (min uth)²⁶.

Igjen ser vi henvisningen til helhet. Samtidig som man kunne si seg enig i at dette å se pasientens behov i en helhet måtte være en viktig forutsetning for en god helsetjeneste, så blir det også lett å få øye på det spenningsforholdet det må bli mellom dette idealet på den ene side, og den fragmenterte organisering av den enkelte tjeneste på den andre siden.

²⁶ Wisløffutvalget, 2.1 Forutsetninger for god samhandling - 2.1.1 Verdigrunnlaget

For helsevesenet, som nettopp vektlegger etiske standarder og verdier veldig tydelig i sin yrkesetikk, må spenningsforholdet mellom de etiske krav, og de organisatoriske rammer, oppleves kanskje sterkere enn på en del andre samfunnsområder?

”Som god, gammel sykepleier var vi opplært til å se helheten”, sier informant (intervju 22/2-07)

For igjen å gripe tilbake til problemstillingen for denne studien: Hvilke vilkår har dette perspektivet for å lykkes, i møtet med en fragmentert forvaltning?

Om individuell plan sier Wisløff-utvalget bl a:

Utvalgets vurdering er at *individuell plan er et godt verktøy for å fremme samhandling i helsetjenesten*. Utvalget viser imidlertid til manglende oppfyllelse av denne rettigheten og foreslår derfor noen forbedringstiltak. ... Utvalget mener kravet om utarbeiding av individuell plan må følges bedre opp.²⁷

Bernt-utvalget drøfter individuell plan inngående, og jeg vil her få gjengi hva de sier om intensjonen med ordningen:

Individuelle planer er ment å bidra til at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester får et mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. - -

I tillegg til å gi tjenestemottaker en individuell rettighet, er *individuell plan også et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer*. - - Det er et mål at arbeidet med individuell plan skal føre til *mer langsiktig og helhetlig tenking i forhold til tjenestemottakere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester*. (NOU 2004:18 pkt 10.1)

Vi ser dermed at behovet for helhet, sammenheng og samordning vektlegges i en rekke sentrale dokumenter både før og etter forskriften om individuell plan ble fremlagt²⁸.

Vi har også sett at vektlegging av et bredt samarbeid mellom ulike berørte tjenester er fremhevet i sentrale lovverk tilbake fra begynnelsen av 1990-tallet, og som fremdeles gjelder, der to sentrale eksempler vil være sosialtjenesteloven og barnevernsloven.

Understrekingen av betydningen av å se pasientens, eller brukerens, behov i en helhet var dermed ikke en ny erkjennelse, da forskriften om individuell plan kom.

²⁷ NOU 2005:3 pkt 2.3.1

²⁸ Jeg vil her vise til praktisk rettet veiledningsmaterieell som er utgitt i fbm individuell plan og samordning av tjenester. Sosial- og helsedirektoratet har i løpet av de siste årene utgitt flere brukervennlige veiledere som berører koordinering av sammensatte tjenester, og jeg viser til tre av disse i denne sammenhengen: *Individuell Plan 2005 – Veileder til forskrift om individuell plan*, (SH-dir 2005b). Denne veileder henvender seg kanskje først og fremst til ansatte, men også nyttig for brukere *Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?* Veiledningshefte (SH-dir 2005a). Dette heftet anses å representere en stor forbedring mhp informasjon til pårørende til barn med sammensatte hjelpebehov. *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*, (SH-dir 2007), et hefte som henvender seg både til ansatte og også nyttig for brukere/pårørende. Jeg viser også til Statens kompetanse- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), som jeg refererte til ovenfor.

Sintef Helse utgir en lang rekke rapporter knyttet til helseforskning. Her vil jeg kort vise til en rapport som omtaler bl a hvordan kommuner og helseforetak organiserer samhandlingen overfor det rapporten benevner utsatte barn og unge. Andersson, Ose, Pettersen, Røhme, Sitter, Ådnanes : *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge 10-20*, STF78 A055025, SINTEF Helses Åpne rapporter 2005

Temaet i empiridelen er hvordan ulike aktører *erfarer* samordning av tjenester ved bruk av individuell plan. Før vi kommer dit, vil det være viktig å se på sentrale trekk ved hvordan den norske velferdsforvaltningen på ulike nivåer er *organisert*, hvordan denne organiseringen har utviklet seg, samt om organiseringen vi i dag ser, kan antas å fremme eller hemme horisontal samordning av tjenester til enkeltbrukere. Organisasjonsformer anses å ha politisk betydning ved at de påvirker hvilke saker som ses i sammenheng og hvilke som blir sett atskilt fra hverandre (Fimreite og Læg Reid 2004)²⁹. Det anses å være et hovedfunn i forvaltningsforskningen at formelle organisasjonsendringer som oppdeling eller sammenslåing av enheter, samt endringer i samordnings- og spesialiseringsprinsipper, har atferdsmessige konsekvenser for de organer som berøres (Fimreite og Læg Reid 2004)³⁰.

3.2 Om oppgavefordelingen mellom stat og kommune

Flo (2004) beskriver utviklingen av det kommunale selvstyret som et spenningsforhold mellom statlig integrasjon og kommunal autonomi. Over tid, fra Formannskapslovenes innføring og frem til i dag, synes utviklingen å ha gått fra en posisjon der hovedidealet for kommunene var den lokale autonomi, og til etterkrigsperiodens innføring av en omfattende velferdsstat, med kommunene som, i større og større grad, et integrert gjennomføringsorgan for den statlige politikken, og frem til dagens situasjon, der begrepet *effektueringskommune* har vært brukt som illustrasjon på kommunens underordnede rolle, og kanskje også som illustrasjon på det manglende lokale handlingsrom, vis a vis staten. (Fimreite og Læg Reid, 2004). I vurderingen av hvilke oppgaver som bør ligge på hhv statlig og kommunalt nivå, fremholdes rettssikkerhet og likebehandling som argumenter for statlig ansvar, mens muligheten for samordning og lokal tilpasning fremholdes som argumenter for kommunal ansvars plassering (NOU 2000:22).

Effektivitetsverdien fremholdes som argument for kommunal ivaretagelse, det pekes på at kommunene effektivt kan samordne offentlig innsats og tjenesteproduksjon³¹ Opp mot dette pekes det på at spenningsforholdet også innad i kommunene synes å ha økt (Baldersheim et al, 1997). Jeg vil hevde at man kan få en ganske betydelig grad av drakamp innad i kanskje særlig de større kommunene, mhp hvilken avdeling, og ikke minst hvilket budsjett, de ulike tiltak skal dekkes fra, og at mye av problemene rundt dette å få til en god tverrfaglig

²⁹ Det henvises her til Schattschneider, 1960 og Olsen 1978

³⁰ Det henvises her til Egeberg 2003 og Christensen og Læg Reid 2004a

31 *Forvaltning og politikk*, kap 10. s. 188

samordning rundt enkeltbrukere, som forskriften om individuell plan legger opp til, nettopp bunner i denne drakampen.

Et poeng jeg kan berøre her, er Wisløff-utvalgets forslag om at koordinatoransvaret for individuell plan-saker for fremtiden bør legges til kommunene.

Jeg vil peke på det poenget jeg ovenfor har nevnt – særlig i de større kommunene er det ikke nødvendigvis sikkert at Wisløff-utvalgets forslag i seg selv løser koordineringsutfordringene knyttet til individuelle planer – der må være noen organisatoriske strukturer til stede i kommunene – eller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten - hvor koordinerings-spørsmålet kan finne sin løsning.

Av betydning i vår sammenheng, er at forskriften om individuell plan dekker tjenester som gis både av førstelinjen og av andrelinjen, og ofte fordrer en samarbeid i den enkelte sak mellom de to nivåene. Tilliten mellom de to nivåene, dvs mellom stat og kommune, anses å ha blitt svekket, med den følge at gjensidig tillit som koordineringsmekanisme ikke fungerer så godt som tidligere (Fimreite og Lægreid 2005:16).

3.3 Prinsippet om ministeransvar i den norske forvaltningen

Norge anses å ha en ganske sektorpreget forvaltning, og det synes å kunne være to tendenser som kanskje har forsterket hverandre, på den ene side New Public Management, og på den andre side prinsippet om ministeransvar (Fimreite og Lægreid 2004).

Når det gjelder prinsippet om statsrådenes ansvar for det enkelte departement, peker Fimreite og Lægreid (2005) på følgende:

The Norwegian system is dominated by strong specialized ministries, partly the result of the ministerial responsibility principle.

Horisontal samordning anses vanskeliggjort som følge av den sterke vertikale oppdeling vi har i Norge - og særlig hvis samordningen mangler en organisert plattform:

Horizontal coordination without an organised foundation faces poor odds in an administrative apparatus which is strongly vertically oriented as in the Norwegian case (Fimreite og Lægreid 2005)³².

Sektordepartementene anses sterkere enn samordningsdepartementene (Christensen og Lægreid 2007), noe som ses i sammenheng med ministerstyret. Ministerstyret anses å ha blitt forsterket (Fimreite og Lægreid 2004)³³.

³² Se også Fimreite, Flo; Selle og Tranvik: *Når sektorbandene slites – utfordringer for den norske velferdsmodellen*. Tidsskrift for Samfunnsforskning 1:2007.

Videre Christensen; Fimreite, Lægreid: *Reform of the employment and welfare administrations – the challenges of co-ordinating diverse public organizations*, Paper presented at EGPA Conference, Milan, Sep. 2006

³³ Det vises til Eriksen 2003

Forsøk på å styrke tverrgående samordning via Kommunal- og regionaldepartementet anses bare delvis å ha lyktes. Departementenes tildelingsbrev ses som et mulig samordningstiltak, men departementer med tverrsektorielle ansvarsområder anses i liten grad å samordne sine tildelingsbrev (Fimreite og Læg Reid 2004).

3.4 New Public Management og økende fragmentering av forvaltningen

New Public Management-reformer anses å ha hatt stor betydning innen hele OECD-området i løpet av de siste 20 år. I løpet av 1980-årene anses det at man har fått en klar internasjonal trend i retning av øket spesialisering, selv om utslagene beskrives som noe ulike i de enkelte land. New Zealand fremheves ofte som et av de land som har gått lengst, mens andre land som Canada og Sverige beskrives som mer forsiktige. Pollitt og Bouckaert oppsummerer, på basis av en komparativ studie som omfattet 12 land, at i hvert fall 10 av disse hadde tatt i bruk økt spesialisering av administrative avdelinger (Pollitt and Bouckaert 2004).

I forbindelse med den siste Maktutredningen i Norge, karakteriseres New Public Management slik:

”NPM understreker at offentlig sektor og forvaltningsapparatet må ha mer fokus på effektivitet, resultat, management-orientering, konkurranse, marked og brukerne, og legge mindre vekt på regler, prosess og ulike interne hensyn.” (Christensen og Læg Reid, 2001:67) (min uth)

Med henvisning til ”brukerne”, som det refereres til i dette sitatet ovenfor: noen brukere har et mer komplisert hjelpebehov eller tjenestebehov enn andre - dette vil ikke minst gjelde for brukere som kan ha rett til å be om en individuell plan - og da kan det være relevant å spørre: hvordan slår NPM-tenkningen ut for dem?

New Public Management omtales som:

”et paradigmatisk skifte mot markeds- og nettverksorganisasjoner. Reformen basert på nyklassisk økonomisk ideologi, private ledelsesprinsipper, som har foreskrevet privatisering, deregulering, markeds konkurranse, og kommersialisering. Den offentlige forvaltning blir et supermarked, leverer mange ulike offentlige tjenester, disiplinert av markeds konkurranse” (Olsen, 2005:9), min overs.

Selv om Norge har vært omtalt som noe nølende når det gjelder oppslutning om NPM synes det, med henvisning til den siste Maktutredningen, å være dekning for å si at tenkningen rundt mål- og resultatstyring, dette å bli målt på målbare resultater, har fått stort gjennomslag i norsk offentlig forvaltning (Halligan 2000:75)³⁴.

Christensen og Læg Reid (2001) trekker frem følgende, når det gjelder statsforvaltningen:

³⁴ John Halligan omtaler Norge som ”the hesitant reformer” når det gjelder New Public Management John Halligan: *The Process of Reform in the Era of Public Sector Transformation*, i Christensen and Læg Reid: *New Public Management – The transformation of ideas and practice*, Oslo 2000, s. 75

”Desintegreringen i den norske sentralforvaltningen, ut fra NPM, følger hovedtrekkene av utviklingen i ulike angloamerikanske land, --Det er to forhold som henger sammen, nemlig *økt horisontal oppdeling* og en økt vertikal differensiering. (Læg Reid og Roness 1998) *Horisontal spesialisering er ikke nytt, men det er primært innholdet i og intensiteten i denne utviklingen som er ny. Hovedprinsippet er at man ikke skal ha overlapping mellom funksjoner, men skape egne organisasjoner for hver funksjon eller oppgave, noe som innebærer at tidligere integrering av funksjoner i samme organisasjonsenhet skal opphøre* (Boston et al. 1996, Christensen og Læg Reid 2001b)

Oppdelingen skal dessuten være basert på økonomiske perspektiver. Dette leder til oppdeling i roller som eier, regulator, bestiller, utfører, osv” (Christensen og Læg Reid, 2001) (mine uth)

Sentralt her er poenget med å skape egne funksjoner for hver oppgave slik at tidligere integrering opphører, noe som synes å få relevans for den kommunale organiseringen, som jeg skal få komme tilbake til nedenfor, når vi ser på forskjeller mellom gammel og ny sektororganisering i kommunene.

Christensen og Læg Reid (2007) vektlegger at New Public Management-reformbølgen har kombinert vertikal og horisontal spesialisering, noe som anses å ha medført øket fragmentering.

3.5 Om pendelen som svinger – spesialiseringsprinsipper i kommunene

Norske kommuner, og kanskje særlig de større bykommunene, har gjennom årene anvendt flere av Gulicks spesialiseringsprinsipper når det gjelder intern organisering (Gulick 1937).

Vi skal her se nærmere på tre av disse. Jeg velger å gjøre denne gjennomgangen med utgangspunkt i Bergen kommunes organisering gjennom de siste 20 år.

3.5.1 Tradisjonell sektormodell

Når det gjelder Bergen kommunes ulike spesialiseringsprinsipper gjennom de siste to ti-år, så har to av de tre ulike modeller som jeg har berørt i teorikapittelet, dvs. både sektor, eller hovedutvalgsmodellen, og geografi/bydelsmodellen, hatt et samordnende ledd med myndighet mellom den enkelte tjeneste og det byomfattende nivået, og helse- og sosial hadde to slike samordnende ledd innen sin sektor.

I sektor/hovedutvalgsmodellen hadde man, innen helse- og sosialsektoren, en helse- og sosialsjef i hver av de den gang 12 bydeler, med en samordnende myndighet overfor sine tjenester innen sin bydel. På denne sektoren hadde man derfor både en samordnende myndighet innen sektoren på bydelsnivå og på bynivå, hvor bydelenes helse- og sosialsjefer rapporterte til kommunaldirektøren, som i sin tur rapporterte til hovedutvalg for helse- og sosial. For sektorene skole, og fritid og kultur, hadde man den sektorvise samordning på bynivå, hos kommunaldirektøren, som i sin tur rapporterte politisk til det respektive hovedutvalg, og administrativt til rådmannen. Den byomfattende koordineringen, på tvers av sektorer, skjedde hhv på rådmannsnivået, og i formannskapet/bystyret. Svakheten som etter

hvert avtegnet seg, var at man etter hvert som årene gikk, fikk sterkere og sterkere sektorforsvarere, både politisk og administrativt, i og for seg med god samordning innen sektoren, mens det ble vanskeligere å få til en bredere samordning som gikk utover den enkelte sektor. Dette representerer dermed en praktisk erfaring, som er i tråd med Gulick (1937), ref. teorikapittelet³⁵.

3.5.2 Spenning mellom sektor og bydelsorganisering – bydelsreformer

Bydelsorganisering, som Bergen sammen med en rekke av de større skandinaviske byene utviklet på 1990-tallet, ses ofte – naturlig nok – i kontrast til den klassiske sektormodellen vi har vært inne på ovenfor. Bergen hadde dessuten valgt en ”djerv” modell, med en ganske omfattende delegering av – for øvrig både politisk og administrativ – myndighet til bydelene, med fullt økonomisk ansvar for driften innen alle tjenester som kommunen yter i bydelene på helse- og sosial, skole og oppvekst, fritid og kultur, samt en mindre delegering også innen park og teknisk sektor. I en komparativ studie av politisk desentralisering i 6 skandinaviske byer, har Bäck *et al* (2005:32) konkludert med at Bergen, ved siden av Stockholm og København, hadde den mest omfattende desentraliseringen (Fimreite & Aars, 2007). Et viktig poeng – ikke minst på basis av erfaringen i Bergen – var at bydelsorganiseringen innebar *et ikke ubetydelig spenningsfelt innad i kommunen*, mellom *geografisk* organiserte bydeler, med en betydelig myndighet lagt til seg, *kombinert med sektororganisering på det byomfattende nivået*, dvs. i byrådsavdelingene, og dette spenningsforholdet, kombinert med en del andre faktorer, hadde etter min vurdering en betydelig innvirkning på at man etter fire år valgte å avslutte desentraliseringsreformen. I alle politiske systemer med mer enn ett nivå, får man både sentrifugale og sentripetale krefter, dvs. både krefter som trekker makt innover/oppover mot sentrum, og krefter som trekker utover/nedover mot distriktene, eller bydelene (Bäck 2002, gjengitt i Fimreite & Aars, 2007).

Man fikk et spenningsfelt mellom de to nivåene, ikke bare pga forskjellen mellom sektorbasert og geografisk organisering, men også fordi bydelsstyrene innenfor helse og sosial og skole, hadde myndighet på de samme områdene som byrådene, som derved følte at deres handlingsrom var innskrenket (Fimreite & Aars, 2007).

I perioden med bydelsreform, hadde bydelsdirektøren i hver av de 8 bydelene en myndighet overfor alle de tjenester som var tillagt bydelene, slik at samordningsmyndigheten her hadde en betydelig bredde, på tvers av sektorene. Bydelsreformen hadde en rekke politiske mål, som vi ikke trenger å utdype her, utover helt kort å si at dette hadde sammenheng med et ønske om

³⁵ Jeg har tillatt meg å trekke på praktisk erfaring fra budsjettarbeidet i bystyret gjennom disse årene.

å vitalisere befolkningens deltakelse i lokaldemokratiet. Det *administrative* målet med bydelsreformen er imidlertid relevant for vårt tema, og det er derfor jeg trekker den inn her; *å styrke mulighetene for horisontalt, tverretattlig samarbeid*, var det administrative hovedmålet med å etablere denne desentraliseringsreformen. Bydelsdirektøren hadde myndighet til å koordinere på tvers, noe som utgjør en betydelig forskjell, i forhold til bare å ha en rådgivende funksjon, som rådgiverne på bydelsnivå innen hhv oppvekst og helse og sosial har i dagens modell ³⁶.

Fimreite et al (2007) har problematisert det forhold at staten og kommunene kanskje i økende grad de senere år har valgt *ulike* prinsipper mhp organisering; staten etter sektorprinsippet, mens en rekke kommuner har valgt en mer geografisk basert organisering av sine tjenester (slik Bergen gjorde med bydelsorganiseringen, eksempelvis). Samspillet kommune/stat blir dermed vanskeliggjort, dette samtidig med at kommunene er statens viktigste gjennomføringsorgan for hele velferdspolitikken. Det anses at en tiltakende statlig styring har blitt svaret på at samspillet stat/kommune ble vanskeliggjort av ulike spesialiseringsprinsipper i stat og kommune, ikke uten et økende innslag av skepsis til det lavere nivået, med økt vektlegging av kontroll-, tilsyns- og rapporteringsordninger. Da den sektororganiserte kommunen ble svekket til fordel for andre organiseringsformer, som bydelsorganiseringen i Bergen var et sterkt eksempel på, antas det at man på statlig hold innfører tiltak for å styrke den vertikale integrasjonen mellom stat og kommune, og for å dempe mulige konsekvenser av tverrsektoriell samordning lokalt (Fimreite et al 2007:22).

3.5.3 Ny sektororganisering - To-nivåmodell med single purpose organizations

Beskrivelsen av New Public Management, og single purpose organizations, som jeg ovenfor har vist til, synes å passe godt på Bergen kommunes nåværende organisering, hvor man fra 2004 og fremover – dvs på et tidspunkt *etter* at man i andre land kunne se tegn til at pendelen igjen hadde begynt å svinge mot mer samlende organisering (Pollitt and Bouckaert 2004) - har valgt å organisere kommunen etter en ganske rendyrket to-nivåmodell, med en utstrakt fragmentering av tjenestene, ikke minst innen helse- og sosialfeltet, noe som flere av mine informanter kommenterer, og som jeg vil få komme tilbake til i empirikapittelet.

To-nivåmodellen er kjennetegnet av at samordnende organ med myndighet, som man tidligere innen helse- og sosial hadde både i sektormodellen og ved bydelsorganiseringen, er tatt vekk,

³⁶ Jeg har tillatt meg her å trekke på praktisk erfaring fra Bystyrets komite for bydelsforsøket 1995 – 1999, og fra bydelsreformen i perioden 2000 – 2003. Referanse mhp faktaopplysningene: www.bergen.kommune.no Bydelsreformen ble for øvrig evaluert av Rokkansenteret i Bergen. (Aars et al, 2002, Fimreite et al, 2003, Rokkanrapport nr 4)

med det resultat at samordningen må løftes høyere opp, og man kan, da særlig i store kommuner, få et *kapasitetsproblem i det samordnende ledd*, et forhold som mine informanter også tar opp. Fimreite og Læg Reid (2004) beskriver dette i forhold til statlig nivå, der horisontal samordning pga økt oppsplitting skyves oppover til regjeringen, med kapasitetsproblem som resultat. Jeg vil hevde at man kan få et tilsvarende problem på kommunenivå, særlig i store kommuner, pga et høyere antall saker med behov for samordning.

Med tanke på hvor mange tjenester, eller resultatenheter, som rapporterer opp på bynivå i Bergen, synes Gulicks påpekning av nødvendigheten av å begrense kontrollspennet pga begrensninger i den menneskelige kapasitet, fremdeles å ha gyldighet (Gulick, 1937).

Ved innføringen av to-nivåmodellen fra 2004 er det første gang på om lag 20 år - hvis man tar utgangspunkt i helse- og sosialtjenestene, som er de mest sentrale i denne studien - at man i Bergen *ikke* har et *samordnende ledd med myndighet* mellom den enkelte tjeneste, eller den enkelte resultatenheter, og det byomfattende nivået.

Det anses vanskelig å få til horisontal koordinering uten at man har spesifikke organisatoriske løsninger for dette (Fimreite og Læg Reid 2005:16).

Fimreite og Læg Reid (2004) beskriver forskjellen på ny og gammel sektormodell slik:

Den velprøvde integrerte etatsmodellen, hvor kryssende krav og hensyn måtte brytes mot hverandre innen samme organisasjon, er avløst av semi-autonome organisasjoner med hver sine oppgaver.

På kommunenivå i Bergen har man siden 2004 fått en oppsplitting, om ikke i semi-autonome organisasjoner, så i selvstendige resultatenheter, som hver rapporterer opp til byrådsavdelingen, med et rådgivende ledd uten myndighet i mellom, en posisjon som kjennetegnes av å være vagere enn de tidligere helse- og sosialsjefene, ved at man har rådgivere i hver bydel, hhv innen helse- og sosial, og innen oppvekst, men disse har kun – som navnet tilsier – en rådgivende funksjon, og ikke myndighet i linjen mellom tjenestestedet og byrådsavdelingen.

3.5.4 Slitasjeeffekt av hyppige reformer?

(Roness 1997:65) omtaler slitasjeeffekter ved hyppige omorganiseringer³⁷, og Pollitt og Bouckaert fremhever den tiden det tar før man får full effekt av store reformer, i det full effekt av store endringer i prosesser og strukturer innen offentlig sektor ikke anses å kunne høstes før etter tre til fem år etter at et reformprogram er lansert (Pollitt and Bouckaert, 2004).

Spørsmålet er om de to store omleggingene Bergen gjorde, med fire års mellomrom³⁸, der et betydelig antall tjenesteytere innen de tjenester som er aktuelle for denne studien flere ganger

³⁷ Roness viser til Hood (1974)

³⁸ Dette gjelder de to omleggingene som nettopp er beskrevet i pkt 3.5.2 og 3.5.3, dvs omleggingen til bydelsstyring fra 1999/2000, og omleggingen til to-nivåmodell og "single purpose organizations" i 2004.

fikk endret sine styringslinjer og tilhørighet, kan ha influert mulighetene for den typen nettverk og samarbeidsrelasjoner som individuelle planer krever.

3.6 Oppsummering

Jeg har i bakgrunnskapitlet redegjort for en opplevd kontrast mellom på den ene siden en klart uttrykt intensjon om å se brukerens behov i en helhet, slik dette kommer til uttrykk i en rekke utredninger, lovverk og i forskriften om individuell plan, og på den andre siden en organisering av forvaltningen som er blitt mer vertikalt fragmentert, og der tidligere samordnende ledd med myndighet nå er borte.

Vi har sett at både sosialtjenestelov og barnevernslov, begge fra begynnelsen av 1990-tallet, og helselovgivningen, påpeker forvaltningens forpliktelse til å se brukerens, eller pasientens, behov i en helhet. Vi har sett Wisløffutvalgets og Berntutvalgets utredninger drøfte intensjonen med verktøyet individuell plan, og deres understrekning av at det er forvaltningens, og ikke brukerens ansvar å stå for samordningen. Av særlig interesse er også den nå nærmere 10 år gamle stortingsmeldingen *Ansvar og meistring* (St meld 21 (1998-99)) og dens påpekning av nødvendigheten av et skifte fra institusjons- og sektorperspektiv, til et tverrsektorielt brukerperspektiv.

Spørsmålet som melder seg, er hvordan dette perspektivskiftet går i hop med den økende fragmentering av tjenester som New Public Management representerer.

4 Datakilder og metode

4.1 Innledning

Jeg vil gjøre rede for de metodiske valg og avveininger jeg har gjort, i fbm denne studien om hvordan de ulike aktørene; brukere, pårørende, tjenesteytere og tilsynsmyndigheten, erfarer ordningen med individuell plan, samt hvilken betydning de organisatoriske forhold får på den type horisontal samordning som den individuelle planen innebærer. Studien dreier seg altså om å søke å avdekke noe om *hvordan* det forholder seg, og – med basis i en analyse ut fra hhv reformperspektiv og institusjonelt perspektiv – søke å finne forklaringer på *hvorfor* det er slik.

4.2 Design/opplegg

Jeg har valgt å gjøre min studie som en case-studie, med to typer data; a) egne intervjuer med 15 informanter, og b) to tilsynsrapporter fra Statens Helsetilsyn, nr 3/2006 og 4/2007, som omtales nærmere nedenfor. Case-studier kjennetegnes ved at man kan kombinere ulike typer data (Yin 1994). Case-studier anses å egne seg dersom spørsmålene man ønsker svar på er av typen *hvordan* og *hvorfor* (Yin 1994). Casestudier er ofte definert som empiriske undersøkelser av samtidige fenomen i sin kontekst, der en ønsker å studere både casen og dens kontekst.

I denne studien velger jeg å definere casen som *samhandlingen knyttet til den samlede tjenesteyting i saker der individuelle planer nyttes*, og jeg definerer kontekst som *de organisatoriske forhold som er rundt denne samhandlingen*.

Studien tar sitt teoretiske utgangspunkt i at de organisatoriske forhold *innvirker på* hvordan denne samhandlingen kan gjøres, og begrunnelsen, eller motiveringen for studien, er at en bedret forståelse for hvordan de organisatoriske forhold virker inn, antas å ville kunne bedre mulighetene for å oppnå målsettingen med den type samordning av tjenester som de individuelle planer innebærer (Brunsson og Olsen 1990).

Grønmo (2004) skiller mellom beskrivende, forklarende og forstående studier. Hensikten med beskrivende studier, som min studie vil være et eksempel på, og som for øvrig kan være både kvantitative og kvalitative, er å avdekke og belyse faktiske forhold, der analyseresultatene drøftes dels opp mot tidligere forskning, og dels mot bl a samfunnsmessige planer og beslutninger av relevans for saken.

En case-studie kan benytte både kvantitative og kvalitative metoder, understreker Yin (1994).

Om en studie bør anvende kvalitativ eller kvantitativ metode, avhenger av problemstillingen, og hva man ønsker å belyse. I forhold til emnet for denne studien, ville et spørsmål om *fordeling* også kunne være et relevant spørsmål å prøve å finne svar på; er det få eller mange saker av denne typen som kan sies å være vellykket, og motsatt; er det få eller mange av denne type saker som viser seg vanskelige å løse? En slik problemstilling kunne være vel begrunnet, og ville være relevant å belyse med en kvantitativt rettet metodisk innfallsvinkel.

Mitt spørsmål er imidlertid et annet; hva *kjennetegner* disse sakene, og hvordan virker de organisatoriske forhold inn? Mitt valg har derfor vært å benytte en kvalitativt preget case-studie. Eksplorerende undersøkelser er ofte basert på kvalitative tilnærminger (Grønmo 2004). Fordelen med en kvalitativ tilnærming, er muligheten til å kunne gå i dybden, og det anses å være en fordel når det er komplekse forhold en ønsker å undersøke. Begrensningen med et slikt metodisk valg er i første rekke at man ikke kan gjøre en statistisk generalisering ut fra resultatene i en case (Yin 1994).

Ut fra en case-studie gjør man en analytisk generalisering, i følge Yin, eller det Grønmo (2004) kaller en teoretisk generalisering. Hvis de forhold eller sammenhenger som spesifiseres i problemstillingen er mer omfattende enn de som inngår i den empiriske undersøkelsen, vil analysen være innrettet mot teoretisk generalisering (Grønmo 2004:245). Grønmo beskriver forskjellen mellom statistisk generalisering ut fra et stort utvalg, og teoretisk generalisering ut fra et lite, strategisk utvalg, som mye av et metodisk hovedskille. Å vurdere de empiriske analyseresultatene i forhold til tidligere forskning og etablerte teorier anses å ha stor betydning ved teoretisk generalisering av analyseresultatene. Når et utvalg er strategisk, er utvelgingen av informanter ikke basert på tilfeldighetsprinsipp, men på en systematisk vurdering av hvilke enheter som ut fra teoretiske og analytiske formål anses mest relevante og interessante (Grønmo 2004:88).

4.3 Utvalg av respondenter

Mitt ønske har vært å intervju folk som i størst mulig grad kunne antas å være *representative* for sin rolle, sin funksjon. For å gjøre dette har jeg søkt å finne et relativt lite, strategisk utvalg, ”med forholdsvis mye informasjon om hver enhet, med sikte på teoretisk generalisering, i motsetning til en mer kvantitativt orientert studie med sikte på statistisk generalisering” (Grønmo, 2004:91). Om størrelsen på det strategiske utvalget, sier Grønmo (2004:86) at det er tilstrekkelig med et utvalg som er stort nok til at utvalget reflekterer

bredden i den virksomheten som studeres, og fanger inn viktige variasjoner i denne virksomheten.

Informantene, som alle er fra Bergen, fordeler seg slik: Fire brukere/pårørende, fra ulike bydeler i Bergen.

Åtte tjenesteytere i førstelinjen: fem fra helse og sosiale tjenester samt en fra pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) i Åsane bydel, kommunaldirektøren for helse og omsorg i Bergen, og en fastlege /tidligere bydelsoverlege, som har pasienter fra ulike bydeler i Bergen.

To tjenesteytere fra andrelinjen: en fra ett av de barne- og ungdomspsykiatriske team (BUP), og en fra barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk ved Haukeland Universitetssjukehus. Til sist en informant fra Fylkesmannen i Hordaland, som er tilsynsmyndighet for tjenestområdet.

Et vesentlig utgangspunkt for meg, har vært å prøve å få frem hvordan *brukere og pårørende* erfarer samordning av et sammensatt hjelpebehov, ved bruk av individuell plan. Å intervjuer færre enn fire fra gruppen brukere/pårørende, var derfor lite ønskelig. Blant de pårørende, er to representanter fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, som i tillegg til at de formidler egne erfaringer som pårørende til barn/unge med sammensatt hjelpebehov, også formidler en bredere erfaring fra medlemmer i denne forholdsvis store brukerorganisasjonen, som er en paraplyorganisasjon med en rekke enkeltforeninger tilknyttet seg. Foreningen er aktiv på byfylke- og landsplan, og har representert brukersiden i en rekke offentlige utvalg, utredninger, prøveprosjekter og kontaktorganer, både lokalt og på landsplan.

Fra *tilsynsmyndigheten* har jeg én informant. Denne representerer tilsynserfaringer fra en ganske omfattende tilsynsvirksomhet i en rekke kommuner i Hordaland, slik at de vurderinger som kommer til uttrykk fra denne informanten, dekker etter min vurdering godt hvordan tilsynsmyndigheten vurderer temaet.

For øvrig kommer tilsynsmyndigheten bredt til orde gjennom de to tilsynsrapporter (Helsetilsynet 2006/3 og 2007/4), som representerer landsomfattende tilsyn innen temaet for studien. Som jeg tidligere har redegjort for, var Åsane ett av deres tilsynssteder i rapporten fra 2006. Det er min vurdering at denne instansen samlet kommer godt til orde i studien, selv om jeg har avgrenset meg til én informant i mine egne intervjuer.

Jeg har dermed valgt å ha flest informanter, 10 i tallet, fra *tjenesteyterne*. Dette fordi jeg har ønsket å lytte til erfaringer innen kommunalt nivå både fra tjenesteytere ”på grunnplanet” i ulike tjenester der bruk av individuell plan kan være aktuelt, lokale tjenestestedsledere, ledelsen på bynivå, samt tjenesteytere fra andrelinjetjenesten. Nettopp det at mange tjenester

kan være berørt, samt at tjenestene er ganske oppstykket i sin organisering, og at Bergen kommune er en *stor* organisasjon, har gjort at jeg har ønsket å ha så stor bredde som mulig innen denne gruppen. Det er denne gruppen, tjenesteyterne, som har *ansvaret for* at samordningen av tjenestene finner sted. Det har også av den grunn vært viktig å intervju så mange fra denne gruppen som jeg ressurs- og tidsmessig hadde mulighet til, innenfor rammen av en masteroppgave. Nærmere redegjørelse for hvem jeg har intervjuet følger i vedlegg 1.

4.4 Intervjuopplegget

Svein S. Andersen (2006:281) skiller mellom to hovedtyper av det han kaller ”åpen og samtalebasert informantintervjuing”.

Den første gruppen er aktører som kun – eller i hovedsak - formidler personlige og private opplevelser – informanter som kan gi tilgang til unike data som ingen andre har direkte innsikt i. Den andre gruppen ”besitter kunnskap om saker, situasjoner, relasjoner og kontekst som ikke er allment tilgjengelig” – de ”kan ha informasjon som kan bidra til samlende beskrivelser og tolkninger” (Andersen 2006:81).

De fire brukerinformantene kunne sies å tilhøre den første gruppen, og de øvrige kunne sies å tilhøre den andre av Andersens to grupper informanter. Samtidig vil jeg si at informantene i denne gruppe også representerte noe mer enn det, ved at de alle reflekterte også utover egne erfaringer³⁹.

Som det fremgår av presentasjonen av informantene, så har jeg dels valgt noen selv, ut fra at de representerer erfaringer jeg ønsket skulle få komme til orde, og ut fra en vurdering av deres rolle, og erfaring, og dels så har hhv Åsane bydel, og Helse Vest, valgt noen for meg. FFO har valgt sine egne.

Kanskje har både de og jeg valgt noen ”gode”? Samtlige av informantene opplevde jeg som *engasjerte og reflekterte* i spørsmålet om koordinering av hjelp til brukere med sammensatt hjelpebehov. Jeg anser ikke dette som metodisk galt, men at det kan være viktig å være eksplisitt at det eventuelt er det man har gjort.

Jeg mener det kan forsvares i lys av at jeg har ønsket et strategisk utvalg av informanter.

³⁹ En refleksjon i etterkant av intervjuene: Da jeg først leste Andersens (2006) tekst, i forkant av intervjuene, tenkte jeg det som opplagt at brukere/pårørende tilhørte den første gruppen, og at medarbeidere, og særlig ledere, samt tilsynsmyndighet, tilhørte den andre av Andersens to informantgrupper. Når jeg i ettertid har reflektert over intervjuene, og de erfaringer og vurderinger informantene har gitt, tenker jeg mer og mer at jeg i grunnen har hatt ganske ressurssterke og bredt reflekterte informanter ”over hele fjøla”, og at brukerne, som i utgangspunktet var invitert til å reflektere over egne erfaringer, har vist en bredde og generell innsikt som gjør at også de vurderer problemstillingene utover egen situasjon, og egen erfaring.

Et bredere bakteppe når det gjelder erfaringer med horisontal samordning til enkeltpersoner gjennom individuelle planer trekkes inn i studien. Mine funn drøftes opp mot to rapporter fra Statens Helsetilsyn, som til sammen oppsummerer tilsyn i nærmere 100 kommuner og 20 spesialisthelsetjenestesteder, vedrørende samordningen av tjenester til hhv voksne brukere, og barn, som har et omfattende og sammensatt hjelpebehov over lengre tid, dvs de brukergruppene som ordningen med individuell plan henvender seg til (Helsetilsynsrapport 3/2006 og 4/2007). I og med at antallet informanter i min studie er avgrenset til 15, vil det være begrenset hvor mye en kan generalisere fra dette materialet alene. Det vil kunne ha øket betydning, eller en øket tyngde hvis funn fra mine data også bekreftes, eller samsvarer, med funn fra det langt større materiale, som de to helsetilsynsrapporter i dette tilfellet utgjør. Indirekte kan en si at i den grad funnene i min studie sammenfaller med funnene i de to store undersøkelsene som Helsetilsynets rapporter er hentet fra, vil det kunne styrke reliabiliteten til mine funn, dvs styrke graden av pålitelighet og troverdighet.

4.5 Nærmere om reliabilitet og validitet

Grønmos (2004) test på *reliabilitet*, eller pålitelighet, dvs om en hadde fått de samme resultater ved gjentatte innsamlinger av data med det samme undersøkelsesopplegget om de samme fenomenene, anses ikke å være helt enkelt å gjennomføre ved kvalitative studier. Høy reliabilitet anses kjennetegnet ved at man får liten variasjon i (det samme) datamaterialet ved forskjellige undersøkelsesopplegg. Denne vurderingen av reliabilitet anses problematisk ved kvalitative studier, i det det anses umulig å foreta innbyrdes uavhengige datainnsamlinger basert på (nøyaktig) det samme undersøkelsesopplegget. Begrepet troverdighet brukes derfor. Kjernen, enten en bruker begrepet reliabilitet eller troverdighet, må være at de funn som presenteres, bygger på data om faktiske forhold, og ikke skyldes forskerens subjektive skjønn eller tilfeldigheter. For vurdering av stabilitet fremholdes at forskeren kan ha flere samtaler med de samme respondentene, og/eller ha flere gjennomganger av datamaterialet (Grønmo 2004:228, 229). Flere gjennomganger av datamaterialet har jeg hatt. Respondentene har jeg snakket med én gang – til gjengjeld var samtalen til dels ganske lange, og utskriftene er ganske tett opp til lydbåndet. Når 4 brukerintervjuer peker på mange felles problemstillinger, og 10 tjenesteyter-intervjuer også har en ikke uvesentlig grad av sammenfall rundt de sentrale problemstillingene⁴⁰, og når tilsyns-intervjuet ikke er på kollisjonskurs med de to omtalte

⁴⁰ Intervjuet med fastlegen, som vil bli nærmere omtalt i empiri-presentasjonen, er samlet sett det intervjuet som avviker mest, ved at denne informanten var den mest optimistiske, i sine vurderinger av samordning ved individuell plan. Til dette har jeg to kommentarer: 1) Jeg har valgt å intervjuer en fastlege som jeg vet fra tidligere erfaring deltar i, og er positiv til, denne type tverrfaglig samhandling. 2) Fastlegen deltar i samarbeidet,

tilsynsrapportene, er det min vurdering at stabiliteten synes å være ivaretatt. Jeg vil hevde det samme mhp ekvivalens, og konsistens, igjen med henvisning til grad av sammenfall mellom mitt materiale, og tilsynsrapportene.

Validiteten, dvs datamaterialets relevans, eller gyldighet, relaterer Grønmo (2004:21) først og fremst til hvordan undersøkelsesopplegget er utformet, og til utvelgelsen av enheter og informasjonstyper. Grønmo omtaler ulike former for validitet, ved hhv kvantitative og kvalitative studier. Jeg skal ikke gå inn på alle disse, men kort berøre *kommunikativ validitet*, som dreier seg om hvorvidt informantene kjenner seg igjen i fremstillingen. Jeg har brukt lydbånd ved intervjuene, og i ettertid transkribert teksten nokså ordrett fra båndet, noe som har gitt den skrevne teksten til tider et nokså muntlig preg, men veldig tett opp til samtalen slik den faktisk forløp. Teksten har ved alle intervjuer bortsett fra to, vært sendt til informanten til gjennomlesning, og eventuelle kommentarer fra informantene har blitt innarbeidet i teksten – det Grønmo kaller *aktørvalidering* er dermed søkt ivaretatt.

Avslutningsvis om validitet; dette spørsmålet kan generelt vurderes på to nivåer, for det første hvor valide, eller relevante er *mine data*, for det temaet jeg vil undersøke? Dette spørsmålet har jeg prøvd å besvare gjennom min redegjørelse i dette metodekapittelet.

Det andre spørsmålet er hvor relevant er *det temaet jeg har valgt, i samfunnsdebatten*? Hvor sentrale, eller hvor viktige, er utfordringene som knytter seg til horisontal samordning av tjenester overfor brukere med sammensatte hjelpebehov? Spørsmålet om samfunnsmessig relevans kommenteres i min innledning og i bakgrunnskapittelet. En kommentar her likevel, siden temaet berøres: Min vurdering er at temaet *erfaringer med samordning av tjenester ved hjelp av individuell plan*, er viktig først og fremst fordi det synes *vanskeligere* for forvaltningen å bli god på å *samordne mange tjenester* overfor en bruker med omfattende tjenestebehov, enn å levere én og én tjeneste om gangen, til brukere med mer avgrensede tjenestebehov.

I metodekapittelet har jeg redegjort for hvilke metodiske valg jeg har gjort, i denne case-studien om den horisontale samordningen knyttet til den samlede tjenesteyting i saker der individuelle planer nyttes. Jeg har presentert mine to typer av data, og hvordan det strategiske utvalget av respondenter er gjort, og jeg har gitt mine vurderinger av oppgavens reliabilitet og relevans, eller validitet.

men påtar seg ikke koordinatoransvaret, noe som heller ikke forventes av de andre aktørene at han/hun skal påta seg.

5 Empirikapittel

Ved presentasjon av innsamlede data, står en overfor ulike valg av måter å ordne empirien på, avhengig av hvordan problemstillingen er innrettet. Eksempelvis ved studium av en vedtaksprosess, eller av en implementeringsprosess, kunne kronologi være et naturlig valg av presentasjonsform. Jeg er i denne studien *ikke primært* opptatt av å studere *endring over tid*, men er først og fremst ute etter å undersøke *hvordan ordningen med individuell plan erfares nå*, og hvordan de *ulike aktørene* vurderer samordningen av tjenester ved bruk av dette verktøyet.

Mitt tema er knyttet til samordningen av tjenester, og i den sammenheng hvordan rettigheten til å få utarbeidet individuell plan fungerer og erfares i praksis. Dette er en ordning som har vært vedtatt fra 2001, dvs for nå nærmere 7 år siden, knyttet til helselovgivningen, og fra 2004 også knyttet til sosialtjenesteloven. Mitt valg har ikke vært å studere implementeringsprosessen knyttet til individuelle planer - noe som også kunne være en interessant problemstilling - men å forutsette at ordningen er implementert, og med det som utgangspunkt å undersøke hvordan ordningen erfares og vurderes i dag.

Min forventning har vært at det kan være forskjell på hvordan en bruker og en tjenesteyter⁴¹ opplever ordningen, og hvordan tilsynsmyndigheten vurderer temaet, og slike mulige forskjeller vil det være nyttig å få frem. Mitt valg i presentasjonen av mine intervjudata, har derfor vært å knytte presentasjonen til de tre ulike gruppene av informanter.

Jeg presenterer deretter de to tilsynsrapportene fra Statens Helsetilsyn (2006/3 og 2007/4).

Selv om jeg i analysedelen også berører hvordan jeg tror samordning ved bruk av individuell plan vil utvikle seg, er det å få innsikt i de ulike gruppenes erfaringer og vurderinger på et gitt tidspunkt, som har vært hovedhensikten med datainnsamlingen. Det har vært et poeng for meg å prøve å få frem hvordan ulike aktører, ut fra sine ulike roller, ulike funksjoner, og ulike ansvar, erfarer ordningen med individuelle planer, og hvordan de vurderer verktøyet og de utfordringer som er knyttet til denne måten å samhandle på.

Utgangspunktet for intervjuene har knyttet seg til følgende fire spørsmål:

For det første spør jeg etter heldige og mindre heldige erfaringer med samordning av tjenester og bruk av individuelle planer.

⁴¹ Jeg har også forventet å finne forskjeller i hvordan ulike tjenesteytere vurderer individuell plan, avhengig av om de er i toppledelsen eller på grunnplanet, og avhengig av om de er i første- eller andrelinjen. Dette vil bli nærmere kommentert. Jeg velger likevel å ha en hovedinndeling i de tre nevnte gruppene av informanter

For det andre spør jeg om hvem man mener har et særskilt ansvar for å få etablert den nødvendige samordning

For det tredje spør jeg om synspunkter på hva man tror er årsakene til de (eventuelle) mindre heldige erfaringene; synspunkter på hva som er vanskelig, og synspunkter på hvorfor det er vanskelig. Og for det fjerde spør jeg informantene om synspunkter på hva som skal til for å oppnå en tjenlig samordning.

Disse spørsmålene er empirisk avledet av problemstillingen for studien. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i dem fordi jeg anser at de fanger opp viktige sider ved problemstillingen, og de utfordringer som synes å være forbundet med samordning av tjenester.

Gjennom å ta utgangspunkt i disse ganske åpent formulerte spørsmål – som intervjupersonene hadde fått tilsendt på forhånd – har jeg håpet å få frem både noe om hvordan de ulike aktørene erfarer den horisontale samordning av tjenester som sammensatte hjelpebehov innebærer, og også å få belyst noe om hvordan informantene vurderer at de organisatoriske forhold spiller inn, dvs hvordan den horisontale samordning erfares i en vertikalt fragmentert forvaltning. I analysekapittelet vil funnene så bli drøftet opp mot de teoretiske perspektivene jeg har redegjort for i teorikapittelet.

Fremstillingsmessig blir det en sammenheng mellom det første og det tredje spørsmålet ovenfor; erfaringer, og synspunkter på de utfordringene som synes å knytte seg til individuelle planer, vurderer jeg som naturlig å presentere i sammenheng, og dette blir dermed den største delen av presentasjonen. Dette gir – skjematisk - ni bolker med svar. Jeg velger å presentere svarene fra de tre gruppene for hvert tema, dvs en tematisk gjennomgang, for deretter å presentere vurderingene fra de to tilsynsrapporter. Dette er forsøkt illustrert skjematisk på denne måten:

| | 15 informantintervjuer | | | |
|-------------------------|------------------------|--------|--------|---------------------------------------|
| | Tema 1 og 3 | Tema 2 | Tema 4 | |
| Brukere/ pårørende | | | | |
| Tjenesteytere | | | | |
| Tilsyns- myndigheten | | | | Tilsynsrapportene 2006/3 og 2007/4 |

5.1 Erfaringer og vurderinger ved bruk av individuelle planer

5.1.1 Brukere og pårørende

Betydningen av brukernes egne, og de pårørendes personlige ressurser

”Det e’ fortvilende hvis ikkje de har ressurssterke foreldre!” (brukerintervju, 29/9-06).

Dette utsagnet, som jeg forøvrig har valgt som tittel for hele masteroppgaven, kan oppsummeres som mye av et nøkkelutsagn fra bruker/pårørende-siden, og jeg velger å la dette sitatet innlede presentasjonen fra denne gruppen, i forhold til deres gode og mindre gode erfaringer mhp å få koordinert de nødvendige tjenester for brukere med et omfattende og sammensatt hjelpebehov.

Betydningen av egne eller pårørendes ressurser, for å lykkes, når det gjelder dels å få, og å få samordnet, tjenester til denne brukergruppen, understrekes sterkt av informantene. Hver av de 4 bruker/pårørende-informantene jeg har intervjuet, legger stor vekt på dette momentet.

I saker som gjelder barn, er det ofte foreldrene som koordinerer. Dette oppleves å være et sentralt moment i denne type saker som gjelder sammensatte tjenester til barn og unge. Et sitat som kan illustrere dette:

”Vi har måttet stå på og sloss, og ikke godta det kommunen fortalte oss” (brukerintervju 24/2-07).

Tidvis høy turnover blant medarbeidere, er én av situasjonene som trekkes frem, der foreldrenes ressurser oppleves som viktige:

”ofte blir ikke denne personen så lenge i stillingen sin, i hvert fall hvis personen jobber i kommunen, personen slutter gjerne, og så kommer det nye personer inn hele tiden. Da kan det ofte være vanskelig, hvis ikke personen er sterk nok til å ta tak i dette igjen, og kalle inn og ta kontakt med en ny person, så stå de uten, altså. De som er sterke eller har sterke foreldre, som kan stå på, og be om at gruppen blir kalt inn, de kan klare dette” (brukerintervju 29/9-06).

Dette utsagnet viser at brukerne kan oppleve at det er *de pårørende* som må være pådrivere for å holde ”liv i” ansvarsgruppen⁴², dvs gruppen av tjenesteytere, rundt den enkelte bruker. Men også for å få den hjelpen brukeren ut fra sin situasjon trenger, oppleves foreldrenes innsats som vesentlig. Den ene av brukerinformantene sier:

”Det er vi som har koordinert hele veien. – Erfaringen viser jo at hvis ikke vi har et øye på hver finger, så dukker det jo ikke opp noe!” (Brukerintervju 24/2-07).

⁴² ”gruppen” refererer til ansvarsgruppen. Dette er en gruppe sammensatt av alle tjenesteyterne, eller representanter for alle tjenestestedene, som er involvert i en sak. Denne gruppen møtes et visst antall ganger i året, sammen med bruker og/eller pårørende, for å samordne hjelpen til brukeren, og vurdere i fellesskap hva som videre bør skje i saken. Ansvarsgruppe brukes ofte sammen med, og noen ganger i stedet for individuell plan. Ansvarsgruppe er en mye brukt arbeidsform, men ikke en lovfestet rettighet. Ofte vil det være ansvarsgruppen som tar initiativ til å få laget en individuell plan. Ref. Sosial- og Helsedirektoratet (2005a: 15) ”Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?”

Til dette at *foreldrene* blir bedt om å koordinere kontakten mellom ulike hjelpeinstanser, trekker denne informanten frem noen spesifikke problemer barnet hadde, og som de som foreldre tok opp i ansvarsgruppen:

”Nei, det kunne de ingen ting om, nei, de kunne dessverre ikke hjelpe oss – men om ikke *vi* kunne ta kontakt med Vestlund (et kompetansesenter i andrelinjen) igjen?”(brukerintervju 24/2-07).

Betydningen av egen viljestyrke fremheves også av voksen bruker:

”Egen viljestyrke har vært avgjørende for å få et godt resultat” (Brukerintervju 4/5-07).

De personlige egenskapene hos den tjenesteyteren man møter i hjelpeapparatet, oppleves som vesentlige. Dette fremheves av de pårørende, både mhp tjenesteytere, og mhp ledere av de aktuelle tjenester. Igjen et sitat, der informanten spesielt fremhever én medarbeider som positiv og viktig person for å få til samordningen, for det aller meste av den perioden de har trengt hjelp (bruker er i dag 16 år) for å få til koordinering av tjenester/få til den individuelle planen, og som familien har følt har ”vært der” når nye utfordringer meldte seg:

”Utrolig personavhengig! (Hun nevner navnet på saksbehandleren), jeg kan nevne navnet på henne, for vi har vært så glad for henne, og så fornøyd med henne” (brukerintervju 24/2-07).

Til spørsmålet om hva som kjennetegner de gode sakene, svarer den første informanten:

”Jeg tror det virkelig kommer an på hvilken saksbehandler du får. – Det går veldig mye på personen, det er dessverre mye knyttet til den saksbehandleren du får.” (brukerintervju, 29/9-06).

Brukerinformant 2:

”Jeg tror det er ganske personavhengig” (om saksbehandler). Hun fortsetter: ”og så har du lederne for den etaten, det har og veldig mye å si. Skifter det en leder, så kan det skje mye. Det kan være positivt, men det kan og være negativt. Det kan gå begge veier. Det har virkelig veldig mye å si.” (brukerintervju, 29/9-06).

For den voksne brukeren jeg har intervjuet, gikk det fort å få selve den individuelle planen, og brukeren roste sterkt særlig enkelte av tjenestene. Om tjenesteyterne herfra sier han:

”Dette har vært eksellent!” (Brukerintervju 4/5-07).

Samtidig fokuserte denne informanten på *utfordringene med å få planen til å bli virksom*, dvs å få alle parter til å spille sammen, spille på lag.

De tre informantene som er *pårørende til barn* med hjelpebehov, og der som tidligere nevnt to av informantene, i tillegg til sine egne erfaringer som pårørende, også snakker ut fra erfaringer generelt i sine brukerorganisasjoner, er det en fellesnevner at *det kan ta tid* før ansvarsforhold er avklart, og en individuell plan er på plass. Dette forholdet hadde en stor plass i disse intervjuene.

Og da, på den andre side, når det endelig skjer noe, oppleves det som positivt:

Foreldrene "får et nytt liv" når de har fått en individuell plan, eller når foreldre blir klar over at de kan ha en mulighet til å søke om dette, fremhever brukerinformant 2 (som refererer fra eksempler i sin brukerorganisasjon):

"Vi har faktisk hatt tilfeller der de sier de har fått et helt nytt liv når de fikk rede på at det gikk an å få en individuell plan. Men det var jo mye arbeid med å få det i gang, men med litt hjelp og støtte der, så har de fått et nytt liv. Det har vi opplevd, altså. Og da gjerne ikke bare med FFO, men i organisasjonene." (brukerintervju, 29/9-06).

En annen av informantene trekker frem bl a følgende momenter som *positive* med den individuelle planen: De har fått laget en oversikt over alle instanser som er inne og gir hjelp til deres barn.

De fikk tatt med i planen at de trengte avlastning i hjemmet, som de da senere har fått.

Foreldrene opplevde at det ble lettere å argumentere og få gjennomslag for dette behovet, når det var satt opp som et mål i den individuelle planen.

Den samme informanten peker imidlertid på at *det kan være forskjellig hvor aktive de ulike koordinatorer er i sin rolle*; det er forskjell på om de er aktive, og tar initiativ, og følger opp sakene, eller om de bare tar ansvar for å kalle inn til ansvarsgruppemøtene.

Til spørsmålet om hva som er vanskelig og hvorfor, har den fjerde brukerinformanten trukket frem følgende moment: Man er ikke utdannet til samspill. Det er en mangel på opplæring i samordning; hver person arbeider individualistisk, ut fra sitt fagfelt. Dette utsagnet kommer fra brukerinformant som selv i sitt yrkesliv har arbeidet med rehabiliteringsplaner, og samordning av tjenester. Denne informantens refleksjoner bygger derfor på en dobbel erfaring; både som tidligere tjenesteyter, og som bruker.

"Det ligger "i kulturen", man er ikke opplært til å tenke ut over eget fagfelt", sier informanten. (brukerintervju 4/5-07).

Denne informanten er også kritisk til hvordan ansvarsgruppene arbeider: Ansvarsgruppen er tilbakeskuende, den burde se fremover, sier informanten, og omtaler ansvarsgruppemøter som "hvordan har vi hatt det siden sist møter".

Hyppige omorganiseringer i kommunen har medført at det tidvis har vært *uklart* – for den pårørende og for tjenesteyterne – *hvem som har hatt ansvar for saken*. Brukerinformant 3 (som er fra en annen bydel enn Åsane) forteller at det for dem tok innpå ett år før de fikk avklart hvem som hadde ansvar for deres barn, da dette på et tidspunkt ikke lenger skulle være sosialkontorets ansvar:

”Og så gikk det jo et år før de klarte å bestemme seg for hvem som skulle ha ansvaret etter sosialkontoret -
”Nei han skal ikke jeg ha ansvaret for! Er han funksjonshemmet, nei, da skal ikke jeg ha han,” var det en saksbehandler som sa til meg, ”Nei, han er blitt overført til noen andre, du!”
Ja, kan du si hvem de andre er, da? spurte jeg
”Ja, for ég skal ikkje ha de der utviklingshemmede!”
Nei vel, men kan jeg da få vite hvem som skal ha de utviklingshemmede?
”Nei, det vet eg ikkje ennå”
Kan du legge igjen en beskjed om at vi svært gjerne vil vite det, så fort som mulig, og at vi gjerne vil bli kontaktet? Jo, det skulle hun gjøre - Men så gikk det jo både vinter og vår, så da måtte jeg ringe til vernepleieren vår og klage min nød igjen, og hun visste jo da beskjed, for da visste hun hvordan det var blitt organisert -.” (brukerintervju 24/2-07).

For å knytte tråden tilbake til det personavhengige – som vi her kanskje har fått se både et heldig, og et mindre heldig utslag av – så var det den gode saksbehandleren, som denne informanten tidligere har fremhevet (sitat ovenfor), som kom dem til unnsetning denne gangen også.

Vegring for å påta seg ansvar fremheves som et opplevd problem, og brukerinformant 1 sier det slik:

”Hadde det nå vært et team som samarbeidet, en fra hver etat, som kunne sitte og si hva som skulle skje, sant, men, altså, selv om de sitter rundt bordet, en fra hver etat, nei, det er ditt ansvar, det er ditt, så blir de ikke enige om hvem sitt ansvar det skal være, liksom -.”(brukerintervju, 29/9-06).

At den individuelle planen ikke er virksom, ”bare et papir”. Igjen viser jeg til brukerinformant 1, som peker på det problematiske i at den individuelle planen gir ikke rett til tjenester; man kan ikke komme til eksempelvis Aetat (nå NAV) og få et arbeidstiltak, selv om det står i planen at brukeren trenger dette, fremhever denne informanten:

”Individuell plan for oss, det var masse styr og mange møter, men de gjorde en kjempejobb, omsorgspersonene rundt dette, men hvordan skal den brukes? Det er jo bare et papir, når vi kommer på Aetat, hvordan kan vi bruke den? Vi kan jo ikke bare legge den frem, og så skjer det, det er jo bare et papir, slik vi ser det.” (brukerintervju, 29/9-06).

Overgangen fra barn til voksen, dvs når brukeren fyller 18 år, fremheves av brukerorganisasjonene som en vanskelig fase, fordi man da får nye ansvarspersoner å forholde seg til. Brukerinformant 3 trekker frem et annet moment, som de som foreldre har opplevd som slitsomt, i forhold til deres barns sammensatte hjelpebehov. De har opplevd en *mangel på informasjon fra etatene om rettigheter – også etter at etatene har fått informasjon om brukerens situasjon, og brukerens/familiens behov*. Konkret gjaldt dette manglende informasjon fra Trygdekontoret om en ytelse familien kunne ha rett på, pga ekstra omkostninger pga barnets hjelpebehov. Trygdekontoret (nå NAV), som forvalter denne stønadsordningen, hadde hatt informasjon om barnets diagnose siden han var født⁴³.

⁴³ Det vil føre for langt å redegjøre for eksempelet i detalj, men opplysningene finnes på bånd og i utskrift. Dette gjaldt en sak der familien – ad tilfeldige omveier – ble klar over en rettighet da barnet var 13, og der denne rettigheten knyttet seg til hans diagnose som hadde vært kjent for Trygdekontoret siden barnet var født. Denne rettigheten utløste ganske stort støttebeløp. Foreldrene fikk etterbetalt støtte 3 mndr bakover i tid. Foreldrene anket saken til Trygderetten, men fikk ikke medhold.

5.1.2 Tjenesteytere

Vi har sett fra de pårørendes erfaringer at *tidsfaktoren* ofte oppleves som viktig, dvs det oppleves som slitsomt for de pårørende at *det kan ta lang tid* før de aktuelle tjenestene kommer på plass og ikke minst før forvaltningens koordinering av disse tjenestene er på plass.

Hvor begynner en individuell plan? Dette spørsmålet så vi også ble reist fra brukersiden.

Her peker legen på *ansvarsgruppens betydning*, at spørsmålet om det skal utarbeides en individuell plan i mange tilfeller vil bli tatt opp der, dvs at noen av tjenesteyterne ser at her er det så mange parter inne, at det kunne være på sin plass å få laget en individuell plan.

Til spørsmålet om hva som kjennetegner de gode sakene, peker legen på at de gode sakene er kjennetegnet av at brukerne har et *reelt* sammensatt hjelpebehov. (Intervju 21/2-07).

Man løfter en bør fra foreldrenes skuldre, man fritar foreldrene for ansvaret med å måtte slåss alene, når ansvarsforholdet for koordinering av tjenester har falt på plass i en sak, ved at en individuell plan er etablert. Dette poenget, som ble trukket frem av informantene fra brukerorganisasjonene, fremheves også av flere av tjenesteyterne, herav både legen og informant fra barne- og ungdomspsykiatrien. (Intervju informant andrelinjen 8/3-07). Foreldre er ikke klar over de rettigheter de har, sier legen. (Intervju 21/2-07).

Det kan være personavhengig hvor godt man får til samordningen er et moment som vi så ble trukket frem av brukerne, og som også påpekes av flere av tjenesteytere, både i første- og andrelinjen. En av tjenesteinformantene fra Åsane sier det slik:

”Samme hvilken mal man bruker, så viser dette seg å være personavhengig; hvorvidt medarbeideren åpner opp eller stenger igjen i forhold til å ta initiativ til samarbeid med andre involverte etater, kan ha sammenheng med hvor faglig trygg eller utrygg den enkelte medarbeideren føler seg.”
(Intervju Åsane 15/2-07).

Informant fra barnevernet understreker betydningen av å ha *respekt for, og godt kjennskap til de andre tjenestene*. *Det går lettere hvis en kjenner hverandre og har samhandlet med godt resultat i tidligere saker*, fremholder flere av tjenesteinformantene, både i første- og andrelinjen.

Informanter fra bydelen vektlegger betydningen av å ha faglige nettverk – formelle eller uformelle -. Det påpekes at omorganiseringer river ned slike nettverk

”det tar lang tid å bygge opp men er fort gjort å rive ned” (Intervju Åsane 22/2-07).

Det er i de vanskelige sakene man trenger en individuell plan, i de gode sakene er dette ikke nødvendig, sier flere av informantene.

Legen sier at hvis der bare er tre parter inne, så kan man ordne koordineringen mellom disse uten å lage en individuell plan. Konkret viser han til en person som er i rusbehandling som

eksempel; hvor legen, sosialkontoret og rusbehandlingsstedet er inne i saken, da kan man klare å samordne dette uten å lage en individuell plan, fremholder legen. (Intervju 21/2-07).

Forholdet mellom første- og andrelinjen:

Det kan se ut som hver av partene opplever det som tidvis vanskelig å få de andre instansene med. Fra tjenestene i bydelen oppleves det som vanskelig å få de andre tjenestene med på banen, dvs fastlege, psykolog, andrelinjen, fremholder flere av informantene fra bydelen. Fastlegen ser på sin side at det (ofte) kan være vanskelig å få legene med. Denne informanten peker også på at andrelinjen ofte kan ha en tendens til å trekke seg fort ut.

Fra andrelinjen påpekes at det kan være forskjeller mellom bydelene i Bergen mhp hvor lett eller vanskelig det kan være å få på plass et samarbeid:

”Det går veldig mye på det personavhengige også, da.”

Så fortsetter informanten: ” Er det bydeler der vi har god kontakt med psykiatritjenesten, og den som har ansvaret for individuelle planer der, eller evt en helse og sosialsjef, og der vi har erfaring fra før av, og der vi har jobbet med noen parallelle saker som det har gått godt med, da går det bedre.” (Intervju 8/3-07).

Momentene i punktet foran, om faglig trygge medarbeidere, og kjennskap til hverandres fagfelt, trekkes frem som kjennetegn på de sakene der samarbeidet oppleves å være godt. Et annet moment informanten trekker frem, er at det er *vanskelig å få etablert en individuell plan hvis det ikke er klarlagt ansvarspersoner for dette innen hver tjeneste.* Denne informanten peker også på at det *kan være lettere å få til et godt samarbeid (mellom første- og andrelinjen) i forhold til de mindre kommunene i distriktet, enn Bergen.* (Intervju 8/3-07).

Det er et godt samarbeid mellom Bergen kommune og voksenpsykiatrien, mens det er vanskeligere i forhold til barne- og ungdomspsykiatrien, og dette tilskrives en markant *mangel på ressurser* på dette feltet, i forhold til behovet, understreker informant fra byrådsavdelingen sentralt i Bergen. Flere av informantene fra tjenester i Åsane bydel peker også på kapasitetsmangelen innen barne- og ungdomspsykiatrien, og forskjellen vis a vis voksenpsykiatrien, og dette forhold fremheves også av informant fra spesialisthelsetjenesten. Spørsmålet om ressursmangel kan sies å gå på en litt annen dimensjon enn selve samhandlingen, men en opplevd markant mangel på ressurser kan få betydning for muligheten til å samhandle. 5 av informantene tar spesifikt opp dette moment, knyttet til ressurs-situasjonen i barne- og ungdomspsykiatrien, uavhengig av hverandre.⁴⁴

⁴⁴ Vi skal senere se at Helsetilsynet kommenterer spørsmålet om ressursmangel, i forhold til spørsmålet om organisering, i sin rapport fra voksenpsykiatrien. Informantene i mitt materiale peker imidlertid, som jeg her har redegjort for, spesifikt på barne- og ungdomspsykiatrien i fbm ressurs-spørsmålet.

Gråsonesaker – dvs saker der det er uklart hvem som har ansvaret for å gi behandling til brukeren - omtales som vanskelige. En av informantene fra bydelen sier det slik:

”De dårlige erfaringene har vi fra de såkalte gråsonesakene – er denne saken en barnevernssak, er dette en sak for den kommunale psykiatritjenesten, eller for den statlige psykiatritjenesten? Er det en sak for den kommunale forvaltningsenheten, om avlastning eller støttekontakter, el. lignende, eller er det en sak for sosialtjenesten?

De sakene er vonde, og de sakene opplever vi forsåvidt at det blir flere og flere av, og da kan uenigheten faktisk føre til et veldig dårlig tilbud til denne familien vi da snakker om. Jeg tenker vel det, at er det en ting som er ødeleggende for en familie som trenger hjelp, så er det å oppleve at de som skal hjelpe er uenige, ikke sant, og i alle fall hvis familien får innsyn i denne uenigheten, så er det direkte destruktivt.” (Intervju Åsane 20/3-07).

Flere av de øvrige informantene fremhever også at det kan være vanskelig hvis det er uenighet om hvilke vansker barnet har. (Eksempelvis intervju andrelinjen 5/3-07).

Svarteperspill, kamp, for å unngå å bli koordinator er et tema som tas opp av flere av informantene. Dette presenteres som et ”spill” der noen ”taper”. Å tape blir i denne sammenhengen sett som å måtte være den som må påta seg koordinatoransvaret. (Intervju andrelinjen 5/3-07, intervju Åsane 15/2-07, intervju Åsane 22/2-07). Partene kan være engstelige for hvor mye arbeid som er forbundet med å koordinere, sier legen. Økt fokus på økonomi kan føre til mer vegring, fremholder informant fra bydelen. Legen sier det slik, om vegring:

”Det trenger ikke å ta så lang tid hvis en bare er handlekraftig. Men det er klart, hvis en bare vegrer seg, og ingen vil gå inn i det, så kan det ta lang tid. For da er det ingen som tar ansvar, da er det ingen som tar saken videre, alle føler at noen andre skal gjøre det, og da koker det vekk i kålen, vet du.”

Alle kan ha en tendens til å ville skyve oppgavene over på andre, og alle har det travelt, sier informant fra byrådsavdelingen som en kommentar til hvorfor individuelle planer, og koordinering i saker med sammensatte behov kan være vanskelige.

Det å være koordinator kan være en vanskelig rolle, er noe flere av informantene berører; eksempelvis kan det være vanskelig for en koordinator å ta opp brukerens hjelpebehov overfor en annen tjeneste enn den han selv kommer fra, sier informant fra bydelen.

Informanten påpeker at det er *viktig å avklare koordinatorrollen*, og det er viktig at man kommer til *en felles forståelse av hva denne rollen innebærer*, og vedkommende viser til den mulige *konflikt mellom det å koordinere på tvers, eller horisontalt, i forhold til de vertikale styringslinjene*. En annen problemstilling som også anses å kunne bidra til vegring, går på det økonomiske; man var på intervjutidspunktet i ferd med å lage et ”penger følger brukeren”-

system⁴⁵, men uten å ha satt av ressurser til koordineringsfunksjonen, påpeker to av informantene fra Åsane (Intervju 15/2-07 og 22/2-07).

*Man sliter mer med å få koordinator på plass i saker som gjelder barn*⁴⁶ Dette ble tatt opp av informant fra fysioterapitjenesten høsten 2006, og det tas senere opp som en erfaring etter det første virkeåret i *det tverrfaglige teamet* i Åsane bydel. Det tverrfaglige team ble opprettet tidlig høsten 2006 for å avklare koordinatorspørsmålet i (de vanskelige) individuell plan-sakene, dvs i de saker der en ikke lyktes å avklare dette spørsmålet på lavere nivå. Teamet består av leder, eller representant, fra hver av helsetjenestene som er pålagt å utarbeide individuelle planer, dvs bl a forvaltningsavdelingen, hjemmesykepleien, psykiaritjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten. I tillegg er PPT, samt oppvekstrådgiver med i dette teamet. Sosialtjenesten hadde, slik jeg oppfattet dette, organisert sitt eget opplegg for sin samhandling med andre tjenester rundt individuell plan-sakene. Bortsett fra barnevernet og PPT, har jeg i mitt materiale bare med tjenester, og brukere, som er under helselovgivningen. Dette er mer en praktisk enn en prinsipiell avgrensning, ut fra hvor mange informanter jeg hadde kapasitet til å ta med i mitt materiale. Tre av informantene fra Åsane var medlemmer av dette tverrfaglige teamet.

Dette teamet, som kan karakteriseres som et kollegialt organ (Fimreite og Læg Reid 2004), vil bli drøftet nærmere i senere i dette kapittelet, og i analysekapittelet.

Det påpekes av det tverrfaglige teamet som uheldig at oppvekstsiden, dvs barnehage og skole, ikke i sitt lovverk er pålagt å utarbeide/koordinere individuell plan. Det oppleves som vanskelig i saker som gjelder barn, at det bare er helsesiden som er pålagt å lage slike planer.

Flere av tjenesteinformantene kommenterer *måten kommunen i dag er organisert på* som en utfordring for å få til denne type tverrfaglig samordning:

”Bergen kommune har fra 2004 innført tonivåmodellen, og denne kan representere en utfordring for det tverretatlige samarbeidet, og vi har kanskje blitt liggende etter med dette arbeidet.”
(intervju Åsane 10/10-06).

New Public Management-tenkningen oppleves som et problem; man har laget en konfliktmodell, med dagens fragmenterte organisering, sier en annen informant (Intervju 22/2-07).

Vi har en mer oppdelt forvaltning nå; det var lettere å jobbe med disse sakene før, trekkes også frem av øvrige informanter i bydelen (Eksempelvis intervju 15/2-07 og 7/3-07).

⁴⁵ Det siktes her til et nytt fordelingssystem som på intervjutidspunktet var vurdert innført i Bergen kommune, bl a innen hjemmesykepleien, der pengene skal følge det enkelte vedtak. Det å utarbeide en individuell plan anses imidlertid ikke som et vedtak i denne sammenheng, og det vil derfor ikke følge penger med denne oppgaven, dvs det følger ikke penger med det å planlegge, eller samordne, de samlede tiltak for brukeren.

⁴⁶ I denne sammenheng er dette poenget tatt opp uavhengig av om psykiatri er inne eller ei.

Informanten fra byrådsavdelingen kommenterte problemstillingen fra en litt annen synsvinkel:

”- Jeg tror ikke det nesten er noen gitt - hvis ikke du lager en spesialenhet for samordning - og det tror jeg nesten ikke du helt kan gjøre, for tjenestene er nå en gang oppdelt, i basis, og det er jo ting som tyder på at de blir enda mer spesialisert og oppdelt - *slik at vi snakker mer om samordning, samtidig så deler vi mer opp.* - Og folk ønsker mer spesialkunnskap, noe som igjen fører til et større samordningsbehov. Altså, en sier jo to ting, her må vi treffe folkene som virkelig kan saken, samtidig så kan nok det føre til at samordningsbehovet blir enda større. Det ser en både i kommunehelsetjenesten, og i spesialisthelsetjenesten. En ser det når det gjelder tiltak for unge, rusomsorg, osv., så er det liksom som en beveger seg i forskjellige retninger.

spørsmål: - Det dilemmaet der, har du lyst til å kommentere det litt, dette med fragmenteringen av den offentlige forvaltningen. Hva betyr det for denne utfordringen, for denne gruppen som trenger hjelp fra flere tjenester, og gjerne vedvarende, over lengre tid?

svar: - Jeg synes det blir jo komplisert for de, men så må du jo samtidig legge til grunn at deler av det der, da de får utført disse deltjenestene, blir utført av mer kompetent personell. *Og den fragmenteringen gjør jo at en får realisert en del målsettinger som en kanskje ikke fikk realisert.* Jeg tør påstå at kvaliteten i barnevernet er blitt høyere ved den delingen som er skjedd, der nå barnevernet fremstår som en egen, kommunal tjeneste, mens en tidligere var en del av sosialkontoret.” (min uth) (intervju 27/2-07).

5.1.3 Tilsynsmyndigheten

På mitt spørsmål om *hvordan tilsynsmyndigheten generelt vurderer kommunenes arbeid med å samordne tjenester, fremholder informanten at samordning av tjenester – med eller uten bruk av individuelle planer – fungerer godt i noen kommuner, og fungerer dårlig, eller er helt fraværende i andre kommuner.* Informanten sier at det på tilsynsbesøk ikke alltid er så lett å skille mellom de gode og de mindre gode sakene, og fortsetter slik:

” - men vi ser jo om der er åpenbare mangler i ting, når det gjelder individuell plan så ser vi jo om det er totalt fraværende – det er det ofte, dessverre -.” (Intervju 22/3-07).

Noen ganger er det (dvs samordning ved individuell plan) til stede, men vi ser at det har sånne mangler, at det *ikke er et virksomt verktøy*, sier informanten, og utdyper dette slik:

”Ja, for det vi ser i enkelte tilfeller, er at det er utarbeidet en IP, men det er bare et papir. Det er papiret som ligger der, og det er tilsynelatende det som har vært målet med å utarbeide den. Det letteste man kan se det på, er om planen er oppdatert. Ser vi på en plan at den ikke er oppdatert, så vet vi med en gang at den ikke er virksom.” (Intervju 22/3-07).

Informanten har følgende refleksjon rundt *individuell plan versus ansvarsgruppe*:

”Vi ser jo i noen kommuner, så har de et virksomt samarbeid, ved at de har ansvarsgrupper, som de bruker nærmest isteden for individuell plan, og noen steder ser vi at det fungerer, det fungerer nærmest som en individuell plan, uten at det har dette «stempelet» på seg. Det at der ikke er en individuell plan, trenger ikke bety at der ikke er samordning, noen steder er der en god samordning fordi der er ansvarsgrupper som fungerer.” (Intervju 22/3-07).

Jeg velger å trekke dette utsagnet frem, fordi det tydeliggjør at det er selve samordningen av tjenestene som er poenget, noe som også er i tråd med perspektivet for denne oppgaven.⁴⁷ Om *store versus små kommuner*, sier tilsynsinformanten følgende:

⁴⁷ Jeg trekker utsagnet frem fordi det belyser hva som også er perspektivet for mitt arbeid med denne masteroppgaven: det er selve samordningen av tjenestene som er poenget. Jeg legger ikke opp til en diskusjon

”Småkommuner har jo den fordel at det er små forhold, det krever da faktisk ikke det samme i samordningen, som i større kommuner. Der er en del kommuner som har utnyttet det at de er små, og har tette forhold. Hvis det fungerer, da blir det bra. Vi ser enkelte kommuner hvor samordningen fungerer veldig bra, pga det uformelle kontaktnettet de har, de sitter på samme gangen, de har daglige uformelle møter – roper til hverandre, nærmest, fra kontor til kontor, hvis det skulle være noe -.”
(Intervju 22/3-07).

Om Bergen sier informanten:

”Det som er interessant med Bergen kommune, er jo at den er så mangfoldig, og bydelene er jo så forskjellige og, så ofte er det som å komme til ulike kommuner. Ofte er ikke Bergen en enhet.”⁴⁸
(Intervju 22/3-07).

På mitt spørsmål om hva som kjennetegner *de dårlige sakene*, trakk informanten fra Fylkesmannen frem flere momenter som går på organisering:

Om *fragmentering av tjenester*:

”– vi ser veldig lett hvis en sak er fragmentert, at det ikke er klare forbindelslinjer mellom tjenestene... Det spørres hvor vidt spekter av tjenester vi har, men selv innenfor den enkelte kommune og kommunetjenestene, f. eks helsetjenesten, sosialtjenesten, barnevernstjenesten, psykiatritjenesten kan bli fragmenterte. (Intervju 22/3-07).

Om *tonivåmodellens betydning for muligheten til å samordne*:

” - det vi ser kan bli et problem, er organiseringen innen kommunene – den flate strukturen, tonivåmodellen, hvor den samordnende instansen er rådmannsnivået. Det kan være et problem, for en rådmann vil oftest ikke ha som sin naturlige oppgave å samordne inn i enkeltsaker, og da mangler man den samlende instansen som burde være der⁴⁹, og da må man dekke opp med andre måter å organisere seg på, å strukturere, ha formelt samarbeid, osv., og der svikter det en del. Mitt inntrykk er at kommunene nå er mye mer bevisst på den svakheten som organiseringen i en tonivåmodell medfører – jeg synes jeg ser en endring på det. For en tid tilbake var kommunene veldig opptatt av at det skulle være to nivåer, det var sånn det skulle være -. Nå når de har fått erfare det, så ser de at det har svakheter, og de må dekke det opp på andre måter. Noen begynner å få en mer blandings-organisasjonsmodell, noen har trodd de har hatt en tonivåmodell hele tiden, men har ikke hatt det, andre har organisert seg i en tonivåmodell, men begynner å se på andre muligheter, at de trenger en organisering som mer samler. (Intervju 22/3-07).

For her å flette inn en kommentar om Bergen; det Bergen har valgt å gjøre, er å innføre rådgivere uten myndighet, og vi har også sett at Åsane har innført et kollegialt organ uten myndighet, dvs uten en felles leder i linjen, for å løse de koordineringsoppgaver som ikke blir løst på lavere nivå.

om ansvarsgrupper versus individuelle planer, og tror heller ikke det er nødvendig, men velger å ha en praktisk tilnærming til dette: i praksis er dette som oftest to sider av samme sak, og de fleste brukerne som kan være aktuelle for en individuell plan, vil ha en ansvarsgruppe rundt seg allerede. Ofte starter IP-arbeidet ved at en i ansvarsgruppen reiser spørsmålet. Dette fremkommer også i intervju med legeinformanten. Individuell plan kan dermed kanskje ses som en videreutvikling i forhold til arbeidsformen med ansvarsgruppe.

⁴⁸ Hva er det organisasjonsteoretiske poeng man kan trekke ut av dette? I hvert fall at det er interessant å se hvor forskjellig samme organisasjonsmodell kan slå ut. Jeg tenker at dette delvis handler om hvor mye nettverk som er etablert, gjensidig tillit, og personfaktoren betyr. Dette poenget vil bli drøftet senere.

⁴⁹ Bergen har etter innføringen av byparlamentarisme fra år 2000 ikke lenger rådmann, men byråd og byrådsavdelinger. Jeg legger til grunn at få individuell plan-saker havner helt inn i byrådsavdelingen. Men informantens poeng om at man mangler en samordnende instans med myndighet lavere nede mener jeg har relevans, og vil bli drøftet i fbm at jeg drøfter det tverrfaglige teamet i Åsane

Om koordinatorrollens konflikt med ansvarslinjen:

Spørsmål: ” Innen hver enkelt tjeneste har man en myndighet nedover vertikalt, og så kommer det inn noen koordinatører, og skal prøve å samordne horisontalt, da får du noen skjæringspunkter, men den personen som kommer inn fra sidelinjen, de har ingen myndighet – ser dere på det?”

Svar: ” Dette ser vi, for når vi er ute på tilsyn, så er vi opptatt av internkontrollen. Det er jo styringssystemet for tjenestene, for å påse at lovregler overholdes, bl a IP, samordning – det er jo ledelsens styringsverktøy, hvor det går både på bemyndigelse nedover, og rapportering tilbake. Ut i fra det perspektivet kan det være et problem at der sitter koordinatører som skal koordinere på tvers, som ikke er i ansvarslinjen, for det er litt brudd med internkontroll-tenkningen, det gir i hvert fall noen utfordringer i forhold til det, og kan være med på å stoppe rapportering oppover i systemet, til de ansvarlige.”

Til spørsmålet om koordinatorrollen kan være vanskelig, sier informanten:

” Det kan jeg tenke meg kan være problematisk – det har med hvilken myndighet har de for å kunne få orden på samordningen, for å kunne pålegge noe - hvilket handlingsrom har de, og det skorter det naturligvis på når de ikke er bemyndiget noe, når ikke ansvaret går gjennom de, og nedover i systemet – da er det klart at de har mindre handlingsrom, mindre autoritet, og mindre muligheter til å få til dette. Så har det også med når eller hvis det ikke fungerer som det skal, så kan det bli et problem at det ansvarlige leddet ikke får den informasjonen de skal, for dette tar koordinator seg av, som ikke har det ansvaret.”⁵⁰ (Intervju 22/3-07).

5.1.4 Oppsummering

Hva har vi så sett? Vi har sett at brukere og pårørende i stor grad vektlegger betydningen av egne ressurser for å klare å få samordningene av tjenestene på plass.

Vi har sett at både brukere og tjenesteytere – og de siste kanskje i overraskende stor grad – har vektlagt det personavhengige også mhp hvem man møter – eller hvem man samhandler med – i tjenesteapparatet.

Vi har sett at tjenesteytere har vektlagt at det er lettere å få til samordning når man kjenner hverandre, og har samhandlet med godt resultat før.

Vi har sett at tjenesteyterne og tilsynsrepresentanten i stor grad vektlegger betydningen av nettverk og faglig tillit til hverandre.

Vi har sett at andrelinjetjenesten og tilsynsrepresentanten gir uttrykk for at det – ikke nødvendigvis alltid, men ofte – kan være lettere å få samordning til på små steder, i små kommuner, enn i Bergen, samt at bydelene i Bergen oppleves å være ganske forskjellige.

Vi har sett at brukere og pårørende – blant dem jeg har intervjuet, særlig de som er pårørende til barn – har vektlagt tiden det tar før de nødvendige tjenester er på plass, og før samordningen er på plass.

⁵⁰ Jeg er klar over at jeg her til dels bruker ganske lange sitater, og antakelig lengre enn akademisk ”skikk og bruk” tilsier. Jeg har likevel valgt å gjøre det med nettopp dette intervjuet, fordi informanten etter mitt skjønn på en ganske presis måte presenterer noen resonnementer som jeg vurderer som sentrale for problemstillingene som knytter seg til oppgavens tematikk, nemlig de utfordringer som knytter seg til horisontal samordning av tjenester i en vertikalt fragmentert forvaltning.

På den andre siden har vi sett at tjenesteyterne forteller om vegring og svarteperspill, og kampen for å unngå å bli koordinator. Vi har sett at koordinatorrollen kan oppleves som vanskelig i forhold til de vertikale styringslinjene.

Vi har sett at tjenesteytere og tilsynsrepresentanten har fremhevet fragmentert organisering og tonivåmodell som noe som gjør samordningen tynge å få til. På den andre side har vi sett synspunkt om at mer oppdelt organisering kan høyne profesjonaliteten innen den enkelte tjeneste, samtidig som mer oppdeling fører til større samordningsbehov.

5.2 Hvem har ansvar for å koordinere?

Til mitt åpningsspørsmål i intervjuet med to brukerrepresentanter fra FFO om erfaringer med individuelle planer, der jeg spør om hva de mener er *viktige forutsetninger for å lykkes* med denne arbeidsformen, svarer den ene informanten nettopp med å peke på det viktige poeng at en person må *gripe fatt i* at en individuell plan må lages. Så fortsetter informanten:

”Spørsmålet vi stiller, er: hvem skal lage denne planen for meg?” (brukerintervju, 29/9-06).

Jeg skal her gjennomgå hvordan de ulike informantgruppene, brukere, tjenesteytere og tilsyn, vurderer dette spørsmålet.

5.2.1 Brukere/pårørende og tilsynsmyndigheten

Her har jeg valgt å slå sammen svarene fra disse to gruppene, dels fordi deres svar er korte, og dels fordi svarene fra de to gruppene er ganske sammenfallende.

Brukerne har – kanskje naturlig nok – ikke så sterke oppfatninger om *hvem* i tjenesteapparatet som skal ta ansvaret for å koordinere saker som gjelder individuelle planer. Til gjengjeld er de meget klare på følgende poeng, her uttrykt ved den ene av brukerinformantene:

”Det må være én person som koordinerer” (brukerintervju 24/2-07).

Dette sammenfaller med tilsynsmyndighetens vurdering:

”Disse sakene krever en klar ansvars plassering” fremholder informanten fra fylkesmannen, og føyer til et annet poeng:

”Nettopp når ansvars plasseringen ikke er klar, blir det lettere å dekke seg bak travelheten” (intervju 22/3-07).

Informantene fra FFO peker for øvrig dels på fastlegens betydning som ”innfallsport” for å kunne få til en koordinering av tjenestene, når en bruker har sammensatte hjelpebehov. De peker også på skolens betydning, samt fysio- og ergoterapitjenesten, fordi denne gruppen av brukere ofte vil ha hjelp fra disse tjenestene allerede.

5.2.2 Tjenesteytere

Denne gruppen av informanter hadde – naturlig nok – i større grad synspunkter på *hvem av tjenesteyterne* som ville være viktige, i forhold til å samordne individuelle planer.

Samtlige av tjenesteyterne i Åsane bydel peker på *det tverrfaglige teamets betydning*, når det gjelder å avklare koordinatorspørsmålet. Det tverrfaglige team i Åsane bydel ble opprettet høsten 2006 for å avklare koordinatorspørsmålet i de vanskelige individuell plan-sakene, dvs i de saker der en ikke lyktes å avklare dette spørsmålet på lavere nivå. Som jeg har berørt ovenfor, kan dette teamet teoretisk ses på som et kollegialt organ uten myndighet (Fimreite og Lægreid 2004).

Flere av tjenesteyterne i Åsane bydel peker på som problematisk at oppvekst ikke er pålagt å koordinere individuell plan-saker, ut fra hensynet til at dette bør gjøres av tjenester som kjenner brukeren best. Jeg gjorde de fleste intervjuene i Åsane på et tidspunkt da det tverrfaglige teamet var ganske nytt. Jeg valgte derfor å ha noen oppfølgingsspørsmål til teamets leder da teamet hadde hatt ett års virketid (dvs høsten 2007). Det ble da fra teamets leder understreket som en erfaring at barnesakene hadde vist seg vanskeligere å ”få på plass” enn voksensakene, og det ble i den sammenheng vist til det forhold at oppvekst i sitt lovverk ikke er pålagt å utarbeide individuelle planer etter denne forskriften.⁵¹

Det skal imidlertid tilføyes at PPT (som er en tjeneste under oppvekst) i Åsane påtok seg å være koordinator i noen saker, selv om de etter lovverket ikke er pålagt å gjøre dette.

Legen – som for øvrig selv i sin praksis jobbet opp mot de fleste bydelene i Bergen - hadde følgende synspunkt:

Valget av koordinator er mye opp til klient og pårørende. ...De kan ønske seg en koordinator, men i siste instans er det helse- og sosialrådgiver som har en del fullmakter ute i bydelene fra byrådsavdelingen, som må ta ansvaret for hvem som skal være koordinator - hvilken av deling og hvilken person, og ferdig arbeid.

Og jeg mener det er veldig enkelt, det er bare to-trinnsnivå, det, fra en fagavdeling og pang inn til rådgiver, som treffer en avgjørelse på vegne av hele systemet, og så går den tilbake. Og så fører man en oversikt over hvem er det egentlig som har koordinatoransvar for hvor mye, og at en så sørger for at det blir en viss fordeling. Og da hvis klienten eller pårørende ønsker seg spesielle personer, så kan de måtte finne seg i å ta det neste ønsket sitt. (Intervju 21/2-07).

Forvaltningsenhetene i bydelen, som også plikter å se brukerens samlede behov (for helse-tjenester), har en sentral rolle mhp å få på plass individuelle planer, og dermed koordinatorspørsmålet, sier informant fra byrådsavdelingen sentralt.⁵²

Det bør være *den tjenesten som kjenner brukeren best*, som har koordineringsansvaret,

⁵¹ Etter opplæringsloven er skolene i visse saker pålagt å lage individuelle opplæringsplaner, som er noe annet enn de individuelle planer som er gjenstand for denne studien. En individuell opplæringsplan kan imidlertid være en delplan som kan gå inn i en samlet IP.

⁵² Bergen kommune opprettet en forvaltningsenhet i hver bydel innen pleie- og omsorgstjenestene i 2004.

fremholder informant fra fysioterapitjenesten, og fra psykiatritjenesten i bydelen. Denne informanten viste til at man hadde opplevd at psykiatritjenesten i enkelte saker hadde blitt bedt (av andre instanser enn bydelen) å koordinere saker de ikke var inne i, noe de frarådde. Det bør være *den instans som har det mest langvarige forholdet til brukeren*, sier flere av informantene fra bydelen.

Evne og interesse viktig for å være en god koordinator, fremholder flere av informantene, som viser til at det kan være en vanskelig rolle.

Barnevernet bør ha ansvaret i de saker der barnevernet har overtatt omsorgen for barnet, fremholder informanten fra barnevernstjenesten. Informant fra andrelinjen peker på som problematisk at barnevernet ikke er pålagt å utarbeidet individuelle planer i sitt lovverk, og mener at dette bør endres.

Helse- og sosialrådgiverne i bydelen bør være ”oppmann” i disse sakene, fremholder informanten fra byrådsavdelingen.

Andrelinjen/BUP mener at førstelinjen bør ha koordinatoransvaret, men peker samtidig på at de ofte kan være de som kjenner brukeren best (når de har foretatt en sakkyndig vurdering av en bruker).

Andrelinjetjenesten/barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk mener førstelinjen bør ha koordinatoransvaret ved kortvarig klinikkbehandling, definert som kortere enn ½ år, og at andrelinjen bør ha koordinatoransvaret ved klinikkbehandling lengre enn ½ år.

5.2.3 Oppsummering

Hva har vi sett her? Vi har sett at brukerne dels er litt spørrende til hvem som naturlig peker seg ut, men at de er klare på at det må være en person som tar ansvar – og med det mener de en tjenesteyter. Vi har også sett at tilsynsmyndigheten understreker at det må være en klar ansvars plassering.

Vi har sett at alle tjenesteyterne i Åsane bydel peker på det tverrfaglige teamet, som ble opprettet for å avklare koordinatorspørsmålet i de individuell plan-sakene der dette ikke ble avklart på et lavere nivå.

Vi har sett at førstelinjen etterlyser legenes, psykologenes og andrelinjens involvering, og vi har sett at andrelinjen tenker at dette å koordinere individuelle planer er en oppgave for førstelinjen, med mindre det er tale om en pasient med mer enn et halvt års opphold på klinikk⁵³.

⁵³ Her må det presiseres at informantene fra førstelinjen og andrelinjen ikke er fra samme bydel. Som jeg har

Vi har sett at andrelinjen – som nødvendigvis samhandler med mange kommuner og bydeler – etterlyser at det må være faste kontaktpersoner, eller ansvarspersoner, for individuell planarbeidet innen hver tjeneste, i den enkelte bydel og den enkelte kommune.

Vi har sett at tjenesteyterne vektlegger at det må være en tjeneste som kjenner brukeren godt, som skal koordinere.

Vi har sett at tjenesteyterne i Åsane bydel etterlyser oppvekstetaten i saker som gjelder barn.

5.3 Hva skal til for å oppnå en tjenlig samordning?

5.3.1 Brukere og pårørende

For å lykkes med samordning i saker der brukeren har sammensatte behov, er det viktig å ha *ressurssterke pårørende*, fremholder brukerrepresentantene fra FFO.

De peker også på viktigheten av å ha *nok ressurser*; det hjelper ikke med planer hvis det tilbudet brukeren trenger, ikke finnes, påpeker informantene fra FFO.

Informantene fra FFO pekte også på viktigheten av å ha *gode ledere*, og fremholder at det kan ha stor betydning for om man lykkes i å finne gode løsninger i en sak. (Brukerintervju, 29/9-06).

Brukerinformant 3 viser til viktigheten av *at forvaltningen aktivt gir informasjon* – informanten kaller det *”oppøkende byråkrati”* – og fremholder at når en familie har fått et funksjonshemmet barn, bør en medarbeider fra tjenesteapparatet komme på hjemmebesøk, og ha ansvar for å veilede familien om de mulige hjelpeordninger, tjenestetilbud og ytelser som familien/brukeren ut fra sitt hjelpebehov kan ha rett på, og kan ha mulighet til å få.

Dette begrunnet informanten med å vise til deres egne erfaringer; For dem hadde det krevet mye energi å kunne sette seg inn i hvilken hjelp de kunne ha rett til, eller mulighet til å få. Til tross for at begge foreldrene selv arbeider i offentlig sektor, hadde det likevel vært en stor utfordring for dem å finne frem til hva de kunne ha rett på av hjelp. Hun peker videre på at informasjonen ofte har vært tilfeldig. Ikke så sjelden har de fått vite om mulige hjelpeordninger enten fra andre foreldre i tilsvarende situasjon, eller fra sin brukerorganisasjon. Informanten fremhever – og roser - imidlertid noen nye informasjonshefter fra Sosial-

pekt på i fbm presentasjonen av informantene, så ville det ha vært et naturlig valg om de hadde vært fra samme bydel, men mitt spørsmål til Helse Bergen gikk på om de hadde noen informanter som kunne si noe om erfaringer og vurderinger med å jobbe med individuelle planer, uten å si noe spesielt om bydel. Jeg fikk to informanter med mye erfaring, og mye involvering, i denne type samhandling. I ettertid vurderte jeg om jeg skulle utvide antall informanter, og gjøre flere intervjuer fra andrelinjen, men valgte å ikke gjøre det.

og helsedirektoratet (SH-dir 2005b), og sier at det er litt lettere å finne frem nå enn det var før. (Brukerintervju 24/2-07).

Vi ser at disse tre informantene kanskje i like stor grad er opptatt av *strevet med å få kjennskap til hvilken hjelp de kunne få, og strevet med å få den hjelpen de hadde rett på, som strevet med å få samordnet hjelpen.*

Brukerinformant 4 peker på viktigheten av at de ulike profesjonene i større grad vektlegger samspill og samhandling ut over egne faggrensener i sin utdanning. (Brukerintervju 4/5-07).

5.3.2 Tjenesteytere

Til spørsmålet om hva tjenesteyterne ville vektlegge som viktige faktorer for å få til en god samordning, trakk i hvert fall fem av informantene fra denne gruppen, uavhengig av hverandre, frem som viktig at dette *må prioriteres fra lederhold*, spørsmålet om samordning og individuelle planer må ha en *sterk lederforankring*, det *krever et klart lederfokus*. Det må være *tydelighet fra toppen*, og det mangler vi i dag, fremholdt den ene avinformantene fra tjenestestedene i Åsane. Det ble i forlengelsen av dette også fremholdt som ønskelig at *lederne ble målt på tverrfaglig samarbeid*.

Vi må *klargjøre ved interne retningslinjer hvem som skal ta initiativet*, påpekte informant fra byrådsavdelingen. (Intervju 27/2-02).

Det krever *at folk er utpekt til å ha et ansvar for dette*, ved hver avdeling, eller hver tjeneste, hevdet informant fra andrelinjen, slik at når man ringte og ba om å få snakke med den som hadde ansvaret for individuelle planer, så ble man satt over til rett person; det ble likevel understreket at dette ikke måtte bety at denne personen skulle ha ansvar for å lage alle de individuelle planene, men ha ansvar for at dette arbeidet ble fulgt opp ved sin avdeling (Intervju 8/3-07).

Felles forståelse av hva som ligger i koordinatorrollen, for å unngå konflikt mellom koordinator og linjen/den enkelte tjeneste, ble trukket frem som et viktig moment for å lykkes. (Intervju 10/10-06).

Betydningen av kompetanse ble fremhevet; *god opplæring, felles opplæringsplaner*, samt *fadderordninger* ble trukket frem av flere informanter. I sammenheng med dette kan en se vektleggingen av at *dette arbeidet krever trygge og erfarne fagpersoner*, som også flere av

informantene fremholdt. Respekt for hverandres tjenester, og kunnskap om hverandres tjenester, så vi var fremholdt også tidligere, som en viktig faktor for å lykkes. Disse momentene ble trukket frem av informanter fra Åsane, og fra andrelinjen.

I tillegg til disse momentene, viste informant fra byrådsavdelingen til *veiledningsansvaret i forvaltningen*, som viktig for å lykkes. (Intervju 27/2-02).

Faglige fora blant tjenesteyterne, *nettverk*, betydningen av å kjenne hverandre (dvs faglig tillit til hverandre). I små kommuner/bydeler kommer dette lettere av seg selv, i store bydeler må dette organiseres, understreket informanter fra Åsane. (Intervju 22/2-07).

Det er ikke nok med samordning bare innen helse og sosial, i noen saker kan det være behov for å samordne bredere enn dette, fremholdt informant fra byrådsavdelingen. (Intervju 27/2-02). Dette kan ses i sammenheng med det forhold informanter fra Åsane påpekte, nemlig ønsket om at oppvekst kunne være tettere inne i bildet, når det gjaldt å koordinere tjenester til barn med sammensatte behov. (Intervju 10/10-06 og intervju 22/2-07).

Andre momenter som av tjenesteyterne ble pekt på som viktige for å lykkes, var å ikke bare tenke på å få laget en plan, men å være bevisst på måten planen brukes på – det er det største poenget, understreket informant fra barnevernet (Intervju 20/2-03).

Et poeng som gikk på organisering, ble også trukket frem fra informant i Åsane, som ønsket at man organiserte tjenestene noe bredere, mer etter geografi, enn etter diagnose. (Intervju 22/2-07).

5.3.3 Tilsynsmyndigheten

De momenter informanten fra tilsynsmyndigheten trakk frem som viktige for å lykkes, har jeg vært inne på tidligere i presentasjonen. To momenter kan likevel trekkes frem også her; for det første: Det krever en klar ansvars plassering.

Det andre momentet, er dette som går på at det *kan* være lettere å samordne i små kommuner, ofte fordi selve samordningen krever mindre ressurser. Man kjenner hverandre, og det er lettere å kommunisere på uformell basis.

5.3.4 Oppsummering

Hva kan vi trekke ut av dette? Hva skal til for å lykkes?

Det er ganske tankevekkende hva de pårørende svarer – det gjelder om å ha ressurssterke foreldre for å lykkes med dette – dette utsagnet alene sier mye om den opplevde avstanden mellom intensjoner og realiteter, når det gjelder forvaltningens ansvar for å få samordnede tjenester til brukere med sammensatte behov.

Tjenesteyterne – både i første- og andrelinjen – pekte på viktigheten av å ha et sterkt lederfokus, en sterk lederforankring, at dette ble prioritert fra lederhold, for å kunne lykkes i dette arbeidet.

Det vil på dette punkt naturlig nok være en nær sammenheng mellom hva som kjennetegner de gode sakene, og hva som skal til for å lykkes, og derfor vil deler av oppsummeringen under del 1 være relevant også her. Dette gjelder ikke minst tjenesteyternes påpekning av betydningen av faglige nettverk, og at man kjenner hverandre og har tillit til hverandre.

Tilsynsmyndigheten påpekte igjen viktigheten av at koordinatoroppgaven har en klar ansvarsplassering.

En del av tjenesteyterne – og tilsynsmyndigheten - hadde en interessant påpekning mhp viktigheten av å avklare det konfliktfylte i selve koordinatorrollen; det å koordinere horisontalt, uten myndighet, i en vertikalt fragmentert forvaltning – viktigheten av å få en felles forståelse av hva denne rollen skulle innebære.

Jeg går nå over fra å presentere funn fra mine ”egne” 15 informanter, til å presentere funn fra to landsomfattende tilsyn.

5.4 To landsomfattende tilsyn med tjenester til voksne og barn med langvarige og sammensatte tjenestebehov

5.4.1 Bakgrunnen for tilsynene

Statens Helsetilsyn har gjennom de senere år hatt en rekke tilsyn som spesielt har fokusert på samordning av tjenester, og bruk av forskriften om individuell plan, i denne sammenheng. Jeg har valgt å konsentrere meg om to landsomfattende tilsynsrapporter fra Statens Helsetilsyn, (Helsetilsynet 2006/3 og 2007/4), vedrørende tjenester til hhv voksne og barn, med

langvarige, sammensatte hjelpebehov⁵⁴ Den første rapporten omfatter 60 kommuner, mens den andre rapporten omfatter 40 kommuner og 20 spesialisthelsetjenester.

Disse to rapportene kan dermed danne et bredere bilde, eller et større bakteppe, for min studie.

Helsetilsynet har i sin tilsynsrapport 3/2006 en kommentar til hvorfor en ordning med rett til en individuell plan ble forskriftsfestet.

Opplevelsen av et fragmentert tjenestetilbud uten samarbeid og koordinering mellom ulike aktører og manglende mulighet for brukermedvirkning ligger til grunn for forskriftsfesting av ordningen.....Forskriften er kommet ut fra en erkjennelse av at det regelverket som ivaretar tjenestemottakerens rettigheter på de enkelte tjenesteområdene, og de generelle bestemmelsene som er gitt om samarbeid og koordinering, har vist seg utilstrekkelig. Forskriften forsterker med andre ord de bestemmelsene som allerede er gitt gjennom helse- og sosiallovgivningen (Helsetilsynet 2006/3).

Bakgrunnen for tilsynene, synes å være en bekymring for at den tverrfaglige samordningen av tjenestene, overfor brukere med et omfattende behov for koordinerte tjenester, på tross av at dette var blitt forskriftsfestet, ikke synes å fungere etter sin intensjon.

I Tilsynsmeldingen for 2004 fra Statens Helsetilsyn, varslet Helsetilsynet at kommunale helse- og sosialtjenester til voksne brukere utenfor institusjon med langvarige og sammensatte behov, skulle være gjenstand for landsomfattende tilsyn i 2005.

Vedrørende valg og prioriteringer av områder for landsomfattende tilsyn, la Helsetilsynet vekt på bl.a. ”områder der det er stor sannsynlighet for svikt” (Tilsynsmelding 2004:16).

5.4.2 Om utvalget av tilsynssteder – ikke representative men strategiske utvalg

I tilsynsrapport 3/2006, som kom etter dette landsomfattende tilsynet i 2005, og som omhandlet tilsyn i 60 kommuner, ble det presisert at man hadde valgt en risikobasert og strategisk utvalgsmetode, ”som innebærer at man finner mer svikt enn om utvalget var gjort tilfeldig. Funnene gir dermed ikke et representativt bilde av forholdene på det aktuelle tjenesteområdet på landsbasis, men er en samlet fremstilling av funn i de undersøkte kommuner på undersøkelsestidspunktet” (Helsetilsynet 2006/3:10).

Helsetilsynet kommenterer også innledningsvis i den neste tilsynsrapporten vi her tar opp, som omhandler tjenester til barn i to kommuner i hvert fylke, og i 1 spesialisthelsetjeneste i hvert fylke, på hvilket grunnlag de har gjort sitt utvalg av tilsynssteder. Utvalget er gjort dels ut fra en risikovurdering, og det understrekes at utvalget ikke nødvendigvis er representativt,

⁵⁴ Jeg velger å ta med titlene her: Helsetilsynsrapport 3/06 *Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester*, og Helsetilsynsrapport 4/07 *Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn. Landsomfattande tilsyn 2006 med habiliteringstenester til barn.*

men at helsetilsynet mener at forholdene som tilsynet avdekket, gir et godt bilde av utfordringene disse tjenestene står overfor. (Helsetilsynet 2007/4:9).

Begge rapportene forteller om betydelig svikt i den lovpålagte koordineringen av tjenester. Men samtidig presiseres det at dette *ikke nødvendigvis er et uttrykk for at dette bildet viser "gjennomsnittet"* av tilstanden på dette området, for landet som helhet. Men det begge rapporter forteller, er at *der de har hatt tilsyn*, der har svikten, på en stor andel av tilsynsstedene, vært betydelig.

Når man da har holdt tilsyn i hhv 60 kommuner i det første tilsynet, og 40 kommuner og 20 spesialisthelsetjenester i det andre tilsynet, så dokumenterer disse to rapportene til sammen at man – på et ikke ubetydelig antall tjenestesteder på landsbasis - har store utfordringer med å få den lovpålagte koordineringen til å fungere etter sin hensikt, at man har et godt stykke vei å gå, før lovkravet er oppfylt.

Dette utelukker likevel ikke at samordning av tjenester etter forskriften om individuell plan også kan fungere bra mange steder. Men Helsetilsynet har valgt å oppsøke et utvalg av steder der man av ulike årsaker var bekymret for tilstanden. Som vi skal se, på mer enn halvparten av tilsynsstedene ble denne bekymringen bekreftet.

5.4.3 Helsetilsynets vurderinger

Rapportene sier noe om hvordan tilsynsmyndigheten generelt vurderer utfordringer og status for tjenesteytingen overfor mennesker med et langvarig, omfattende og sammensatt hjelpebehov, den første overfor voksne og den andre overfor barn, begge med ulike typer av langvarig og omfattende koordinert hjelpebehov.

Rapport 3/2006 fra helsetilsynet fastslår at mer enn to tredjedeler av de undersøkte kommunene har brudd på krav i lovgivningen, og om lag like mange har "mulighet for forbedring av praksis", og vel halvparten av kommunene har både avvik og merknader. Kun to av de undersøkte kommuner hadde verken avvik eller merknader.

Helsetilsynet peker i sin rapport på at kommunene ikke sikrer tverrfaglig og koordinert utredning og vurdering av tjenestebehovet sammen med bruker og pårørende, og uttaler i den forbindelse:

"når tilsynsmyndigheten finner alvorlig svikt i så grunnleggende prosesser, gir det grunnlag for å anta at den faktiske tjenesteytingen er på grensen til å være uforsvarlig" (Tilsynsrapport 3/2006:19).

I Statens Helsetilsyns årlige Tilsynsmelding, redegjøres det for de tilsyn man har gjennomført det aktuelle året. I Tilsynsmeldingen for 2005, s. 6 og 7, er det ovenfor nevnte landsomfattende tilsyn kommentert:

”Funn frå tilsynet viste at i 21 av 60 kommunar var utgreiinga av tenestebehovet og planlegginga av tenestetilbodet fragmentert og lite koordinert. ..
46 av dei 60 kommunane mangla strukturar og prosessar som sikra ei koordinert og heilskapleg tilnærming til tenestemottakaren gjennom heile tenestegangen. ..Deltenestene kartlegg behova til tenestemottakarane kvar for seg og ved sida av kvarandre, ..
Tilsynsorganet konstaterte at i vel halvparten av verksemdene har arbeidet med individuell plan i kommunane ikkje vore godt nok sett i forhold til dei krava lova set for den gruppa som er aktuell for tilsynet” (Tilsynsmelding 2005:5 og 6)

Også en av bydelene i Bergen, nemlig Åsane bydel, dvs den bydelen jeg henter halvparten av mine intervju fra, hadde tilsyn fra Fylkesmannen i Hordaland i september 2005, og dette var ett av de 60 tilsyn som Helsetilsynets rapport omhandler⁵⁵.

En senere tilsynsrapport fra Statens Helsetilsyn (Helsetilsynet 2007/4), som omhandler samordning av tjenester i fbm habiliteringstjenester for barn, er også kritisk til tjenestestedenes evne til samordning av tjenester:

Tilsynet avdekte manglar i rutinar og tiltak som skal sikre koordinert planlegging og regelmessig oppfølging (Helsetilsynet 2007/4: 4).
Helsetilsynet meiner at forhold som tilsynet har avdekt, gjev haldepunkt for at tenestene til barn i målgruppa som har behov for habilitering, ikkje er likeverdige. - - Brot er funne på retten til informasjon og medverknad, og *omfattande manglar ved rutinar og tiltak som er nødvendige for å sikre individuelt tilpassa og koordinerte tenester*. Det gjeld i alle fasar frå utgreiing og planlegging til gjennomføring (Helsetilsynet 2007/4: 6).

For noen av problemstillingene Helsetilsynet har tatt opp, ser vi at dette berører temaer som også mine informanter har tatt opp.

Rapporten som omhandler tjenester til voksne brukere, retter Helsetilsynet en klar kritikk til kommunene for *manglende samordning, og manglende tydelighet mhp ansvars plassering*:

At kommunene ser ut til å mangle et godt grep om arbeidet med individuell plan, og at *koordineringsfunksjonen ikke er tydelig plassert* i mange av de 60 kommunene, tilsier også at kommunene har en lang vei å gå for å sikre helhetlige, koordinerte tjenester til den aktuelle gruppen av tjenestemottakere. Dette tilsynet har med tydelighet vist at kommunene må intensivere arbeidet med å *etablere strukturerte prosesser og arenaer for tverrfaglig samhandling og for strukturert samhandling med den enkelte tjenestemottaker i alle deler av tjenesteforløpet* (Helsetilsynet 2006/3:20).

I rapporten som omhandler barn, heter det, vedr de kommunale sosial- og helsetjenester:

Tilsynet avdekte manglar i rutinar og tiltak som skal sikre koordinert planlegging og regelmessig oppfølging (Helsetilsynet 2007/4:4).

⁵⁵ Fylkesmannen i Hordalands tilsynsrapport er utlagt på Fylkesmannens nettsider, ”*Rapport fra tilsyn med helse- og sosialtjenester til voksne personer med langvarige og sammensatte behov i Bergen kommune, tjenesteområde Åsane (2005)*” Ved dette tilsynet ble det påpekt tre avvik, sitat: ”Flere tjenestemottakere har ikke skriftlige vedtak eller ikke oppdaterte skriftlige vedtak om tildeling av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Vedtak om støttekontakt er ikke iverksatt for flere tjenestemottakere og hjelpebehovet er ikke dekket ved andre tjenester. Bergen kommune, tjenesteområde Åsane sikrer ikke koordinerte tjenester til voksne personer med langvarige og sammensatte behov.”

Som vi har sett foran, omtaler både brukere, tjenesteytere og tilsynsinformanten i mitt datamateriale også den manglende ansvarsplassering, ofte med vegring, svarteperspill og ansvarspulverisering som resultat.

Ressurssituasjonen. Vi har sett at noen av mine informanter har vært inne på ressursituasjonen, og pekt på mangel på egnete tiltak innen visse områder, og særlig barn med psykiske lidelser. Helsetilsynet omtaler ressursituasjonen på denne måten:

Statens Helsetilsyn er inneforstått med at ressursituasjonen er vanskelig i den sektoren som tilsynsmyndighetene har undersøkt (merknad: tjenester på kommunalt nivå til voksne mennesker med psykiske lidelser) og at det kan ha betydning i forhold til de funn som er gjort (Helsetilsynet 2006/3:20).

Organisering. I forlengelse av vurderingen ovenfor, omtaler Helsetilsynet imidlertid et annet poeng:

Den svikten som er avdekket er nært knyttet til kommunenes evne til å styre virksomheten - - Slik Statens Helsetilsyn vurderer det, vil derfor ikke økt ressurstilgang alene løse de problemene den aktuelle gruppen av tjenestemottakere opplever i møte med det kommunale tjenesteapparatet (Helsetilsynet 2006/3:21).

Dette bildet suppleres ytterligere av den senere utgitte tilsynsrapporten, som gjaldt tjenester til barn, der det i *Samla vurdering*, bl a heter følgende:

Helsetilsynet meiner at forhold som tilsynet har avdekt, gjev haldepunkt for at tenestene til barn i målgruppa som har behov for habilitering, ikkje er likeverdige. - - Brot er funne på retten til informasjon og medverknad, og *omfattande manglar ved rutinar og tiltak som er nødvendige for å sikre individuelt tilpassa og koordinerte tenester.* Det gjeld i alle fasar frå utgreiing og planlegging til gjennomføring (Helsetilsynet 2007/4:6).

For igjen å sitere Helsetilsynet:

De kommunale utfordringene dreier seg etter tilsynsmyndighetenes oppfatning primært om å bryte med tradisjonelle arbeidsformer og etablere ny og systematisk samhandlingspraksis på tvers av tjeneste- og fagområder (Helsetilsynet 2006/3:21).

Dette temaet vil jeg komme tilbake til i analysedelen.

Foreldre og brukere som koordinerer

I den første tilsynsrapporten, som omhandler voksne brukere, fremholdes det at det kan være grunn til å anta at brukerne i visse situasjoner blir sine egne koordinører (Helsetilsynet 2006/3:17).

Tilsynets kommenterer dette slik, i den samme rapporten:

Samhandling har betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet - - Statens helsetilsyn ser derfor særlig alvorlig på de funn som er avdekket i dette tilsynet og *kan ikke akseptere at det fortsetter som nå: at tjenestemottakeren selv må være drivkraft og koordinatør mellom de ulike tenestene, og selv må ha totaloversikten over tjenestetilbudet* (Helsetilsynet 2006/3:21).

I den neste tilsynsrapporten, påpeker Helsetilsynet at det ofte er foreldrene som koordinerer.

Tilsynet avdekte at det i praksis ofte var foreldra som hadde den koordinerande rolla” (Helsetilsynet 2007/4:6).

Tilsynet utdyper dette:

Sjølv om utgreiingar av nevrologiske tilstandar kan ta tid, er det avgjerande at barnet og familien ikkje blir utsette for den meirbelastninga som følgjer av manglande eller tilfeldig samarbeid mellom ulike instansar. *I slike tilfelle er det foreldra som i praksis formidlar informasjon og medverkar til at det blir oppretta kontakt mellom forskjellige kommunale einingar* (Helsetilsynet 2007/4:14).

Mitt eget materiale er selvsagt mye mer avgrenset enn de om lag 120 tilsyn som danner grunnlaget for disse to rapporter fra Helsetilsynet.

Imidlertid er det interessant at hver av de 3 brukerinformantene jeg har intervjuet som er pårørende til barn med hjelpebehov, og der to av disse også representerte en bredde av brukererfaringer gjennom sitt engasjement i Funksjonshemmedes Felleorganisasjon, understreker at det er *foreldrene* som må være pådrivere, og som må koordinere – inntil den individuelle planen er på plass, noe som for disse informantene synes å ha tatt til dels svært lang tid.

Bør flere tjenesteområder forpliktes til å samarbeide i hht bestemmelsene om individuell plan i saker som gjelder barn?

I rapporten som omhandler tjenester til barn, påpeker Helsetilsynet at barnehager og skoler enkelte steder ønsket å reservere seg mot å delta i arbeid med individuell plan fordi dette ikke er en lovpålagt oppgave for disse instansene. Helsetilsynet gir uttrykk for at de vil be Helse- og omsorgsdepartementet ta opp spørsmålet om individuell plan bør hjemles i barnehage- og opplæringslov (Helsetilsynet 2007/4:5).

For igjen å sammenholde dette med mitt datamateriale, så har vi sett at det tverrfaglige utvalget i Åsane erfarer at koordinering i barnesakene er mer problematisk, fordi barn med sammensatte behov ikke nødvendigvis mottar et stort omfang av tjenester fra den kommunale helse- og sosialtjenesten, men at der kan være andre tjenester som i den fasen kjenner brukeren bedre, og de viser til ppt, barnehage og skole, samt spesialisthelsetjenesten.

Vi har også sett at noen av tjenesteinformantene i Åsane tok dette opp, samt at vi har sett at informant fra andrelinjen problematiserte at barnevernet ikke var forpliktet i sitt lovverk til å utarbeide individuell plan.

Jeg kan her flette inn at anbefaling om å inkludere lovverket innen skole og barnehage i fbm individuell plan, også er tatt opp av Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering, SKUR⁵⁶ Jeg skal få komme tilbake til flere av SKURs anbefalinger.

⁵⁶ *Individuell plan – personlig koordinator, delrapport 1, Kjennetegn og kriterier for god praksis.* (mai 2006) Statens kompetanse- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), s. 11. De anbefalte der for øvrig også at ordningen bør lovhemles i ny lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, og som vi har vist til, så er dette nå realisert.

Det er interessant å merke seg at både SKUR og Helsetilsynet reiser spørsmålet om flere tjenester bør inn i barnesakene. På bakgrunn av de erfaringene mine informanter melder, kan det synes at dette spørsmålet er verd å vurdere – ikke minst når det – ut fra tverrfaglig utvalg i Åsanes praktiske erfaringer etter om lag ett års virketid – synes å være vanskeligere å få på plass koordinator-spørsmålet for barn enn for voksne.

Det kan synes som at de generelle lovbestemmelser og intensjoner om helhetlig samarbeid - som er eldre enn forskriften om individuell plan - kanskje har i praksis har fått en utilsiktet avgrensning, ved at lovverket innen barnehage og skole – og jeg vil tilføye - også barnevernsloven - ikke ble inkludert i bestemmelsene om individuell plan? Det kan synes som det kan føre til en ”tilbaketrekning” i forhold til spørsmålet om hvem som skal koordinere, og at dette kanskje kan gi seg utslag i at det er vanskeligere å få en koordinator som kjenner barnet og barnets behov godt?

Er det første- eller andrelinjens ansvar å sørge for koordineringen?

Den første tilsynsrapporten omhandler bare kommunale tjenester, og fokuserer dermed naturlig nok på kommunens plikter til samordning. Den andre rapporten omhandler både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Rapporten er meget tydelig på kommunens plikter til samordning, men sier også følgende om andrelinjens ansvar for å starte et arbeid med individuell plan, på denne måten:

Barnehabiliteringstenestene skal av egne tiltak utarbeide individuelle planar for barn med behov for langvarige og koordinerte tenester. Tenestene skal ikkje leggje til grunn at andre kan tenkjast å ha ei meir sentral rolle, og unnlate å setje i gang arbeidet med planen (Helsetilsynet 2007/4:19).

Helsetilsynet er m.a.o. tydelige på at også andrelinjen har et ansvar til å sette i gang arbeidet med individuelle planer, i saker der brukeren har behov som tilsier en slik plan.

Til Wisløffutvalgets forslag (NOU 2005:3), om at førstelinjen bør ha dette ansvaret, vil jeg peke på to momenter:

I de store kommunene er det ikke sikkert man likevel blir kvitt vegringen og svarteperspillet – kommunene består av så mange parter, og hvem av disse skal ha ansvaret?

Vi så at informantene fra Åsane bydel, samt også legen, opplevde det slik at det tidvis kunne være vanskelig å få andrelinjen på banen, og at de kanskje trakk seg fort ut av saken. Samtidig er det slik at noen brukere trenger hjelp fra begge nivåene – vil andrelinjen trekke seg enda mer unna hvis ansvaret for arbeidet med individuelle planer til brukere med sammensatte behov bare er noe kommunene skal ta seg av?

Avslutningsvis i dette kapitlet, vil jeg få vise til en oppsummerende kommentar i den seneste tilsynsrapporten, der man kanskje kan spore en viss utålmodighet fra Tilsynets side?

I perioden 2002-2006 er det gjennomført flere landsomfattende tilsyn der plikt til samordning og koordinering av tenester, individuell plan, og rett til vurdering og nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetenesta har vore tema. *Funn ved dette tilsynet tyder på at kommunar og helseføretak i for liten grad bruker manglar som er påpeikte tidlegare til læring og forbetring* (Helsetilsynet 2007/4:6).

Senere i den samme rapporten blir dette utdypet, og de viser tilbake til tilsynet det foregående år, overfor tjenester til voksne brukere:

Når det gjeld koordinerande eining og bruk av individuell plan *er funna særleg urovekkande ettersom dei i stor grad er samanfallande med funn som blei gjort ved det landsomfattande tilsynet i 2005* med sosial- og helsetenester til vaksne med langvarige og samansette behov (Helsetilsynet 2007/4).

Helsetilsynet er ganske klare; det er fremdeles mange steder urovekkende mangler med hvordan dette horisontale koordinerende arbeidet fungerer.

5.5 Oppsummering av empirikapitlet

Når empirien sett under ett skal oppsummeres, vil jeg igjen fremheve brukere og pårørendes vektlegging av *betydningen av egne ressurser* for å klare å få samordningen av tjenestene på plass, ikke minst fordi vi her har sett en stor grad av sammenfall mellom ”mine” informanter, og Helsetilsynets vurderinger ut fra deres to landsomfattende tilsyn. Vi har sett Helsetilsynets påpekning av den tilleggsbelastning det kan representere for brukere og pårørende, når *de* må påta seg koordineringen. Vi har sett at pårørende har vektlagt tiden det kan ta før de nødvendige tjenester er på plass, og før samordningen er på plass. På den andre siden har vi sett tjenesteyterne fortelle om vegring og svarteperspill, og kampen for å unngå å bli koordinator. Vi har sett at koordinatorrollen kan oppleves som vanskelig i forhold til de vertikale styringslinjene, bl a fordi det kan være vanskelig å ta opp tjenestebehov som brukeren kan ha fra andre tjenester enn den koordinatoren selv kommer fra, dvs man kan få en konflikt mellom koordinatorrollen uten myndighet, og ansvarslinjene.

Tjenesteyterne fremhevet at den tjeneste som kjenner brukeren best, bør koordinere.

Vi har sett at brukerne ikke nødvendigvis har en sterk mening om *hvem* i tjenesteapparatet som skal være koordinator, men at de understreker at det *må* være *en* som koordinerer. Vi har også sett at dette samsvarer med tilsynsmyndighetens påpekning av viktigheten av klar ansvarsplassering.

Vi har sett at Helsetilsynet kritiserer mange kommuner for manglende ansvars plassering mhp koordineringsoppgaven, og en påpekning av at koordineringen da kan falle på brukeren og de pårørende. Vi har sett at Åsane bydel har opprettet et tverrfaglig, kollegialt team for å avklare slike saker, og vi så at samtlige tjenesteytere i Åsane pekte på viktigheten av dette teamet for å avklare koordinatorspørsmålet. Vi har sett at dette teamet syntes å fungere godt for de tjenestene de hadde ansvaret for, men at det syntes vanskelig for dette teamet å trekke inn tjenester utenfor deres tjenestefelt, selv om disse tjenestene kunne være tungt inne i en sak, og dette gjaldt særlig barn. I slike saker etterlyste informantene fra Bergen kommune en større medvirkning fra oppvekstetaten, og dette sammenfaller med Helsetilsynets anbefaling om at disse tjenestene bør inkluderes i bestemmelsene om individuell plan.

Vi har sett til dels litt ulike oppfatninger mellom førstelinjen og andrelinjen på hvem som bør koordinere.

Brukere og tjenesteytere vektla det personavhengige mhp hvem man møter, eller hvem man samhandler med i tjenesteapparatet. Tjenesteytere vektla at det er lettere å få til samordning når man kjenner hverandre, og har samhandlet med godt resultat før. I forlengelsen av dette momentet, tjenesteyterne og tilsynsrepresentanten vektla betydningen av nettverk og faglig tillit til hverandre.

Vi har også sett tjenesteyterne – og brukere – legge stor vekt på lederforankring.

Vi så andrelinjetjenesten og tilsynsrepresentanten bemerke at det kan være lettere å få til samordning i små kommuner enn i Bergen, samt at bydelene i Bergen oppleves å være ganske forskjellige.

Vi har sett at tjenesteytere og tilsynsrepresentanten har fremhevet fragmentert organisering og tonivåmodell som en utfordring for samordningen. På den andre side har vi sett synspunkt om at mer oppdelt organisering kan høyne profesjonaliteten innen den enkelte tjeneste, samtidig som mer oppdeling fører til større samordningsbehov.

Vi har sett at de to landsomfattende tilsynsrapportene til dels er meget kritiske til kommunenes og spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av det koordineringsansvaret de etter bestemmelsene om individuell plan har.

Vi har sett uttrykt både fra brukere og tjenesteytere at det løfter en bør fra foreldrenes skuldre, når en individuell plan er på plass, og de opplever at den fungerer.

Etter presentasjonen av empirien, skal jeg nå gå over til å analysere mine funn.

6 Analyse

I analysekapittelet vil jeg drøfte de data som jeg har presentert i empirikapittelet, i forhold til det teoretiske grunnlaget som er trukket opp i teorikapittelet.

Når det gjelder de mest sentrale momentene som fremkommer i empirikapittelet, viser jeg til den oppsummeringen som nettopp er trukket opp i avslutningen av det foregående kapittelet.

Fra teorisiden vil jeg særlig konsentrere drøftingen knyttet opp mot hierarki og nettverk, med utgangspunkt i Mintzberg (1979), der jeg drøfter byråkratiets samordning ved hierarki og standardisering, opp mot nettverkets samordning ved tillit og gjensidige tilpasning, ut fra de momenter som mine informanter har reist, og de momenter som Helsetilsynet påpeker i sine to rapporter.

Jeg hevder at *begge* disse samordningsformer blir nødvendige, egentlig i et hvert byråkrati, og ikke minst i store kommuner/bydeler, og spørsmålet blir, hvordan skal man klare å kombinere dem?

Jeg viser til andre eksempler på nettverksorganisering, og trekker frem forskjeller mellom disse, og individuell plan-nettverket, som er kjennetegnet ved at man i saker som gjelder individuelle planer, foruten at man ikke har myndighet til samordningen, heller ikke har (spesifikke) ressurser til samordningsfunksjonen.

Vi har sett informanter omtale koordineringsjobben som kviafull, og noe man vegrer seg for. Jeg drøfter de teoretiske utfordringene en koordinator uten myndighet, og uten spesifikke ressurser til samordningen, får.

Jeg berører også hvordan dilemmaene mellom hierarki og nettverk *forsterkes* ved New Public Management, tonivåmodell og single purpose organizations, som vi har sett noen av informantene har tatt opp, og som jeg har omtalt i bakgrunnskapittelet. De tidligere samordnende ledd, er nå borte. (Fimreite og Læg Reid 2004). Hvilke konsekvenser får dette for den type samordning det er snakk om i denne case, dvs samordning ved individuelle planer?

Vi har sett en rekke av informantene peke på viktigheten av nettverk i dette arbeidet, herunder det tverrfaglige teamet i Åsane. Jeg drøfter de teoretiske utfordringene dette teamet får, som kollegialt organ uten myndighet.

Jeg drøfter nettverkets betydning; både det jeg kaller det *store* nettverket, dvs det generelle nettverket mellom de ulike aktuelle tjenestene, og det *lille* nettverket som er involvert i den enkelte individuell plan sak, dvs i praksis ofte det samme som ansvarsgruppen⁵⁷.

Avslutningsvis drøfter jeg min case i forhold til reformperspektivet versus det institusjonelle perspektiv; dvs jeg vil drøfte det spennet vi har sett i denne case, mellom intensjonene i lovverket om at det offentlige skal ta seg av samordningen, og den praksis som empirien har avdekket, at det ikke sjelden er brukeren og de pårørende – ikke minst i de innledende faser av en sak - som opplever å måtte være pådrivere, og stå for samordningen av de ulike tjenestene brukeren samlet mottar.

Jeg peker også oppsummeringsvis på noen mulige tiltak for å styrke koordinatorrollen.

Men her vil jeg presisere – som jeg også har redegjort for i empirikapittelet – at jeg *ikke* ut fra mitt materiale har grunnlag for *spesifikt* å kunne si hvorvidt Åsane bydel er gode eller mindre gode på samordning ved bruk av individuelle planer; enten i seg selv, eller i forhold til andre. Dette er for det første ikke en fordelingsanalyse, og for det andre har jeg i mitt materiale – som jeg tidligere har redegjort for – om lag halvparten informanter med Åsane-tilhørighet, og den andre halvparten informanter som (også) har erfaring fra andre distrikter, eller kommuner.

Når jeg fremhever at brukere og pårørende ofte opplever at de må koordinere et sammensatt tjenestetilbud, så er dette for mine informanter en generell erfaring, og ikke en spesifikk Åsane-erfaring. Ikke minst Statens Helsetilsyns to landsomfattende tilsynsrapporter som jeg har trukket inn i studien, viser dette (Helsetilsynet 2006/3 og 2007/4).

Samtidig viser jeg igjen til hva mine informanter fremholder; den vesentlige betydning det kan ha – for brukeren og de pårørende – når forvaltningens samordning av det offentlige samlede tjenestetilbudet faller på plass; det løfter en bær fra foreldrenes skuldre, som vi har sett at flere av informantene har gitt uttrykk for.

6.1 Hvordan kombinere nettverk og hierarki?

Horisontal samordning ved bruk av individuelle planer synes å utfordre den hierarkiske byråkratiske strukturen på to måter; for det første ved at den horisontale samordningen går på tvers av de vertikale styringslinjene, og for det andre fordi individuell plan saker dels handler om å finne nye løsninger på nye problemer, dvs dette utfordrer det kjennetegn ved byråkratiet

⁵⁷ Om ansvarsgrupper: (SH-dir 2005a:15)

som Mintzberg (1979) omtalte som å finne kjente løsninger på kjente problemer, det han kalte ”pigeonholing process”⁵⁸.

Spenningen mellom de to ulike samordningsformene hierarki og nettverk synes derfor å stå sentralt ved den type samordning av tjenester, som individuelle planer handler om.

Nettverkets gjensidige tilpasning, for å finne nye løsninger på nye problemer, la jeg i teorikapittelet til grunn vil være nødvendig i den type samordning som denne studien omhandler. Et spørsmål som da melder seg, er hvilke muligheter denne type samhandling vil ha, innen en ramme som ellers synes dominert av profesjonelt byråkrati. En organisasjon vil foretrekke standardisering og rutiner hvis den kan, fremhevet Mintzberg (1979:9), og gjensidig tilpasning anses derfor som sårbart i møtet med byråkratiet.

Individuell plan-sakene vil nettopp kunne preges av at løsningene må finnes opp for hver gang, ved at der er nye aktører, med nye problemer, som krever nye, og individuelt tilpassede kombinasjoner av løsninger, hver gang. Jeg forventet at dette ville få betydning for koordinering av individuelle planer, ved at den individuelle tilpasning av forskjellige enkeltsaker, som er intensjonen i forskriften, og som teoretisk antas å kunne realiseres best ved bruk av nettverksorganisering og gjensidig tilpasning, kanskje vil stå seg svakere i en hverdag preget av det profesjonelle byråkratiets ønske om standardisering. Spørsmålet blir hvordan en kan overskride rutinepreget som synes å kunne prege det profesjonelle byråkrati?

Det utgangspunktet jeg legger til grunn, er at både hierarki og nettverk er nødvendige, ikke minst i store organisasjoner som Bergen kommunes helse og sosiale tjenester; en kan vanskelig tenke seg å forvalte et årsbudsjett i størrelsesorden 2 milliard, med anslagsvis 7000 ansatte⁵⁹ med gjensidig tilpasning alene; man er nødt til også å ha hierarki, med klare ansvars- og budsjettlinjer. Dette vil gjelde i en hver offentlig forvaltning, men nødvendigheten av Webers hierarki, arbeidsdeling og klare ansvarslinjer blir ekstra fremtredende i en så stor organisasjon som Bergen kommune. Vi har sett at tjenesteytere og tilsynsrepresentanten har fremhevet fragmentert organisering og tonivåmodell som en utfordring for samordningen. På den andre side har vi sett synspunkt om at mer oppdelt organisering kan høyne profesjonaliteten innen den enkelte tjeneste, samtidig som mer oppdeling fører til større

⁵⁸ Uttrykket pigeon holing process er forklart nærmere i teorikapittelet.

⁵⁹ Dette anser jeg som et konservativt anslag. Det *samlede* årlige driftbudsjettet i Bergen kommune (dvs både Bykassen og bedriftene) er vel nå på i størrelsesorden nærmere 7 milliard. Antall ansatte i hele Bergen kommune er antakelig rundt 15 000. Dette er omtrentlige tall, poenget er å vise om lag hvilken størrelsesorden vi snakker om, når det gjelder driftsvolumet i kommunen, ikke de eksakte tallene. Jeg baserer dette på erfaringstall, med en viss oppskrivning mhp budsjettet, men ikke på antall ansatte, som jeg forutsetter å være noenlunde på det samme volum som for 4-5 år siden. Jeg legger til grunn at om lag halvparten av de ansatte, dvs 7-8000, tjenestegjør i tilknytning til helse og sosiale tjenester. Poenget er å vise at det er et *vesentlig* volum vi snakker om.

samordningsbehov. Denne informanten (intervju 27/2-07) fremhevet også at mange brukere etterspør profesjonalitet og spesialiserte tjenester. Det er også slik at *de fleste* brukere er ”en-saks-brukere”, dvs de etterspør, og har behov for, enkelttjenester⁶⁰. Dette innebærer at også avgrensede enkelttjenester har sin berettigelse. I store kommuner, som Bergen, vil en dessuten ha et stort antall klienter, et stort antall saker, noe som øker behovet for *formalisert* samhandling, og *strukturerte rutiner*, både innad i og mellom avdelingene. Mitt poeng her er at Weberianske hierarkier, med klart definerte og avgrensede oppgaver, har sin berettigelse, ikke minst i store forvaltninger.

Samtidig er man nødt til å ha horisontalt nettverk, og gjensidig tilpasning, for å lykkes med de sakene som går ”på tvers”, dvs de sakene som krever horisontal samordning, der individuell plan-saker, som er temaet i denne studien, er et eksempel.

Det som skiller individuell plan-sakene, fra andre prosjekter som krever samordning på tvers, er at hvert enkelt prosjekt er relativt lite, og har lite offentlig oppmerksomhet. Det ligger i sakens natur; en kan ikke ha offentlig diskusjon rundt støtten til (navngitte) enkeltpersoner, selv om man unntaksvis får det⁶¹.

Andre prosjekter (med offentlig medvirkning) og som krever samordning på tvers, er gjerne kjennetegnet av at hvert prosjekt er mye større, og fordi det ikke er knyttet til enkeltpersoners hjelpebehov, vil en mye lettere håndtere et offentlig ordskifte rundt saken, hvilket også kan bety at man lettere kan få en offentlig oppmerksomhet rundt *hvordan slike prosjekter organiseres*. Av lokale eksempler på slike saker, kan nevnes opprydningen etter Rocknes-forliset i Vattlestraumen for noen år siden, og opprydningen etter Server-forliset utenfor Fedje, for om lag ett år siden.

Det eksempelet Mintzberg (1979) tar opp, når han eksemplifiserer gjensidig tilpasning som samordningsmekanisme, er månelandingsprosjekter; prosjekter som nøy prestisje, fikk stor oppmerksomhet, og som var vesentlig mye større enn å rydde opp etter skipsforlis på Vestlandskysten.

⁶⁰ Rattsøtvalget anslo andelen fleretatsbrukere, i fbm sitt forarbeid til NAV-reformen, til å være om lag 15 % av de tre etatenes brukere, mens de øvrige brukere, dvs 85 %, etterspurte tjenester fra én etat. Ref. NOU 2004:13, Rattsøtvalgets utredning.

⁶¹ Den såkalte Fusa-saken, som kanskje nå er nærmere 20 år gammel, er eksempel på en sak der ressursbruk og organiseringen av tjenesteytingen til enkeltpersoner ble gjenstand for et offentlig ordskifte. Det ligger i sakens natur, og også i bestemmelsene om taushetsplikt, at slike offentlige diskusjoner, om ressursbruk og organisering av tjenester tilknyttet navngitte enkeltpersoner, ikke bør finne sted, om ikke den det gjelder selv bringer spørsmålet opp, hvilket sjelden vil være tilfellet.

Men ulik skala til tross, likheten mellom både Mintzbergs månelandingseksempel, og oppryddingen etter forlis og oljesøl langs norskekysten, er at man *har ressurser til samordningen*. At det i etterkant av opprydding etter forlis blir en debatt mellom staten og forsikringsselskapene om hvem som skal betale regningen, er for så vidt ikke poenget her; poenget er at en har ressurser til samordningen.

Eksempelene ovenfor er forskjellige fra individuell plan-saker på flere måter; opprydding etter forlis er éngangshendelser; store prosjekter, men avgrenset i tid, mens saker som krever samordning ved individuelle planer hver for seg er mye mindre, men til gjengjeld varer de over et mye lengre tidsrom. Men det eksemplene har til felles, er behovet for samordning, og det er derfor jeg trekker dem inn.

Hvert lille team av tjenester rundt enkeltbrukere med individuell plan, kan anses som et – om enn skjørt – nettverk, med travle deltidsdeltakere, og antakelig med relativt lite ressurser i forhold til både opplevd og reelt hjelpebehov, og – til forskjell fra den typen prosjekter som er nevnt ovenfor – *uten ressurser avsatt til selve samordningen, og uten myndighet til den som skal stå for samordningen*, dvs koordinatoren.

6.1.1 Passiv samordning

Ut fra det forhold at det ikke er ressurser knyttet til samordningsjobben i fbm individuell plan – i en struktur med mange sideordnede tjenester, der ingen kan sies å ha et større ansvar for å koordinere enn de øvrige – trakk jeg i teorikapittelet opp en forventning om at kanskje ikke så mange av aktørene hadde spesiell lyst til å *samordne*. Jeg antok at de enkelte aktørene kanskje kunne være tilbakeholdne, og håper at noen av de øvrige involverte ville ”ta saken”. Dette kalte jeg en *passiv* samordning, og jeg tilkjennegav en forventning om i større grad å finne passiv samordning, dvs at ingen har spesiell lyst til å samordne, heller enn det Serigstad (2003) omtalte som negativ samordning, dvs at ingen har lyst til å bli samordnet. Jeg forventet ikke at det ville handle om vegring mot å være inkludert i samordningen, men at der kunne være en vegring i forhold til å være den som skulle *stå for* samordningen, i den enkelte individuelle plan-saken.

Dette synes å ha blitt bekreftet i datamaterialet. Vi har sett hvordan tjenesteinformantene – og tilsynsinformanten – fra mine intervjuer, har snakket om vegring og svarteperspill i tilknytning til koordinatorrollen, og vi har sett det bergenske uttrykket kviafullt bli brukt om koordinatorens ansvar for å få samordnet tjenestene til brukere med individuelle planer.

Vi har også sett fremhevet – både hos ”mine” informanter, og fra de to tilsynsrapportene – at pårørende og brukere selv ikke så rent sjelden opplever at det er *de* som må stå for koordineringen av tjenestene.

Konflikt mellom koordineringsrollen og linjen, så vi også ble trukket frem både av tjenesteinformanter og tilsynsinformanten i intervjumaterialet. Dette kunne komme til uttrykk hvis koordinator opplevde det nødvendig å ta opp at brukeren kunne trenge en tjeneste fra en annen avdeling enn den koordinator selv kom fra, noe som var fremhevet som en vanskelig side ved selve koordinatorrollen.

Koordinatoren, som er uten ressurser, og uten myndighet, er selve den personen som i størst grad står direkte i skjæringspunktet mellom de to samordningsformene, hierarki og nettverk.

6.1.2 De særlige utfordringer ved tonivåmodell og single purpose organizations

Jeg har i bakgrunnskapittelet vist til den økte vertikale fragmentering av tjenester ved New Public Management-tenkningens gjennomslag i forvaltningen. I empirikapittelet har vi sett informanter fremheve ved tonivåmodellen, dvs single purpose modellen, som dagens organisering i Bergen kommune er et eksempel på, at samordning oppleves som vanskeligere ved økt fragmentering av tjenestene, ved at de samordnende ledd som var der før, administrativt ved hhv mellomledere og deretter bydelsdirektørene samt deres etatssjefer, og politisk ved hhv hovedutvalgene, og deretter bydelsstyrene⁶², nå er borte. (Fimreite og Læg Reid 2004)⁶³. En informant med erfaring som pårørende til et barn med spesielle behov, fremhevet at de som pårørende opplever å måtte ”selge” saken sin til flere instanser enn før; et anliggende de før kunne få ordnet ett sted, måtte de nå ta opp på tre forskjellige steder (Intervju Åsane 15/2-07). Samtidig har vi sett informant fra byrådsavdelingen påpeke at jo mer du deler opp, jo større behov vil du få for samordning (Intervju 27/2-07). Spørsmålet som melder seg, er hvordan dette samordningsbehovet blir ivaretatt når de samordnende ledd, som Fimreite og Læg Reid (2004) viser til, nå er borte. Når vi ser en så vidt vertikalt fragmentert organisering som Bergen kommune nå har valgt, blir det interessant å gjøre en visitt tilbake til både Gulick (1937) og Mintzberg (1979) – som skrev om spesialisering og samordning *før* New Public Managements gjennomslag - og deres påpekning av at samordning internt i avdelinger synes enklere å få til, enn samordning mellom avdelinger. Med smalere organiserte ”en-saks-avdelinger” (single purpose organizations) blir ett resultat at man får mindre intern

⁶² Dette gjelder ikke dagens utgave av bydelsstyrer i Bergen, men de bydelsstyrene som hadde budsjettansvar for driften, dvs i bystyreperioden 2000-2003.

⁶³ Jeg har tillatt meg å føye til poenget med bydelsstyrene og bydelsdirektøren; Fimreite og Læg Reid henviser vel ikke direkte til disse i nevnte artikkel, men poenget blir det samme, vil jeg hevde; man hadde nivåer med myndighet i begge de to modellene. Ref at jeg også omtaler dette i bakgrunnskapittelet.

samordning, og mer samordning mellom avdelinger, dvs mer av den samordningen som i flg Gulick og Mintzberg er vanskeligere å få til.

6.1.3 Om generelle og spesielle nettverk, og om store og små kommuner

Et poeng – vil jeg hevde - når det gjelder betydningen av nettverk ved den type samordning som gjelder organisering av hjelpetiltak ved individuelle planer, er at man vil trenge *to* typer nettverk; man trenger *et generelt godt nettverk* mellom de ulike tjenestene som kan være involvert i denne type saker, og man trenger *det spesielle nettverket* knyttet til hver enkelt sak, dvs i praksis som oftest ansvarsgruppen.

Det er her mindre kommuner *kan* ha sin styrke; *både* er det lettere å bygge de generelle nettverkene mellom tjenesteyterne, fordi man vil kunne ha flere løpende, uformelle treffpunkter. Vi har sett Mintzbergs påpekning av at samordning ved nettverk og gjensidig tilpasning fungerer best i små organisasjoner, med mulighet for uformelle treffpunkter (Mintzberg 1979) Tilsynsinformantens eksempel, at man kan sitte på den samme gangen og rope til hverandre, når man trenger hjelp fra andre tjenester, gir en god illustrasjon; det nytter nok ikke å rope til hverandre i såpass store organisasjoner som de samlede helse- og sosiale tjenester, og dels oppveksttjenestene, vil være i en by eller bydel av Åsanes størrelse.

Dernest vil det *spesielle* nettverket man trenger i *den enkelte* klientsak, ha en kortere vei opp til det nivået som har myndighet, og dermed kan ta avgjørelsen i ressurs spørsmål som dukker opp, som de hele tiden vil gjøre, i denne type saker, enn man vil ha i både store og små bydeler i Bergen.

Spørsmålet om nettverk vs hierarki, vil kunne ha en nær sammenheng med problemstillingen med at den horisontale samhandlingen i nettverket rundt den enkelte bruker, møter den vertikale ansvarslinjen som er i den enkelte tjeneste. Dette vil ofte utkrystallisere seg i spørsmålet om *hvilke fullmakter* den enkelte deltaker i gruppen har med seg fra sin fagavdeling; jo mer fullmakter, jo mer får gruppen gjort, jo mindre fullmakter, jo mer stillstand i gruppen⁶⁴.

Brukers kommentar om ansvarsgruppemøtene som ”hvordan har vi hatt det siden sist- møter” kan kanskje være en treffende kommentar; hvis gruppen mangler fullmakter, blir det lettest å snakke om fortiden, enn å fokusere på oppgavene fremover (Intervju Åsane 4/5-07).

⁶⁴ Jeg har tillatt meg å trekke på erfaring fra tverretatlig prøveprosjekt i Årstad bydel ”sats-prosjekt” mellom daværende aetat, trygd og sosialtjenesten, hvor man fikk tilbakevendende diskusjoner om hvilke fullmakter enkeltmedarbeidere hadde med seg fra sine moderavdelinger, inn i tverrfaglige team, hvor man skulle finne tiltak for folk med sammensatte behov. Prosjektet var styrt av hhv Arbeidsdirektoratet, Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedirektoratet (avsluttet des. 2005). En oppsummeringsrapport fra prosjektet er utgitt (SH-dir 2005c).

I forlengelsen av dette, kommer selve kjerneproblemet for koordinatoren, som vi for øvrig tydelig har fått dokumentert i intervjumaterialet, var en oppgave man ofte anså som kviafull, nemlig selve det å skulle koordinere horisontalt, men uten å ha fullmakter.

Koordinatoren, som er uten ressurser, og uten myndighet, er selve den personen som i størst grad står direkte i skjæringspunktet mellom de to samordningsformene, hierarki og nettverk, som vi ovenfor har vist til.

Det har nesten vært overraskende å se i hvilken grad både tjenesteytere og tilsynsinformanten har vektlagt betydningen av nettverk. Betydningen av å kjenne hverandre, betydningen av gjensidig faglig tillit og respekt, betydningen av nettverk og – formelle og uformelle – fora, hvor man kan treffe hverandre, både innad i kommunen, og mellom første- og andrelinjen.

Det går lettere hvis en kjenner hverandre, og har samhandlet med godt resultat tidligere, husker vi bl a at informant fra andrelinjen sa, som i sitt virke var avhengig av å samhandle med mange kommuner, og mange bydeler (Intervju 8/3-07).

Vi har også sett tilsynsinformanten fremheve at hvis det fungerer, så kan det ofte bli bra i de små kommunene fordi samhandlingen fungerer mye enklere i små forhold, ved at de ofte sitter på samme gangen, og kan treffes uformelt.

Informanter fra Åsane – som jo er en stor bydel – påpekte nødvendigheten av å ha uformelle fora hvor en kunne treffes og bli kjent – *på små steder kan dette kanskje gå av seg selv, men i store bydeler/kommuner må dette organiseres*, som en av informantene fra tjenestene i Åsane sa det.

Dette siste tror jeg blir et vesentlig poeng for om denne arbeidsformen skal kunne lykkes; en må organisere nettverk i de store kommuner, og i de store bydeler (alle bydelene i Bergen vil i den sammenheng være som store kommuner ellers, selv om den største bydelen, Åsane, er mer enn tre ganger så stor som den minste, som er Arna). Men jeg tror dette poenget med at nettverkene må organiseres, blir viktigere og viktigere jo større organisasjonen, dvs bydelen, er. Og kanskje er det bl a her de store kommunene bør ha oppmerksomhet – å *ville prioritere* å bygge opp gode fagnettverk.

Det kan her skytes inn hva informant fra Åsane var inne på, nemlig at etablerte nettverk rives ned ved omorganiseringer, og at det tar tid å bygge slike nettverk opp igjen (Intervju 22/2-07).

6.1.4 Åsaners tverrfaglige utvalg – kollegialt organ uten myndighet

Vi har sett at Åsane i 2006 hadde etablert et sentralt nettverk, nemlig det tverrfaglige teamet som spesielt skal ta seg av å avklare koordinatorspørsmålet i de individuell plan sakene som

ikke blir løst på lavere nivå. Vi har sett at samtlige tjenesteinformanter fra bydelen har vist til dette teamets viktige rolle når det gjelder nettopp denne funksjonen. Det tverrfaglige teamet i Åsane kan karakteriseres som kollegialt organ uten myndighet. Erfaring fra forvaltningsforskning har vist at det kan være vanskelig for denne type organ å få til samordning. (Fimreite og Lægreid 2004). Hvordan løser dette kollegiale teamet sin oppgave? Mitt inntrykk var at der i bydelen var stor vilje til å bruke dette organet til å løse de sakene som ikke hadde funnet sin avklaring på lavere nivå. Da jeg begynte å intervju i bydelen, var dette organet ganske nytt (høsten 2006). Etter om lag ett års virketid (september 2007), syntes følgende problemstilling å ha utkrystallisert seg: det er vanskelig for dette teamet å avklare koordineringsspørsmålet i saker som gjelder barn, fordi det ofte vil være andre tjenester enn bydelens helsetjenester som var mest involvert med barnet, og derfor kjente barnet best. Dette gjaldt tjenester som ikke var pålagt å lage individuelle planer, og det var tjenester utenfor de avdelinger som var tilknyttet dette tverrfaglige teamet ⁶⁵.

Det syntes også vanskelig for dette teamet å ha innflytelse over koordinatorspørsmålet dersom det var andre tjenester enn de kommunale som var mest inne i saken, dvs hvis saken hørte hjemme både i førstelinjen og i andrelinjen. Når det gjaldt saker som berørte de tjenestene som var representert i dette teamet, er det mitt inntrykk at teamet fungerte godt, og fikk gjort jobben sin. Dermed kan et slikt kollegialt organ – dersom der er felles målsetting om å vektlegge det, hvilket jeg opplevde at var tilfellet – løse saker innen sine egne tjenester, selv om det ikke ledes av én felles leder med myndighet i linjen. Slike styringsmodeller kalles i blant for ”godværsmodeller”, dvs det går bra så lenge alle er enige og drar i samme retning. To spørsmål melder seg: Dersom der er reelle prioriteringsforskjeller mellom partene i gruppen, kan det være vanskelig å løse saken innen en slik modell. Dette leder frem til neste poeng: dette er kanskje ikke en robust nok styringsmodell når flere pressede avdelinger skal samhandle.

Åsanens tverrfaglige team var igangsatt etter initiativ fra bydelens helse- og sosialrådgiver. Vi så at både fastlege og kommunaldirektør pekte på helse- og sosialrådgiverens rolle for å avklare koordinatorspørsmålet i individuell plan saker. Jeg vil fremheve at den avgjørende forskjell mellom denne rådgiverrollen, sett i forhold til de tidligere helse- og sosialsjefene, nettopp er fraværet av myndighet. Fimreite og Lægreid (2004) karakteriserer forskjellen mellom den gamle sektororganiseringen, og den nye single purpose-modellen, er at de

⁶⁵ Tilleggsspørsmål om teamets erfaringer, besvart pr mail fra teamets leder, 24/9- 07

instanser som hadde en samordnende myndighet, er borte i den nye modellen. Jeg vil her føye til at også bydelsorganiseringens samordnende myndighet nå er borte.

Vi ser at det kan være vanskelig for et slikt kollegialt organ å løse saker som går ut over deres eget tjenesteområde, hvilket en kanskje heller ikke kan forvente. Spørsmålet blir hvilket nivå som tar fatt på *de* sakene?

Dette gjaldt prinsipielt to forskjellige problemstillinger;

dels saker der andre tjenester enn de som er pålagt å lage individuelle planer, var de tjenestene som var mest involvert i forhold til barnet. Her er Helsetilsynets forslag til departementet om å vurdere en utvidelse av bestemmelsen til også å omfatte disse tjenesteområdene interessant. Den andre typen saker gjaldt der hvor både tjenester i førstelinjen og andrelinjen er involvert; hvem skal avklare disse sakene? For igjen å knytte tråden tilbake til informant fra Haukeland Universitetssjukehus, som også her pekte på betydningen av å ha nettverk; det går lettere med de bydelene eller kommunene hvor vi kjenner folkene og har samarbeidet med godt resultat tidligere.

Oppsummert kan en si at nettverket – her forstått som Åsanes kollegiale organ, men også i mer generell forstand - blir et kompensierende tiltak, i forhold til hierarkiet, men det løser ikke alltid problemene. Nettverk kan karakteriseres som en ”godværsmodell”, dvs den kan fungere godt når alle parter har de samme prioriteringene, og drar i samme retning. Modellen kan – pga dens manglende myndighet, og dermed manglende mulighet til å skjære igjennom - komme til kort dersom der er prioriteringsforskjeller mellom de ulike involverte tjenestene, noe som særlig kan tenkes å skje hvis tjenestene generelt er presset.

6.2 Om reformperspektivet versus et institusjonelt perspektiv

Vi har i denne studien sett en betydelig opplevd avstand mellom intensjoner og realiteter, når det gjelder forvaltningens ansvar for å ivareta samordningen av tjenester til brukere med sammensatte behov. Denne avstanden uttrykkes kanskje aller mest presist når de pårørende fremhever viktigheten av å ha ressurssterke foreldre for å lykkes med samordning av tjenester.

Vi har sett lover, utredninger, forskrifter og veiledninger, som klart uttrykker intensjonen, og lovkravet, om forvaltningens plikt til å samordne, og se brukerens behov i en helhet.

Serigstad (2003) peker på den styringsoptimisme som preger offentlige dokument, og det offentlige ordskiftet, og den politiske kulturen⁶⁶. Ut fra det rasjonelt-instrumentelle

⁶⁶ Serigstad henviser til Olsen (1989)

perspektivet ses endring som resultat av bevisste og målrettede valg. Dette perspektivet er kjennetegnet av en forventning om sterk kobling mellom mål og resultat (Roness 1997).

Opp mot dette peker Brunsson og Olsen (1990) på muligheten for at reformer og endringer bare er løst koblet til hverandre; kanskje er det slik at det kan skje endringer som ikke er resultat av reformer, og at vi kan få reformforsøk som ikke leder til endring, spør Brunsson og Olsen.

Kan det være slik at man på det politiske nivå har en klippetrolle på reformer, mens man på det administrative nivå mye sterkere erfarer alle de institusjonelle hindre, som kan legge kjelker i veien for å få realisert de gode intensjoner?

Vi har i denne studien *i praksis* i større grad sett den løsere kobling mellom mål og resultater som kjennetegner de institusjonelle retningene, enn reformperspektivets tette kobling mellom mål og resultat. Reformperspektivet synes i første rekke å komme til uttrykk gjennom utredninger, forskrifter og lovtekster.

6.2.1 Betydningen av brukerens og/eller pårørendes personlige ressurser

Vi så at dette momentet var sentralt hos mine informanter, og vi har også sett at Helsetilsynet fremhever dette momentet sterkt.

Det ene åpenbare poenget, er at dette blir resultatet når forvaltningen ikke gjør sin del av den samordningsjobben de etter forskriften er forpliktet til. Når samordning er nødvendig ut fra brukerens behov, og dette ikke skjer fra forvaltningens side, tar brukeren eller foreldrene – dvs de som har ressurser og muligheter til det - affære, slik at brukeren kan nyttiggjøre seg de tjenestene han trenger; dvs brukeren, foreldrene, eller andre pårørende, påtar seg samordningsjobben. En skal være ganske ressurssterk for å mestre en slik jobb, hvis en attpå til sitter på utsiden av systemet.

Dette leder til det andre poenget, og det gjelder fordelingsvirkningen dette kan medføre. Dersom kvaliteten, og kanskje også omfanget, av de tjenester brukeren mottar avhenger av hvor ressurssterk familien er, vil vi kunne få en skjevfordeling, der ikke brukerens behov, men familiens evne til å trenge igjennom byråkratiet, kan bli utslagsgivende.

Samtidig blir det her viktig å vise til hva både pårørende og tjenesteytere har gitt uttrykk for; det kan løfte en bær fra foreldrenes skuldre, når en individuell plan er på plass, og fungerer. Dvs det er tidvis en opplevd realitet at forvaltningens samordning av sammensatte tjenester ved bruk av individuelle planer, faktisk fungerer, og fungerer godt. Sagt med andre ord:

Reformperspektivet blir i blant også en praktisk realitet: dvs at man oppnår det som er intensjonen med ordningen med samordning ved hjelp av individuelle planer. Igjen tilbake til informant fra andrelinjen:

”De aller fleste foreldrene synes det er bra med en individuell plan når de har fått prøvd det en stund, og ser at det fungerer (intervju 8/3-07)

Spørsmålet som melder seg, er hva som skal til, for at foreldre *oftere* opplever dette, og at foreldrene *raskere* opplever dette.

6.2.2 Viktigheten av sterk lederforankring for å lykkes

Her vil jeg vende tilbake til poenget med god lederforankring, som vi har sett at flere av informantene – både tjenesteytere, men også brukere – peke på viktigheten av. Særlig når man har valgt en fragmentert organisering uten samordnende ledd med myndighet, dvs en organisering som *ikke i seg selv* synes å oppmuntre til samordning, synes en god lederforankring av individuell plan-sakene å bli *desto viktigere*.

Jeg legger til grunn at arbeidet med individuelle planer kan ha en god mulighet for å gå seg til. Her kan jeg vise til de tjenesteinformanter jeg har intervjuet, både fra andrelinjen og fra førstelinjen. Jeg opplevde dem som gode fagfolk, som både *ønsker* å gjøre en god faglig jobb for brukere med sammensatte behov, og som *ser nødvendigheten av* å se brukerens behov i en helhet. Jeg vil også vise til mitt inntrykk, at koordineringen i *det tverrfaglige teamet* i Åsane, som var min intervjuarena for de fleste av de kommunale tjenesteyterne, til tross for opplevde utfordringer, syntes å være i ferd med å gå seg til, med de begrensninger som gikk på saker som involverte tjenester som de ikke hadde myndighet overfor.

Men særlig fordi den rådende organiseringsformen trekker i en annen retning, blir en reelt opplevd sterk lederforankring helt avgjørende for å lykkes. Sammen med en vilje til å prioritere å bygge opp gode faglige nettverk mellom tjenestene som trenger å samhandle, vurderer jeg en sterk lederforankring som avgjørende for oppnå en sterkere kobling mellom mål og resultat mhp forvaltningens samordning av tjenester overfor enkeltbrukere med komplekse behov.

7 Oppsummering og forslag til tiltak

7.1 Oppsummering av oppgaven

I denne case-studien har jeg undersøkt hvordan brukere og pårørende, tjenesteytere og tilsynsmyndigheten erfarer og vurderer ordningen med individuell plan, i fbm horisontal samordning (Gulick 1937, Mintzberg 1979) av tjenester til brukere med omfattende og sammensatte behov. Jeg har intervjuet 15 informanter fra Bergen, hvorav halvparten fra Åsane bydel, fordelt på fire brukere, ti tjenesteinformanter, og en tilsynsinformant, ved bruk av kvalitativ metode, gjennom åpne samtalebaserte intervjuer (Yin 1994, Andersen 2006). Informantene har pekt på betydelige utfordringer mhp hvordan slik samordning av tjenester erfares i praksis. Brukere har pekt på viktigheten av egne eller pårørendes ressurser for å lykkes. Tjenesteyterne har pekt på vegring og svarteperspill for å unngå koordinatoransvaret. Tjenesteytere har pekt på at koordinatorrollen oppleves som vanskelig, eksempelvis at det er vanskelig for en koordinator å ta opp at brukeren kan ha et hjelpebehov fra en annen tjeneste enn den koordinatoren selv kommer fra. Tjenesteytere har også pekt på viktigheten av faglige nettverk, og viktigheten av å kjenne de andre fagpersonene de skal samhandle med, for å lykkes med å samordne sammensatte hjelpebehov for enkeltbrukere. Brukere og tilsynsmyndigheten har pekt på viktigheten av at koordinatoransvaret får en klar ansvars plassering. Vi har sett at Åsane bydel hadde etablert et kollegialt organ, et tverrfaglig team, for å avklare koordinatorspørsmålet i de saker som ikke ble løst på lavere nivå, og vi har sett at samtlige tjenesteytere i denne bydelen vurderte dette som et viktig organ i denne sammenheng. Teamet syntes å fungere godt innenfor sitt ansvarsområde, men syntes å komme noe til kort dersom andre tjenester enn de som var inkludert i teamet, var tungt inne i sakene. Dette gjaldt særlig saker som omhandlet barn, der teamet savnet å kunne trekke oppvekstetaten mer inn. Det gjaldt også saker der andrelinjen var inne; teamet ønsket at tjenester fra andrelinjen da kunne bli trukket sterkere inn i koordineringen, men hadde ingen myndighet eller innflytelse til å få dette til. Vi har sett at tjenesteytere fra andrelinjen har pekt på viktigheten av at ansvaret for individuelle planer ble klart plassert, og at de påpekte at det er lettere å få til en god samhandling overfor de kommunale tjenestene når de kjenner fagpersonene der, og har samhandlet med godt resultat tidligere. Vi har sett at foreldre og tjenesteytere fremhever at det kan løfte en bør fra foreldrenes skuldre når individuelle planer er på plass og fungerer.

Jeg har også trukket inn to tilsynsrapporter fra Statens Helsetilsyn (Helsetilsynet 2006/3 og 2007/4), som oppsummerer to landsomfattende tilsyn med samordning av tjenester til hhv voksne brukere, og barn, med omfattende og sammensatte hjelpebehov.

Disse to rapportene er til dels ganske kritiske til hvordan kommunene, og andrelinjen, ivaretar forvaltningens ansvar med koordinering av tjenester til brukere med sammensatte behov. Helsetilsynet påpekte at det i praksis ofte er brukerne og de pårørende selv som står for samordningen av tjenestene.

Jeg har i bakgrunnskapittelet redegjort for hvordan intensjonen om å se brukerens behov i en helhet, og intensjonen om å samordne tjenestetilbudet, kommer til uttrykk i utredninger, lovverk og forskrifter. Jeg har samtidig vist til at forvaltningen i stigende grad har fått en vertikalt fragmentert organisering, influert av New Public Management, med økende fokus på klar avgrensning av den enkelte tjeneste.

Jeg har i teorikapittelet tatt utgangspunkt i Gulick (1937) og Mintzbergs (1979) begreper om spesialisering og samordning, og jeg har særlig vektlagt følgende to samordningsmekanismer: byråkratiets hierarkiske samordning ved hjelp av standardisering, og vurdert dette mot nettverkets samordning ved hjelp av gjensidig tilpasning (Mintzberg 1979). Jeg la til grunn en antakelse om at nettverkets samordning ved gjensidig tilpasning, er en nødvendig forutsetning for å lykkes med den horisontale samordning som individuelle planer innebærer. Jeg har drøftet hvilke muligheter denne samarbeidsformen har for å lykkes, i et hierarkisk og stort byråkrati.

Jeg har drøftet studiens funn opp mot et reformperspektiv og et institusjonelt perspektiv.

Det institusjonelle perspektiv, med en løsere kobling mellom mål og resultat, synes å ha størst forklaringskraft når de praktiske empiriske funn skal vurderes. Der var en til dels betydelig avstand mellom målsettingen om forvaltningens ansvar for å samordne tjenester til brukere med sammensatte behov, og de pårørendes opplevelse av at det var viktig å ha ressurssterke foreldre, for å lykkes med en slik samordning av et sammensatt hjelpebehov. Slik sett synes reformperspektivet først og fremst å komme til uttrykk i utredninger og lovverk, mer enn i det praktiske liv. Samtidig kan en se tegn på at dette kan gå seg til; uttrykt ved utsagn om at det løfter en bær fra foreldrenes skuldre, når en individuell plan er på plass og fungerer.

Gode nettverk og sterk lederforankring ble av informantene fremhevet som nødvendig for å kompensere for en fragmentert organisering, som - slik jeg vurderer det - ikke i seg selv oppmuntrer til å vektlegge horisontal samhandling i enkeltsaker.

7.2 Noen avsluttende kommentarer, samt forslag til tiltak

7.2.1 Om individuell plan og retten til tjenester

Vi har sett at brukerinformantene – og for øvrig også tilsynsinformanten – har hatt synspunkter på hvor ”levende” den individuelle planen var, *etter at den var laget*. Planen kunne oppleves å være ”bare et papir”, sa den ene av brukerinformantene, som påpekte det forhold at planen i seg selv ikke gir rett til tjenester, som jeg har redegjort for i bakgrunnskapittelet.

En annen av brukerinformantene viste til at de hadde fått gjennomslag for behovet for å få avlastning, når de i søknaden kunne vise til at dette var satt opp som et mål i den individuelle planen. Men, som denne informanten også sa: ”Vi er blitt grådige gode til å skrive søknader, etter hvert.” – Et poeng som kanskje igjen viser betydningen av foreldrenes ressurser, og hvor gode foreldrene er til å stå på – også etter at en individuell plan er på plass?

Sosial- og helsedirektoratets veileder (2005a:14) sier følgende:

Selv om planen i seg selv ikke utløser rettigheter, vil den være en viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes. Planen kan dermed bidra til å utløse nødvendige tjenester.

Mitt poeng med å berøre dette poenget her, er ikke å foreslå endringer, men kanskje å bidra til en bevisstgjøring om at planen har – eller bør ha – en bruksverdi etter at den er laget; om ikke planen i seg selv gir rett til tjenester, bør det kunne tillegges tyngde at et tiltak er vurdert som såpass viktig for brukeren at det er tatt med i den individuelle planen.

7.2.2 Bør flere tjenester omfattes av bestemmelsene om individuell plan?

Vi har sett at noen av informantene har trukket frem som ønskelig at flere lovverk var inkludert i bestemmelsene om individuell plan.

Barnehageloven, opplæringsloven og barnevernsloven, er de tre lovverk som ulike informanter har trukket frem.

Flere av informantene fra Åsane, som har en funksjon i forhold til bydelens tverrfaglige team, har pekt på at barnehage og skole bør trekkes tettere inn, fordi det er der barna oppholder seg, og at det ofte vil være disse tjenestene som kjenner barnet, og barnets behov best.

Jeg har tidligere vist til SKUR⁶⁷, og Statens Helsetilsyn, som begge anbefaler at ordningen med individuell plan blir utvidet til også å omfatte barnehage- og opplæringslovene.

⁶⁷ Statens kompetanse- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) er presentert i bakgrunnskapittelet.

Informanten fra Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk på Haukeland pekte på at sosialtjenesteloven nå er omfattet av bestemmelsene om individuell plan, men at dette etter denne informantens vurdering også burde gjelde for barnevernsloven.

Jeg tror man kanskje kan få en utilsiktet vegring, fra de tjenestene som nå ikke er pålagt å utarbeide individuelle planer.

Generelt når barn har sammensatte behov, vil barnehage og skole åpenbart være viktige arenaer, og medarbeiderne som er på disse arenaene vil ofte være de av tjenesteyterne som kjenner barnet best, noe også informanter fra Åsane bydel påpekte.

De barn som har behov for barnevernets tjenester, vil nesten alltid ha et sammensatt hjelpebehov, som det kan være behov for å koordinere.

Vi så at vår informant fra barnevernet så det som naturlig at barnevernet hadde ansvar for å koordinere de sakene der barnevernet hadde overtatt omsorgen for barnet.

Barnet kan imidlertid ha behov for barnevernets tjenester også i en viktig fase *før* barnevernet eventuelt overtar omsorgen i saken, og ikke minst i denne fasen vil en god koordinering i forhold til andre aktuelle tjenester som er, eller burde være, inne i saken, kunne ha stor betydning.

Jeg tror begge disse anbefalinger bør vurderes.

7.2.3 Nivå med myndighet mellom den enkelte tjeneste og byomfattende nivå?

Jeg har tidligere i oppgaven pekt på det forhold at prinsippet om kun å ha to nivåer, kan virke ulikt, eller få ulike følger, i små og store kommuner. En får i store kommuner både et stort kontrollspenn på det byomfattende nivået, og en får en betydelig avstand mellom de to nivåene, dvs mellom den enkelte tjeneste, og det neste beslutningsnivået, som er byomfattende. Imellom disse to nivåene har man innført et rådgivende ledd, uten myndighet i linjen, og et kollegialt organ, dvs et organ som ikke har en felles leder med myndighet i linjen. I den type saker som er tema i denne studien, som først og fremst krever en god samhandling mellom avdelinger, kan et slikt rådgivende ledd, og et slikt kollegialt organ, fungere forholdsvis godt dersom alle har samme prioritering, og alle drar i samme retning, som jeg ovenfor har kalt en godværsmodell, men det kan etter min vurdering vise seg å være for svakt hvis fagavdelingene, eksempelvis på grunn av stort sakspress, tidvis har ulike prioriteringer.

Vi så at informant fra tilsynsmyndigheten kommenterte de utfordringene som knytter seg til samordning av saker i tonivåmodellen, fordi man, sitat:

”-mangler den samordnende instansen som burde være der - - man begynner å se på andre muligheter, at de trenger en organisering som mer samler.” (intervju 22/3-07) (sitatet er bredere presentert s 64)

Da er det min vurdering at man bør ha en arena – med myndighet – som avklarer koordinatorspørsmålet, der dette ikke finner sin løsning på lavere nivå. Denne arena må plasseres så lavt som mulig – jo høyere opp, jo større kapasitetsproblem vil man få. Vurdert ut fra samordningsbehovet man kan ha i saker der brukere har sammensatte behov, vil jeg hevde at det kan være relevant å vurdere å gjeninnføre et nivå med myndighet mellom den enkelte tjeneste og det byomfattende nivået.

7.2.4 Tiltak for å styrke koordinatorrollen

Man bør vurdere å gi koordinatorrollen mer tyngde, dvs myndighet – selv om jeg ser problemstillingen med at denne rolle går på tvers av styringslinjene, og at man ved å gi denne rollen en formell myndighet, veldig lett havner i det Gulick og Mintzberg benevner som problemet med dobbel ledelsesstruktur, dvs man bryter med prinsippet om enhetlig ledelse (Mintzberg 1979:169). Vi så Gulick kommentere dette problemet slik:

From the earliest times it has been recognized that nothing but confusion arises under multiple command (Gulick 1937:9).

Noe som prinsipielt vil være lettere, og som vil gi denne rollen i hvert fall mer prestisje og tyngde, om ikke direkte myndighet på tvers av linjen, er å vurdere å la det følge ressurser med koordineringsjobben. Dette blir i sær viktig dersom man i større grad går over til ”penger-følger-vedtaket” finansiering av tjenestene; da blir det enda mer sårbart dersom der ikke følger ressurser med koordineringsjobben. Men den grad av vegring som informanter i denne case har beskrevet, som skriver seg fra tjenester hvor man i hvert fall på intervjudispunktet ennå ikke fullt ut hadde innført ”penger-følger-vedtaket-system”, tilsier etter min vurdering en sterk nok grunn til generelt å vurdere å la det følge ressurser med koordineringsjobben uavhengig av hvilket finansieringssystem en for øvrig har av tjenestene.

7.2.5 En sluttkommentar

Oppsummeringsvis vender jeg tilbake til Brunsson og Olsen (1990), og deres poeng; at man ved å forstå de institusjonelle begrensninger, lettere kan realisere reformmålet.

Nettverk blir det kompensierende tiltak; der dette fungerer, kan man få gode resultater på tross av en fragmentert organisering.

Man har laget en godværsmodell som fungerer hvis alle er enige, og alle har de samme prioriteringene.

Man trenger noen arenaer med myndighet som kan skjære igjennom, når godværsmodellen kommer til kort.

Når man har gått fra en samlende til en mer oppdelt styringsmodell – enten en tar utgangspunkt i gammel sektormodell eller geografisk basert modell – har man gjort det vanskeligere for seg mhp muligheten til å finne samlende løsninger i saker der mange fragmenterte tjenester er inne. Sterk lederforankring, som vi har sett informanter påpeke viktigheten av, vil jeg hevde blir desto viktigere, når tjenestene er mer fragmentert, for å prøve å sikre felles prioriteringer av denne type saker, så langt som mulig.

Man bør vurdere å gi koordinatorrollen mer tyngde, dvs myndighet – selv om jeg ser problemstillingen med at denne rolle går på tvers av styringslinjene.

Noe som prinsipielt vil være lettere, er å vurdere å la det følge ressurser med koordineringsoppgaven.

Litteraturliste

- Andersen (2006): Aktiv informantintervjuing, i *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 3/2006
- Andersson, Ose, Pettersen, Røhme, Sitter, Ådnes:
Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge 10-20 STF78 A055025, SINTEF Helses Åpne rapporter, 2005
- Baldersheim, Bernt, Kleven og Rattsø (red) (1997): *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*, Tano Aschehoug
- Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?* Sosial- og helsedirektoratet, 2005 (SH-dir 2005b)
- Berg, Opdahl Mo, Hugaas Molden (2006): *Evaluering av barnevernforsøket i Trondheim*, NTNU 2006
- Brunsson og Olsen: *Kan organisationsformer væljas?* i Brunsson og Olsen (red) (1990): *Makten att reformera*, Carlssons
- Alan Bryman: *Research Methods and Organization Studies*, Routledge, 1989
- Burrage, Jarausch and Siegrist (1990): *An actor-based framework for the study of the professions*” i Burrage and Torstendahl: *Professions in Theory and History*, London, Sage
- Christensen and Lægreid (2007): *The Challenge of Coordination in Central Government Organizations*. Paper presented at EGPA Conference, Madrid, Sep 2007
- Christensen; Fimreite, Lægreid (2006): *Reform of the employment and welfare administrations – the challenges of co-ordinating diverse public organizations*, Paper presented at EGPA Conference, Milan, Sep. 2006
- Christensen and Lægreid (2002): *New Public Management: Puzzles of Democracy and the Influence of Citizens*
- Christensen og Lægreid (2001): *New Public management i norsk statsforvaltning, i Tranøy og Østerud (red): Den fragmenterte staten – reformer, makt, styring*, Gyldendal
- Christensen and Lægreid (2000): *New Public Management – The transformation of ideas and practice*, Ashgate
- Fimreite & Aars (2007): Tensions and cooperation in a Multilevel System: Integrating District Councils in City Government in Bergen. *Local Government Studies*, 5/2007, Routledge
- Fimreite, Flo; Selle og Tranvik (2007): Når sektorbandene slites – utfordringer for den norske velferdsmodellen. *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 1:2007
- Fimreite og Lægreid (2005): *Specialization and Coordination: Implications for Integration and Autonomy in a Multi-Level System*, Rokkansenteret, Working Paper 7:2005

Fimreite og Læg Reid (2004): *Statlig samordning, spesialisering og kommunalt selvstyre*, i NOU 2005:06: *Samspill og tillit*

Flo (2004): *Staten og sjølvstyret – Ideologiar og strategiar knytt til det lokale og regionale styringsverket etter 1900*. Dr.gradsavhandling, Historisk Institutt, Universitetet i Bergen

FOR 2004-12-23 nr. 1837: *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*

Froestad, Solvang og Söder (red) (2000): *Funksjonshemming, politikk og samfunn*, Gyldendal

Grønmo (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Fagbokforlaget

Gulick : *Notes on the Theory of Organization*, i:

Gulick and Urwick (ed) (1937): *Papers on the Science of Administration*, Kelly, New York

”Gylne øyeblikk”, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet 2005, om forsøksvirksomheten i Samordningsforsøket (SH-dir 2005d)

Halligan (2000): *The Process of Reform in the Era of Public Sector Transformation*, i: Christensen and Læg Reid (2000): *New Public Management – The transformation of ideas and practice*, Ashgate

Howlett and Ramesh (2003): *Studying Public Policy*, Canada, Oxford University Press

Individuell plan 2005 – Veileder til forskrift om individuell plan, Sosial- og helsedirektoratet, (SH-dir 2005a)

Individuell plan – personlig koordinator, delrapport 1, Kjennetegn og kriterier for god praksis. (mai 2006) Statens kompetanse- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)

LOV 2006-06-16 nr 20: *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)*

LOV 1992-07-17 nr 100: *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*

LOV 1982-11-19 nr 66: *Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)*

March and Olsen (2005): *Elaborating the “New Institutionalism”*, Arena, Working Paper

March and Olsen (2004): *The logic of appropriateness*, Arena, Working Paper

Mintzberg (1988): *The Structuring of Organizations*, in Quinn, Mintzberg and James (ed) *The Strategy Process*, Prentice Hall

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015), (SH-dir 2005c)

- NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff-utvalget)
- NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene - Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester* (Bernt-utvalget)
- NOU 2004:13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning – Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver* (Rattsø-utvalget)
- NOU 2000:22 *Oppgavefordelingsutvalgets innstilling*, kap 5 og kap 7
- NOU 2000:12 *Barnevernet i Norge, Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*
- Olsen (2005): *Maybe it is time to rediscover bureaucracy?* Working Paper 10, 2005.
- Peters (2003): *The Capacity to Coordinate*, Paper presented at the workshop on Policy Capacity, Hong Kong
- Peters (1998): “Managing Horizontal Government” *Public Administration*, 76:295-311
- Powell and DiMaggio (1991): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*
- Roness (1997): *Organisasjonsendringar: teoriar og strategiar for studier av endringsprosessar*, Fagbokforlaget
- Rundskriv I – 1/93 *Lov om sosiale tjenester, m.v., utgitt av Sosialdepartementet 1992*
- Røvik (1998): *Moderne organisasjoner – trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet* Fagbokforlaget
- Scott (2003): *Organizations – Rational, Natural, and Open Systems*, 5. ed., Prentice Hall
- Scott (2001): *Institutions and Organizations*, 2.ed., Sage
- Selznick (1997): *Lederskap*, Tano Aschehoug (opprinnelig utgave Selznick 1957: *Leadership in Administration*, Harper and Row, New York)
- Serigstad (2003): *Samordning og samfunnstryggleik – ein studie av omorganiseringa av den sentrale tryggleiks- og beredskapsforvaltninga i Noreg i perioden 1999-2002*, Rokkanrapport 16/2003
- Silverman (2001): *Interpreting Qualitative Data*, 2. ed.
- St meld 14 (2002-2003) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*
- Statens Helsetilsyn Rapport 4/2007, *Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn. Landsomfattande tilsyn 2006 med habiliteringstenester til barn* (Helsetilsynet 2007/4)
- Statens Helsetilsyn Rapport 3/2006, *”En oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og*

sammensatte behov for tjenester – Et stykkevis og delt tjenestetilbud?”(Helsetilsynet 2006/3)

Statens Helsetilsyn, *Tilsynsmelding 2005*

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*

St. meld. nr. 14 (2002-2003) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*

St. meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*

St. meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*

St. meld. nr. 35 (1994-95) *Velferdsmeldinga*

Weber (1997): *Makt og byråkrati*, Gyldendal. Opprinnelig utgitt 1922

Yin (1994): *Case study research – design and methods*, 2nd edition, Sage

Zey (1998): *Rational choice theory and organizational theory: a critique*, Sage

Åmot (2005): *Møtet med hjelpeapparatet – Foreldres opplevelse av hva som er et godt hjelpeapparat*. Hovedoppgave i spesialpedagogikk ved Institutt for spesialpedagogikk, UiO

Vedlegg 1 Hvem har jeg intervjuet?

Alle intervjuene bortsett fra ett er gjort individuelt. 2 personer er intervjuet sammen, det gjelder to brukerrepresentanter fra paraplyorganisasjonen Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) i Bergen.

Informantene kan deles inn i 3 ulike kategorier; brukere – tjenesteytere - tilsynsmyndigheten:

Kategori 1 - brukere:

brukerorganisasjoner i Bergen/Hordaland:

Brukerinformant 1 og 2:

Jeg har et dobbeltintervju med to brukerrepresentanter fra FFO Bergen, valgt ut av organisasjonen selv. Disse informantene representerer hhv cerebral parese-foreningen og epilepsiforeningen, i tillegg til at de er aktive ”sentralt” i FFO i Bergen. De er begge selv også pårørende til personer med hjelpebehov, i tillegg til at de formidler erfaringer på en bredere basis, fra medlemmene i sine organisasjoner.

brukere/pårørende i Bergen:

Brukerinformant 3:

Mor til et barn (16 år) med medfødt sammensatt hjelpebehov, dette er en person jeg selv har kjennskap til, og som jeg har spurt om å medvirke. Denne informanten bor i en annen bydel.

Brukerinformant 4:

Den neste informanten i denne gruppen er valgt ut av Åsane bydel, innen helse og sosial. Dette er en voksen person som selv er bruker. Informanten har i dag har individuell plan og mottar hjelp fra flere tjenester, både fra første- og andrelinjetjenesten. Informanten har også selv i sitt tidligere yrkesaktive liv arbeidet med samordningsspørsmål innen helse- og sosialfeltet, i fbm utvikling av rehabiliteringsplaner og individuelle planer. Av de fire brukerinformantene har dermed tre av dem erfaring som pårørende til *barn* med hjelpebehov, og den fjerde representerer erfaring som *voksen* bruker.

Kategori 2 - tjenesteytere:

5 ledere/tjenesteytere på kommunalt tjenestenivå innen helse og sosial, samt 1 tjenesteyter fra oppvekst (PPT) i Åsane bydel, tjenesteinformant 1 - 6:

Flg. tjenestefelt er representert: fysio/ergoterapitjenesten (2), forvaltningsenheten (1), pedagogisk-psykologisk tjeneste (1), psykiaritjenesten (1) samt barnevernstjenesten (1).

De 6 informantene jeg har intervjuet i Åsane bydel, har jeg valgt ut blant medarbeidere og ledere bydelens helse- og sosialrådgiver har trukket frem som relevante. Den ene av disse informantene har også erfaring som pårørende, ved at informanten har et barn med sammensatt hjelpebehov.

Uten at dette var ”en del av bestillingen”, har bydelen dermed gitt meg to informanter som har erfaring med samordning *både* som bruker/pårørende, og gjennom sitt nåværende eller tidligere arbeid. Dette vurderer jeg som positivt, i det det gir en økt bredde til deres vurderinger, noe som er interessant når jeg har søkt å få et strategisk utvalg av informanter.

1 administrativ leder (kommunaldirektør) med ansvar for helse og sosiale tjenester på bynivå i Bergen kommune (tjenesteinformant 7)

Denne informanten har jeg selv spurt, ut fra at det vil være nyttig å få presentert vurderinger og synspunkter fra det nivået som har det administrative ansvar på kommunenivå for en rekke av de involverte tjenestene.

1 fastlege/tidligere bydelsoverlege, (tjenesteinformant 8)

Denne informanten har jeg selv spurt, ut fra at jeg visste at han har jobbet og jobber med individuelle planer, samt at hans erfaring som tidligere bydelsoverlege også var interessant i denne sammenheng.

2 ansatte/tjenesteytere innen spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt barne- og ungdomspsykiatrien. En av disse er fra ett av de barne- og ungdomspsykiatriske team i Bergen (BUP Sentrum/Årstad/Askøy). Den andre er fra barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk ved Haukeland Universitetssjukehus. (tjenesteinformant 9 og 10)

Informantene fra spesialisthelsetjenesten har jeg ”fått” fra Helse Bergen.

Kategori 3- tilsynsmyndigheten:

1 informant fra tilsynsmyndigheten, Fylkesmannen i Hordaland. Informanten fra Fylkesmannen har jeg selv spurt, ut fra hans erfaring med tilsyn, både innen tilsynsystemet samordning, samt andre tilsynsystema, i en rekke kommuner innen Fylkesmannen i Hordalands tilsynsområde.

Dette utgjør i alt 15 informanter. To av intervjuene er gjort sept 06, de øvrige 12 er gjort i perioden februar – mai 07. Brukerinformant 3 og 4 er intervjuet i sine hjem, de øvrige er intervjuet på sine kontorer.

Vedlegg 2 Forkortelser

Jeg har prøvet å redusere bruken av forkortelser, men ser det har vært vanskelig å unngå det helt.

Jeg har tilstrebet å forklare forkortelsene første gang de oppstår i teksten.

BUP barne- og ungdomspsykiatrisk team, som arbeider poliklinisk ute i bydelene.
Bergen har ca 3 slike team, som hver dekker flere bydeler, og etter hvert også inkluderer noen omegnskommuner

BUPA er en betegnelse som jeg tror jeg har unngått i teksten, men som tidvis brukes om barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk på Haukeland Universitetssjukehus

IP individuell plan

PPT pedagogisk psykologisk tjeneste

SKUR Statens kompetanse- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering

