

UNIVERSITETET I BERGEN  
*Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap*

AORG 350  
Masteroppgave

## **Samhandlingsreformen og kommunen**

**Størrelse teller, planlegging avgjør**

---

**Thea Sofie Jåsund Grastveit**

**Høst 2016**



# **Samhandlingsreformen og kommunen**

## **Størrelse teller, planlegging avgjør**

Thea Sofie Jåsund Grastveit

Høst 2016



## Sammendrag

Oppgavedelingen mellom de norske forvaltningsnivåene på helse- og omsorgsfeltet har vært i stadig utvikling. Den generelle tendensen har vært i retning av kommunen har fått stadig utvidet ansvar og stadig flere oppgaver. Det seneste eksempelet på en slik utvidelse av oppgaver og ansvar var Samhandlingsreformen av 2012. Denne reformen kom som et svar på det som ble opplevd som et stadig mer fragmentert norsk helse- og omsorgsapparat. Målet med reformen var å opprette en klarere oppgave- og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, mellom kommune og stat, for å bedre utnytte potensialet som lå i hvert av de respektive forvaltningsnivåene. Denne klarere arbeidsdelingen, kombinert med klarerer avtaleverk mellom aktørene, skulle være en løsning på en rekke utfordringer blant annet knyttet til en stadig eldre og sykere befolkning, flere kroniske og sammensatte sykdomsbilder, manglende samhandling og oppfattet dobbeltarbeid mellom forvaltningsnivåene. Et av hovedgrepene i reformen var å etablere en ”ny fremtidig kommunerolle”, hvor kommunen fikk et økt ansvar for helse- og omsorgstjenester. Et sentralt utgangspunkt for denne oppgaven er å studere kommunen som geografisk avgrenset område, politisk enhet, tjenestetilbyder og del av nasjonalstaten, og vurdere hvilke forutsetninger som er av betydning for kommunens evne til å tilby helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Problemstillingen for oppgaven er *Hvilke faktorer og forhold er relevante for hvordan kommuner er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører?* Dette ses i lys av den pågående debatten om kommunestruktur og kommunestørrelse. Det teoretiske utgangspunktet for denne oppgaven er Dahl og Tuftes klassiske teori om systemkapasitet og borgereffektivitet, og denne holdes opp mot problemløsningskapasitet, slik det fremstilles av Lodge og Wegrich. Hensikten med dette er forsøksvis å si noe om hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte, kommunestørrelse synes å påvirke kommunens evne til å tilby tjenester. Ut over dette har oppgaven en eksplorerende tilnærming, og undersøker hvorvidt det er andre faktorer som synes å være av betydning for denne evnen og muligheten. Det er valgt ut to casekommuner, Eigersund og Sokndal kommune, som skal belyse denne problemstillingen. De to kommunene er valgt på bakgrunn av at det er relativt like på mange faktorer, men er av ulik størrelse. Ved å velge disse kommunene tenkes det at man kan undersøke effekten kommunestørrelse har på en kommunes evne til å ivareta stadig økende oppgaver og ansvar.

## Forord

Masteroppgaven min er ferdig. I den forbindelse har jeg mange jeg må takke.

Først vil jeg rette en stor takk til min veileder Kari Tove Elvbakken for alle gode innspill, hjelp, konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntring. Takk for at du har vært tålmodig med meg og vært villig til å tilpasse deg min stadig skiftende, og tidvis kaotiske, hverdag. Jeg vil også takke deltakerne i forskningsgruppen Politisk organisering og flernivåstyring, under kyndig ledelse av Per Lægreid. Takk for gode tilbakemeldinger underveis i prosessen og for et interessant og konstruktivt læringsmiljø.

Videre vil jeg rette en takk til mine informanter. Dere var engasjerte, åpne og interesserte. Denne oppgaven ville vært betraktelig tynnere om det ikke hadde vært for deres bidrag. Takk for at dere delte av villig av deres innsikt og kunnskap. Bidragene har vært uvurderlige.

Til slutt vil jeg takke folkene mine for at dere har vært villige til å forbli i min umiddelbare nærhet underveis i denne prosessen. Det har nok ikke alltid vært like gøy eller givende for dere, men det har gjort hverdagen min betraktelig lysere, morsommere og mer innholdsrik. Dere har utgjort hele forskjellen.

Thea Sofie Jåsund Grastveit

Oslo, 01.12.16

## Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 - Innledning .....	1
1.1 Problemstilling, forutsetninger og avgrensninger .....	4
1.2 Samhandlingsreformens bakgrunn og innhold .....	8
1.3 Oppgavens oppbygning .....	10
Kapittel 2 - Flernivåstyring .....	12
2.1 Forholdet mellom stat og kommune .....	12
2.2 Spenninger i feltet mellom stat og kommune .....	15
2.3 Reformen i helse- og omsorgssektoren .....	18
2.4 Nå-situasjonen .....	21
Kapittel 3 - Teoretisk utgangspunkt .....	24
3.1 Den norske kommunen .....	25
3.2 Kommunestørrelse .....	30
3.3 Systemkapasitet og borgereffektivitet .....	33
3.4 Administrativ problemløsningskapasitet .....	36
3.5 Oppsummering .....	39
Kapittel 4 - Metode .....	41
4.1 Metodologisk tilnærming .....	41
4.2. Casestudier .....	42
4.3 Dokumentanalyse .....	54
4.4 Kvalitative intervju .....	57
4.5 Talldata .....	59
4.6 Datakvalitet .....	60
Kapittel 5 - Samhandlingsreformen .....	62
5.1 Innhold .....	62
5.2 Oppgavedeling mellom helseforetak og kommuner .....	65
5.3 Tiltak .....	69
5.4 Utfordringer for kommunene .....	73
5.5 Implikasjoner for denne oppgaven .....	75
Kapittel 6 – Empiriske funn .....	78
6.1 Kommunen som geografisk område .....	78
6.2 Kommunen som politisk arena .....	87
6.3 Kommunen som tjenestetilbyder .....	94

6.4 Kommunen som del av nasjonalstaten .....	103
6.5 Avhengig variabel .....	105
6.6 Oppsummering .....	108
Kapittel 7 – Analyse av sentrale empiriske funn.....	110
7.1 Kommunestørrelse og systemkapasitet .....	110
7.2 Kommunestørrelse og problemløsningskapasitet.....	113
7.3 Relevante faktorer og forhold .....	115
7.4 Refleksjoner .....	117
7.5 Videre forskning.....	118
Kilder.....	120
Litteratur.....	120
Stortingsmeldinger og lover .....	122
Internettkilder .....	122
Appendiks.....	124
1. Intervjuguide .....	124
2. Nøkkeltall kommunalt og nasjonalt nivå .....	127
3. Organisasjonskart Eigersund kommune.....	131





## Kapittel 1 - Innledning

Samhandlingsreformen regnes av flere som en av de største reformene i norsk helse- og omsorgssektor de siste tiår. Reformen ble introdusert med Stortingsmelding 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid” (heretter omtalt som stortingsmeldingen) og trådte i kraft 01.01.12. Den har som uttrykt mål ”å sikre en framtidig helse- og omsorgssektor som både svarer på pasientenes behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene” (St. Meld 47 (2008-2009), s. 14). Dermed skal den stå som svar på det som av flere omtales som et stadig mer fragmentert og ineffektivt helse- og omsorgsapparat. Stortingsmeldingen fremmer videre at ”lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, fortsatt skal være bærebjelken i den norske velferdsmodellen” (ibid.). Reformen prøver med dette å svare på en rekke utfordringer, samtidig som den søker å ivareta lik tilgang til gode og likeverdige tjenester for alle landets innbyggere. Samhandlingsreformen kommer en av de siste i en lang rekke omlegginger og endringer i helse- og omsorgssektoren og følger eksempelvis fastlegeordningen og etableringen av de regionale helseforetakene i 2002.

Norske helse- og omsorgstjenester er i all hovedsak offentlige. Forvaltningen av tjenestene er fordelt mellom forvaltningsnivå, og delt i to adskilte beslutningslinjer. Staten, gjennom helseforetakene, har ansvar for spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten. I Norge omfatter primærhelsetjenestene allmennlegetjeneste, legevakt og akuttmedisinsk beredskap, forebyggende helsetjenester (0-20 år), jordmortjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie og sykehjem. I det norske forvaltningssystemet går det et skarpt skille mellom de to nivåene, og spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er regulert av hvert sitt lovverk og ulike styrings- og finansieringssystemer. Denne delingen av eierskap og ansvar er tenkt å tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de to forvaltningsnivåene. Samtidig kan dette skillet føre til at helse- og omsorgstjenestene har utfordringer knyttet til kontinuitet og helhet mellom de ulike forvaltningsnivåene. Ulike lovverk og styringssystemer kan vanskeliggjøre kommunikasjon og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Grimsmo m.fl. i Kassah m.fl., 2014, s. 3-4). Dette sistnevnte forholdet omtales i stortingsmeldingen som en sentral utfordring i det norske helse- og omsorgsapparatet, og reformen er ment som et

verktøy i å bøte på dette ved å innføre bedre premisser for helhetstenking om pasientforløp, heller enn en rekke enkelttjenester satt sammen.

Oppgave- og ansvarsdelingen i helse- og omsorgstjenestene har imidlertid ikke alltid vært som i dag. Fordelingen av oppgaver og ansvar mellom de norske forvaltningsnivåene har vært i stadig utvikling. En generell tendens de siste årene har imidlertid vært en vridning i retning av at kommunen har fått et stadig utvidet ansvar for helse- og omsorgstjenester. Samtidig er det skjedd en utvidelse av offentlige helse- og omsorgstjenester som sådan, og mange av disse nyopprettede helse- og omsorgstjenestene er tillagt kommunenivået. Kommunenes ansvar og oppgaver har med denne utviklingen økt både i omfang og kompleksitet. Denne utviklingen synes å være ytterligere drevet frem ved samhandlingsreformen. Et hovedelement i denne reformen er at kommunen tildeles ytterligere nye oppgaver. Reformen omtaler dette som en ”ny framtidig kommunerolle”, som medfører at kommunen blant annet får et større ansvar for eksempelvis forebygging av sykdommer og folkehelsearbeid (St. Meld 47 (2008-2009), s. 15).

Den norske kommunestrukturen er preget av mange og mange små kommuner, i et stort og langstrakt land. Denne strukturen fremheves i Stortingsmelding 47 (2008-2009), som en av grunnene for at kommunene ikke tidligere har fått en sterkere rolle for helse- og omsorgsoppgaver. Dette begrunnes ved å si at alle de små kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelige robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter (St.meld. 47 (2008-2009), s. 27). Kommunestørrelse omtales gjennomgående i stortingsmeldingen som et forhold som kan være problematisk for norsk forvaltningsapparat som helhet, og for kommunene selv. Samhandlingsreformen synes dermed ikke å kunne ses uavhengig av den pågående debatten om norsk kommunestruktur. Grunnlaget for den pågående strukturdebatten om norske kommuner er et oppfattet ønske om større administrative enheter, med bedre forutsetninger for å kunne tilby ressurstunge, omfattende og komplekse tjenester til sine innbyggere. Denne masteroppgaven må ses i sammenheng med disse argumentene. Det synes å ha vært en kontinuerlig overføring av velferdsstatens tjenester og oppgaver til kommunen, hvilket vil innebære en stadig større belastning for kommunens tjenesteapparat og for kommunen som tjenestetilbyder (Jacobsen 2009, s. 87).

Den norske kommunen er organisert etter generalistprinsippet. I dette ligger det at samtlige norske kommuner, uavhengig av størrelse og antall innbyggere, skal tilby samme spekter av

tjenester med, i prinsipp, samme kvalitet. Ut over dette står kommunene fritt til å organisere seg slik de selv ønsker. Dette bygger på en grunnleggende tanke om at kommuner selv kjenner lokale forhold og utfordringer best, og dermed er best egnet til å tilpasse seg dette. Det tenkes at kommunen har en naturlig nærhet til egne problemer, og at denne nærheten i seg selv er positiv for problemløsning. Dette brukes ofte som begrunnelse for å legge oppgaver til kommunalt nivå.

Videre har kommunene, i det norske systemet, flere ulike funksjoner. De kan betraktes som geografisk avgrenset område, som ledd av nasjonal forvaltning og dermed som del av nasjonalstaten, samtidig som de er egne politiske systemer og tjenestetilbydere til sine innbyggere (Jacobsen 2009, s. 45). Dette spennet av ulike funksjoner og oppgaver kan være en ytterligere utfordring for norske kommuner. I denne masteroppgaven fokuseres det primært på kommunen som tjenesteyter. Dette settes i sammenheng med den oppfattede generelle utviklingen i retning av at kommunen får ansvar for stadig flere oppgaver. En utvidelse av kommunens oppgaver og ansvar tenkes å være en utfordring for kommunen som tjenestetilbyder, da kommunen forpliktes til – og forventes å ivareta et stadig større spekter og omfang av tjenester (Rose, referert i Baldersheim og Smith, 2011, s. 15 og 110).

Denne masteroppgaven tar opp tema relatert til flere debatter: Hvordan ser trygge eller tilfredsstillende helse- og omsorgstjenester ut og, i forlengelse av dette, hvilket forvaltningsnivå egnet seg best til å ivareta helse- og omsorgstjenester? Videre, er den norske kommunestrukturen egnet til å ivareta mange, og stadig mer komplekse, tjenester? Et sentralt spørsmål for denne oppgaven blir dermed hvilke forutsetninger som må være på plass for at kommunen skal være egnet som tjenestetilbyder av helse- og omsorgstjenester, og kan små kommuner være like egnede som større? Oppgaven handler primært om samhandlingsreformen, men også om kommunestørrelse.

For å belyse dette er det valgt to kommuner. Det skal undersøkes hvordan samhandlingsreformen arter seg i disse to gitte casekommunene. De to er av ulik størrelse, hvor den ene er liten og den andre er mellomstor, og er valgt for å undersøke hva som synes å hemme og fremme samhandlingsreformen på kommunenivået. Dette gjøres forsøksvis for å si noe om hvorvidt eventuelle utfordringer kommunene møter synes å kunne kobles til kommunestørrelse, og vurdere hvorvidt kommunestørrelse er en relevant faktor for

kommunenes evne til å ivareta stadig utvidede oppgaver og ansvar for helse- og omsorgstjenester.

### 1.1 Problemstilling, forutsetninger og avgrensninger

I lys av disse overnevnte forholdene fremkommer det en rekke utfordringer og spørsmål som utgjør grunnlaget for denne oppgaven. Det første av disse spørsmålene er hvorvidt kommunen som tjenesteyter er i stand eller rustet til å ivareta nye helse- og omsorgstjenester. Er det kapasitet i kommuneapparatet til å ivareta et utvidet antall oppgaver på en forsvarlig og god måte? I forlengelse av dette, og gitt at det faktisk skjer en utvidelse av tjenestene en kommune skal tilby; hvilke kriterier må oppfylles i kommunen for at den skal være i stand til en slik utvidet ansvarsrolle?

På bakgrunn av dette er følgende problemstilling utformet:

*Hvilke faktorer og forhold er relevante for hvordan kommuner er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører?*

Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i forskning om kommunen som tjenestetilbyder og hvilke faktorer som er avgjørende for at kommunen som organisasjon og geografisk avgrenset område skal være i stand til å ivareta dette ansvaret. Det vil tas utgangspunkt i helse- og omsorgsadministrasjon i to casekommuner, og deres respektive innretning og organisering for å ivareta helse- og omsorgstjenester. Dette bygger på en antakelse om at faktorer og trekk ved kommunen vil prege kommunens administrative tjenesteapparat som igjen tenkes å påvirke kommunens evne til å ivareta helse- og omsorgstjenester. Det legges stor vekt på kommuneadministrasjonens rolle, med utgangspunkt i en antakelse om at dette er sentralt i enhver tjenestekjede. Denne antakelsen, og begrunnelsen for avgrensningen, omtales ytterligere i teorikapittelet.

Problemstillingen bygger på en rekke forutsetninger. For det første bygger det på en forutsetning om at samhandlingsreformen medfører en ”ny framtidig kommunerolle”. Denne rollen forutsettes å medføre nye oppgaver og ansvar for kommunen, og at disse kommer som en reell utvidelse av eksisterende oppgaver og ansvar, heller enn at disse erstatter andre eksisterende oppgaver. Dernest forutsettes det at kommunene er i stand til å ivareta disse nye oppgavene og ansvarene. *Hvordan* de ivaretar de nye oppgavene er imidlertid ikke gitt. Det er

dette som skal studeres; hvordan to gitte kommuner velger å ivareta de nye oppgavene og ansvarene de blir tilført. Det forutsettes at trekk ved kommunen, i form av faktorer og forhold, påvirker hvordan kommunen innretter seg for å ivareta de nye oppgavene og ansvarene.

Det tas utgangspunkt i teorier om størrelse på politiske systemer, og hvilke egenskaper som følger av systemstørrelse. Studien har en eksplorerende tilnærming, for å undersøke om trekk ved systemet, ut over størrelse, kan synes å være av betydning. Det antas at kommuner i ulik grad vil evne å ivareta nye oppgaver og ansvar, og at det er trekk ved kommunen som påvirker denne evnen. Hvilke trekk som påvirker, og på hvilken måte, vil studeres i fortsettelsen.

Det tas videre utgangspunkt i Dahl og Tuftes klassiske teori om borgereffektivitet og systemkapasitet fra boken "Size and democracy" fra 1973. Dahl og Tuftes omtaler borgereffektivitet og systemkapasitet som to dimensjoner av et velfungerende demokratisk system, som eksempelvis norske kommuner. De to elementene omtales ofte som en dikotomi, hvor de to er gjensidig utelukkende. Borgereffektivitet vil gå på bekostning av systemkapasitet, og motsatt. Systemkapasitet handler om et politisk systems mulighet og evne til å løse oppgaver og problemer som oppstår, mens borgereffektivitet handler om innbyggernes evne til å påvirke beslutninger. Det antas at store demokratiske enheter vil ha større systemkapasitet og mindre borgereffektivitet. På den andre siden gis det at jo mindre systemer er, desto mindre vil systemkapasiteten være. Borgereffektiviteten vil være motsatt, og være større jo mindre det politiske systemet er. Norske kommuner betraktes som demokratiske systemer, så Dahl og Tuftes grunnleggende tankegang og logikk tenkes å kunne overføres til norske kommuner. I det videre fokuseres det på kommuneadministrasjonen og kommunens helse- og omsorgssektors systemkapasitet, men med et primært fokus på kommuneadministrasjonen. Det antas at større kommuner har større systemkapasitet i sin administrasjon, og dermed bedre forutsetninger for å kunne utvide tjenestetilbudet sitt.

Videre suppleres denne klassiske teorien med nyere forskning om politiske systemers problemløsningskapasitet, slik det fremstilles av Lodge og Wegrich i "The Problem-Solving Capacity of the Modern State" fra 2014. Teorien omhandler styringsutfordringer i moderne politiske systemer, og administrativ kapasitet til å takle disse utfordringene. Lodge og Wegrich fremhever at det siste tiåret synes å være preget av en rekke betydelige kriser som har synliggjort begrensninger når det kommer til problemløsning i politisk-administrative

systemer. Videre viser de til at det finnes administrativ kapasitet i byråkratiske systemer til å løse slike problemer og håndtere dem når de oppstår. Denne kapasiteten er av betydning for at politiske systemer skal kunne driftes på en god måte. Lodge og Wegrich deler denne administrative kapasiteten inn i fire undergrupper: leveransekapasitet, koordineringskapasitet eller samordningskapasitet, regulerende kapasitet og analytisk kapasitet. Det antas at ulike politiske systemer har ulik grad og sammensetning av disse fire kapasitetene. De fire problemløsningskapasitetene brukes i denne oppgaven som en forståelsesramme for faktorer og forhold i kommunene.

Studien er videre avgrenset på fire måter. For det første er dette ikke en implementeringsoppgave og studien vil i svært liten grad benytte implementeringsteori. Oppgaven fokuserer heller på kommunens vedvarende rolle som tjenestetilbyder og dernest endringer i denne. Det kan tenkes at evne til å implementere er en av faktorene som kan være av betydning for kommunens evne til å tilby tjenester, og dette er inkludert som et spørsmål i intervjuene. Dette er likevel den eneste omtalen av implementering, selv om dette også kunne tenkes å være interessant. Studien er avgrenset i tid til tidsrommet mellom 2011 og 2014, altså året før samhandlingsreformen trådte i kraft og de tre påfølgende årene. Denne tidsavgrensningen er gjort for å studere forberedelse før ikrafttredelse og håndteringen av de nye oppgavene i tiden etter ikrafttredelsen, heller enn ikrafttredelsen i seg selv.

Dernest er studiet er begrenset til primærhelsetjenesten. Hovedfokus er somatiske tjenester, og rus og psykiatri er ikke inkludert i samme grad. Bakgrunnen for dette er at rus og psykiatri ofte organiseres ulikt, og at disse feltene har egne særskilte ordninger. Somatikk på den ene siden og rus og psykiatri på den andre blir imidlertid stadig mer overlappende, og mange benytter seg av tjenester fra begge tjenesteområder, så det er ikke en enkel og klar linje å trekke. I det følgende vil ”tjenesteapparatet” og ”kommunen som tjenesteyter” brukes i omtale av apparatet som tilbyr somatiske helse- og omsorgstjenester i kommunen. Tilbyderne av andre velferdstjenester som kommunen er ansvarlig for inkluderes ikke. Helse- og omsorgstjenester er en stor del av de samlede tjenestene kommunen tilbyr, men er ikke hele tjenestetilbudet totalt. Fokus er på kommunen som tilbyder av helse- og omsorgstjenester. Oppgaven tar høyde for at kommunen har store utfordringer på helse- og omsorgsfeltet, men samtidig sikre tjenester på andre områder. Det kan ikke trekkes klare eller enkle slutninger fra dette tjenesteområdet til andre.

Den tredje avgrensingen er at det i all hovedsak er det administrative nivået i kommunen som studeres, med de aktørene i kommunen som ansvarlige for å planlegge iverksettelsen av helse- og omsorgstjenestene, heller enn de som utøver oppgavene. Grunnlaget for dette er en antakelse om at det administrative nivået er av sentral betydning for tjenestetilbudet i en gitt kommune. Videre antas det at driftsnivået, som faktisk produserer tjenestene, er tilført nye ressurser tilsvarende tilveksten av nye oppgaver. Det forutsettes til en viss grad at kommunen kompenseres for økt ansvar med økte overføringer og finansieringsordninger som gjør dem i stand til å utføre oppgavene de er pålagt. Det antas videre at helse- og omsorgssektoren i kommunen har vokst i antall årsverk i takt med økte oppgaver. Dette er derfor ikke en studie av hvordan kommunen forvalter sine ressurser på helse- og omsorgsfeltet, men heller en studie av hvordan kommuner administrativt har innrettet seg for å ivareta stadig økende ansvar og arbeidsoppgaver, og en stadig større kommunal helse- og omsorgssektor.

Til sist er utgangspunktet for denne oppgaven den nåværende kommunestrukturen og eventuelle muligheter og begrensninger som følger denne. Det er en pågående debatt om potensialet i en endret kommunestruktur, og mange av argumentene i debatten om kommunestruktur bygger på en forutsetning om at denne vil bli endret. Denne oppgaven inkluderer ikke dette som en mulighet, men forholder seg til kommunestrukturen som den er per dags dato.

### **1.1.2 Casekommuner**

Gjennomgående tar denne masteroppgaven utgangspunkt i en tredelt kommuneinndeling: små, mellomstore og store kommuner. Dette er en enkel inndeling, men en inndeling som tilsvarende SSBs kommunestørrelseinndeling. SSB tar utgangspunkt i innbyggertall, med tre aggregerte størrelser: små kommuner er kommuner med inntil 5000 innbyggere, kommuner med mellom 5000 og 19 999 innbyggere regnes som mellomstore og kommuner med over 20 000 innbyggere regnes som store kommuner. De to kommunene som er valgt ut her plasserer seg godt innenfor rammene av hver sin kommunestørrelsegruppe.

For å besvare problemstillingen er det valgt to casekommuner. Disse to er valgt ut fordi de antas å være relativt like på de fleste faktorer og forhold, foruten kommunestørrelse.

Kommunene som er valgt er Sokndal og Eigersund kommune, to nabokommuner sør i Rogaland. Eigersund kommune er betraktelig større enn Sokndal, med hhv 14 600 og 3 400 innbyggere. Videre sokner i utgangspunktet begge kommunene Helse Stavanger HF. Sokndal



kommune har imidlertid også samarbeidsavtaler med Sørlandet sykehus HF, avdeling Flekkefjord. Det antas at disse to kommunene har relativt like forutsetninger for å ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester, ut over at den ene kommunen er større enn den andre. Det bli imidlertid bli undersøkt om kommunene så like som de tilsynelatende ser ut til å være. Ytterligere bakgrunn for caseseleksjonen og strategier for denne er omtalt i metodekapittelet, hvor de ulike trekkene ved kommunene som studeres også operasjonaliseres og begrunnes.

## **1.2 Samhandlingsreformens bakgrunn og innhold**

Stortingsmelding 47 (2008-2009) presenterte tre hovedutfordringer, som reformen søkte å løse. For det første var det problemer med at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvartes godt nok. Tjenesteapparatet var for fragmentert primært mellom nivåene vertikalt, men også horisontalt mellom tjenesteområder. Dette førte til at flere pasienter synes å bli kasteballer i systemet og falle mellom stoler. Særlig var dette en utfordring når det kom til kronisk syke, og pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Den andre utfordringen var at tjenestene var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det synes å være et fokus på behandling heller enn forebygging, også der sykdommene kunne vært forhindret og pleiebehov eliminert, eller i det minste utsatt. Den tredje hovedutfordringen var at det var en oppfattet demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som tenktes å kunne føre til samfunnsøkonomiske utfordringer. Den generelle befolkningen blir stadig eldre, og en stadig økende andel blir sykere. Også andelen kronisk syke og pasienter med sammensatte sykdomsbilder syntes å øke. Samhandlingsreformen skulle stå som en løsning på disse tre hovedutfordringene (St. meld 47 (2008-2009), s. 21).

Ved samhandlingsreformen ble kommunene gitt et utvidet ansvar. Fra ikrafttredelse i 2012 fikk kommunene ansvar for å sørge for sine innbyggers totale behov for helsetjenester, uavhengig av hvilket nivå tjenestene skulle tilbys på. Dette innebar at kommunene fikk ansvar for å ivareta helhetlige pasientforløp, også for de av kommunens innbyggere som mottok tjenester fra helseforetak. Kommunen fikk også økonomisk medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for denne endringen var at dette ville være et insentiv for kommunen til å satse på forebyggende arbeid og dermed spare kostnader ved sykehusbehandling.

En videre endring, som fulgte med samhandlingsreformen, var at skillet mellom de tradisjonelle helse- og sosialtjenestene ble visket ut. Historisk hadde de to vært to juridisk adskilte felt, knyttet opp mot to ulike lovverk, hhv. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Omsorgstjenester hadde vært omfattet av begge lovverk. Dette skillet ble imidlertid visket ut ved samhandlingsreformen. Her ble de to feltene samlet ved å slå de to lovverkene sammen til den nye "Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester". Helsetjenester, sosialomsorg og eldreomsorg ble med det samlet i ett felt, og kommunen hadde ansvaret for samtlige av disse oppgavene. Målet med dette var å få et endret fokus, slik at kommunene i større grad skulle tenke på helhetlige pasientforløp og forebygging, heller enn fragmentert behandling (St. meld 47 (2008-2009), s. 21).

Et viktig element med samhandlingsreformen var at kommunene ikke skulle bli tilført oppgaver, uten at de ble kompensert tilsvarende for den økte belastningen de nye oppgavene ville medføre. Reformen medførte dermed at statens overføringen til kommunene på helse- og omsorgsfeltet ble økt noe, og kommunene ble oppfordret til å forberede seg på reformen og de nye oppgavene og ansvarene den skulle medføre (ibid.).

De nye oppgavene og ansvaret som samhandlingsreformen medførte ble delt inn i to hovedkategorier: kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver. Disse to kategoriene tenkes å ivaretas av ulike deler av kommuneorganisasjonen, hvilket innebærer en forutsetning om at kommunen er i stand til å skille mellom de ulike typene oppgaver. De kompetansekrevende oppgavene var oppgaver som knyttes til tjenesteapparatet på driftsnivå, og som i noen grad knyttes til spesialisert kompetanse i denne delen av tjenesteytelsen. Administrasjons- og systemoppgaver er i større grad administrasjonstjenester, som tenkes å skape gode rammer for ivaretagelsen av de kompetansekrevende tjenestene. Samhandlingsreformen syntes dermed å vektlegge viktigheten av administrative tjenester på lik linje med kompetansekrevende oppgaver på driftsnivå. Dette stiller strenge krav til flere ledd av kommunen som tjenesteyter (St.meld 47 (2008-2009), s. 58)

Administrasjons- og systemarbeidet vurderes av stortingsmeldingen å være viktig for å sikre gode systemer og løfte fram utfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Det fremheves at det er sentralt å ha gode rammer for å kunne ivareta de kompetansekrevende oppgavene, og at utviklingen av disse dermed vil være avgjørende for tjenesteapparatet som helhet. Eksempler på administrasjons- og systemarbeid som tenkes å tillegges kommunen er helse

helseovervåking, folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver og samarbeid med avtaler (St.meld 47 (2008-2009), s. 58). Stortingsmeldingen vektlegger også videreutviklingen av tydelige og strukturelle ansvars- og styringssystemer for ”å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker og vil søke å styrke kommunene som en likeverdig samhandlingspartner til spesialisthelsetjenesten” (ibid.). De administrative tjenestene gis en nøkkelposisjon som støttefunksjon for tjenesteapparatet og de nye kompetansekrevende funksjonene. Administrasjons- og systemarbeidet fremheves som en viktig forutsetning for at kommunene skal kunne være i stand til å tilby gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og for at de skal kunne ivareta sitt nye ansvar og de nye oppgavene.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Denne oppgaven har totalt syv kapitler. Dette første kapitlet utgjør innledningskapitlet og har gjort rede for grunnleggende forhold og kontekst for oppgaven. Kapittel 2 og 3 skal ytterligere klargjøre oppgavens kontekst. I kapittel 2 omtales flernivåstyring i Norge og den historiske utviklingen av helse- og omsorgstjenester. Her omtales den historiske utviklingen i forholdet mellom stat og kommune, og utviklingen kommunerollen de siste tiår. Deretter presenteres organiseringen av norske helse- og omsorgstjenester fra etterkrigstiden frem til i dag.

Kapittel 3 redegjør for det teoretiske rammeverket. Her omtales teorier om den norske kommunen, og dens funksjon og rolle i norsk forvaltningsapparat. Videre omtales forskning om kommunestørrelse, med utgangspunkt i Dahl og Tuftes tradisjonelle teori om systemkapasitet og borgereffektivitet. Denne teorien suppleres med teori om administrativ problemløsningskapasitet, slik det fremstilles av Lodge og Wegrich. I dette kapitlet presenteres også sentrale perspektiver som vil benyttes videre i oppgaven.

I kapittel 4 presenteres det metodologiske grunnlaget, teori og studiens gjennomføring. Operasjonaliseringer av problemstillingen og begrunnelse for denne belyses i dette kapitlet. Her omtales også caseseleksjon og vurderinger gjort i forbindelse med denne.

Stortingsmelding 47 (2008-2009) er retningsgivende for denne masteroppgaven, og er undersøkt for å presisere tematikken i oppgaven, samt å gi retning for datainnsamling og teori.

Kapittel 5 er en presentasjon av samhandlingsreformens bakgrunn, innhold og utfordringer. Stortingsmelding 47 (2008-2009) er undersøkt og studert som politisk dokument og som plandokument. Funnene fra stortingsmeldingen er også brukt for å presisere hvilke utfordringer departementet og regjeringen skisserer at kommuner kan møte i forbindelse med økte oppgaver og ansvar. I dette kapitlet inkluderes andre datakilder, som plandokumenter for iverksettelse av samhandlingsreformen. Disse dokumentene i sum tenkes å utgjøre en sentral del av konteksten for oppgaven. Her presenteres det hvilke implikasjoner reformen tenkes å ha for kommuneleddet og kommunen som organisasjon, samt hvordan den tenkes å påvirke forholdet mellom stat og kommune.

I det nest siste kapitlet presenteres resultater og sentrale funn. Resultatene følger strukturen til operasjonaliseringen gjort i metodekapitlet. Her presenteres hvert element som tenkes å påvirke kommunens evne til å ivareta sitt ansvar for helse- og omsorgstjenester og hvordan de to casekommunene vurderes å oppfylle disse kriteriene. Resultatene analyseres og drøftes i kapittel 7. Her tas det opp implikasjoner samhandlingsreformen har for kommunene og disse drøftes opp mot utvalgte teoretiske bidrag.

## Kapittel 2 - Flernivåstyring

### 2.1 Forholdet mellom stat og kommune

Norsk politikk og forvaltning kan forstås og forklares innenfor rammene av det som ofte omtales som et politisk og administrativt flernivåsystem. Christensen m. fl. (2014) presenterer fire styringsnivåer: Det overnasjonale, det nasjonale, det regionale og det lokale nivået. Disse er representert ved hhv. store overstatlige eller internasjonale organisasjoner (som EU) på overnasjonalt nivå, staten som det nasjonale nivå, fylkeskommunen som regionalt og kommunene som det lokale nivået. Hver for seg, og sammen, utgjør disse nivåene både egne politiske enheter og administrative forvaltningsorgan som skal iverksette nasjonal og lokal politikk.

Christensen m. fl. understreker videre at makt- og oppgavefordelingen mellom de ulike forvaltningsnivåene i Norge er et gjennomgående og stadig tilbakevendende politisk tema. Debattene om makt- og oppgavefordeling er til en hver tid pågående, men det nasjonale nivået synes imidlertid å stå støtt og uten å bli reelt utfordret, hevder Christensen m. fl. (2014, s. 16). Det er en vedvarende debatt knyttet til hvilket forvaltningsnivå som skal tilby hvilke tjenester, og eventuelt i hvilket omfang. Denne oppgaven fokuserer primært på forholdet mellom nasjonalt og lokalt nivå, og forholdet mellom stat og kommune. Utgangspunktet for dette er at det er disse to nivåene som primært er ansvarlige for de norske helse- og omsorgstjenestene. Tidligere var også regionalt nivå sentralt, ved at sykehusene var fylkeskommunalt ansvar. Med sykehusreformen av 2002 ble imidlertid sykehusene overført til staten.

De norske kommunene har en flere ulike roller i det norske flernivåsystemet. Historisk sett har de ivaretatt rollen som lokale politiske systemer, altså organer eller instanser for lokal problemløsning. Samtidig har kommunene også ivaretatt en rekke oppgaver på vegne av det nasjonale fellesskapet. Dette er særlig gjeldende for velferdsoppgaver (Christensen m. fl., 2014, s. 136). Fimreite og Grindheim (2007) hevder at bakgrunnen for at disse ansvarsområdene er lagt til lokalt nivå er en vektlegging av situasjonsnærhet. Det vurderes med dette at kommuner, som lokal instans, har bedre kjennskap til lokale forhold og variasjoner og dermed også har bedre forutsetninger for å håndtere problemer lokalt. Fimreite og Grindheim hevder videre at det å bruke kommunen som iverksettingsorgan for statlig

virksomhet i de nordiske velferdsstatene har vært bevisste valg. Begrunnelsen for dette bygger på nettopp argumentasjon om situasjonsnærhet og lokal problemforståelse (Fimreite og Grindheim, 2007, s. 124). De vektlegger også at det er skjedd en økning i kommunale oppgaver som kobles sammen med ekspansjon i velferdsstaten. Velferdsstatsekspansjonen førte til oppgaver som tilfalt kommunen primært, heller enn statlige. Fimreite og Grindheim hevder at dette har ført til at kommunenivået er blitt styrket i flernivåsystemet, relativt til det nasjonale nivået, hvilket vurderes som en positiv utvikling for kommunenivået (ibid.). Det synes å være en iboende spenning mellom styringsnivåene, og det å bli styrket i forhold til de andre styringsnivåene vurderes dermed å være en positiv utvikling. Ekspansjon i kommunalt tjenesteapparat er dermed positivt for kommunen, med utgangspunkt i denne logikken.

Grønlie fremhever også spenningen mellom stat og kommune ved å studere forholdet mellom stat og kommune i historisk sammenheng. I sin omtale av dette trekker Grønlie frem at det tradisjonelt har vært et skille mellom to typer kommunale oppgaver: lovbestemte og frivillige. De lovbestemte oppgavene var (og er) oppgavene kommunene utfører på vegne av staten. De frivillige er oppgaver som blir tatt opp ut fra lokale ønsker og behov (Grønlie, 1991, s. 43). I det førstnevnte tilfellet fungerer kommunen som iverksetter av statlig politikk. Når det gjelder frivillige oppgaver har de større handlingsrom til å gjennomføre egne kommunale initiativ, ut fra rollen som lokale politiske enheter. Grønlie fremhever at kommunale oppgaver historisk sett primært har vært lokale initiativ, men at det har synes å være en vridning i retning av at flere og flere av kommunens oppgaver er gjort til lovpålagte oppgaver.

Grønlie hevder videre at denne utviklingen har skjedd ved at kommunene ofte har vært initiativtakere til en rekke oppgaver som staten senere har tatt interesse for. Staten har da overført ansvaret for gitte oppgaver til det statlige nivået, for å så igjen gjøre dem generelle og gjeldende for alle norske kommuner. Grønlie mener at det i flere sammenhenger har vært snakk om ”velferdskommuner” før ”velferdsstaten” ble etablert (Grønlie, 1991, s. 44). Videre trekker Grønlie på forskning fra Seip (1984) som fremhever følgende:

*”Ser en på den historiske utvikling, har forholdet hele tiden vært slik at staten etter hvert har tatt på seg flere og flere utgifter som opprinnelig ble båret av kommunen. Mange viktige reformer er tatt opp i det små av lokale organer og har så litt etter litt vunnet en så sterk stilling i folks bevissthet at det er blitt et alminnelig krav at alle*

*samfunnsmedlemmer skal nye godt av tiltaket*” (Seip, 1984, sitert i Grønlie, 1991, s. 44)

Grønlies arbeider er historiske studier av oppgavefordelingen mellom nasjonalt og kommunalt nivå. Med denne tilnærmingen som utgangspunkt forstår dermed Grønlie utvidelsen kommunale oppgaver, og overføring av oppgaver fra staten til kommunenivået, som en tilbakeføring av oppgaver som historisk sett allerede har vært kommunale (Grønlie, 1991, s. 44).

En tredje tilnærming til spørsmålet om ansvars- og oppgavefordelingen mellom stat og kommune fremmes av Sørensen (1995). Her knyttes til spørsmålet om oppgavedeling til hvilket nivå som best ivaretar innbyggernes behov. For å studere dette tas det utgangspunkt i to forhold: oppgavens ”viktighet” på den ene siden, og hvilket forvaltningsnivå som bør ivareta oppgaven på den andre. Sørensen knytter dermed oppgavers viktighet til hvilket politisk-administrativt nivå som bør ivareta oppgaven eller ansvaret. Han hevder at det at en oppgave er ”viktig” ikke er ensbetydende med at staten bør ha ansvaret for løsningen av oppgaven. Derimot mener han at noen oppgaver er så ”viktige” at de bør og skal ivaretas av lokale nivået og at det lokale nivået bør ha ressurser og handlefrihet til å løse oppgavene (Sørensen, 1995, s. 188). Sørensen bygger dette på en todelt begrunnelse: hensynet til nærhet på den ene siden og at statens styringskapasitet er begrenset på den andre. Nærhet handler her om at man synes å se at velgerinnflytelsen og den demokratiske kontrollen er mest effektiv på lokalplanet. Her er avstanden minst mellom innbyggerne og de folkevalgte. På bakgrunn av dette mener Sørensen at det vil være en styrke å legge oppgaver til kommunenivået (ibid.). Her kan det trekkes koblinger til Fimreite og Grindheims argument om nærhet til problemer og kunnskap om lokal problemløsning. Videre hevder Sørensen at statens styringskapasitet er begrenset og at dette medfører at det sentrale nivået ikke vil være i stand til å ivareta alle oppgaver. Det nasjonale nivået mangler nærhet til problemene, hvilket kan bidra til at informasjonsinnhenting, kontroll og beslutningstaking kan bli kostbart. Dette vil igjen føre til at det å legge flere oppgaver til nasjonalt nivå i noen tilfeller vil bli dyrt (Sørensen, 1995, s. 188). Ved å legge dette til grunn hevder Sørensen at kommunenivået vil være å foretrekke fremfor nasjonalt nivå, og en overføring av oppgaver fra nasjonalt til kommunalt nivå kan forsvares økonomisk.

Disse tre overnevnte bidragene fremstiller oppgavedelingen mellom stat og kommune fra tre ulike perspektiver. Fimreite og Grindheim synes å betrakte det som et strategisk og bevisst valg, hvor en utvidelse av oppgaver for kommuner vil innebære en styrket posisjon for kommunene relativt til staten. Grønlie studerer de historiske utviklingene i forholdet mellom de to nivåene, og synes å tilskrive utvikling i senere tid til utvikling som er skjedd tidligere og at tildeling av nye oppgaver til kommunene i stor grad er en tilbakeføring av oppgaver som tidligere har vært kommunale. Sørensens bidrag viser til, som en tredje forklaring, at oppgavedelingen er gjort ut fra bevisste vurderinger av oppgavens viktighet og de enkelte nivåenes evne til å ivareta gitte oppgave. De tre bidragene er skrevet på ulike tidspunkt, hvilket kan bidra til at perspektivene er ulike mellom dem.

## 2.2 Spenninger i feltet mellom stat og kommune

Flernivåstyring og et politisk flernivåsystem forutsetter at nivåene fungerer hver for seg, og at det er en klar oppgavedeling mellom dem kombinert med gode kommunikasjonskanaler på tvers av nivåene. Dette er forutsetninger for at flernivåstyring skal være velfungerende og hensiktsmessig. Hvorvidt disse forutsetningene innfris blir da et empirisk spørsmål. De overnevnte bidrag synes alle å bygge på at oppgavedelingen mellom nasjonalt og lokalt nivå er preget av spenning. Denne spenningen synes ytterligere å bli beskrevet, i det minste implisitt, som en pådriver for endringer i oppgavedelingen mellom dem, og for utviklingen av forvaltningsnivåene hver for seg.

Et eksempel på dette er Baldersheim og Smith (2011). De trekker frem et sitat fra arbeidet i Lokaldemokratikommisjonen (NOU 2005:6) som de mener er beskrivende for forholdet mellom stat og kommune:

*”Det er tegn som tyder på at samspillet (mellom stat og kommune) ikke fungerer og ofte settes på prøve. Representanter for statlige myndigheter hevder ofte at kommunene ikke utfører en oppgave tilfredsstillende, mens representanter for kommunesektoren viser til utilstrekkelige statlige økonomiske overføringer og manglende forståelse for kommunens situasjon” (NOU 2005:6)*

Baldersheim og Smith fremhever også, i sin omtale av forholdet mellom stat og kommune, at rendyrket lokalpolitikk ikke lenger finnes. Både nasjonal og lokal politikk har heller utviklet seg i retning av å være flernivåstyring. Det som skjer på ett nivå får også betydning for de



andre nivåene. Dette fører til at det blir stadig vanskeligere å skille nivåene fra hverandre. Videre fremhever de også at lokal politikk sjelden blir utformet uten statlig ”innblanding”. Dette kan ses i lys av forholdet som fremheves av Grønlie om at det er skjedd en stadig vridning i retning av mer og mer lovpålagte kommunale oppgaver. Imidlertid vektlegges også at mange nasjonale planer og reformer avhenger av et velfungerende kommunenivå som kan iverksette disse (Baldersheim og Smith, 2011, s. 12).

Iris Nguyễn-Duy trekker frem ytterligere spenninger i forholdet mellom stat og kommune. Hun fremhever at det norske flernivåstyringssystemet bygger på to historiske og ideologiske begreper og tradisjoner samtidig: velferdsstaten og det kommunale selvstyret. Disse to styringsmodellene forsåes som delvis komplementerende og delvis motstridende (Nguyễn-Duy i Baldersheim og Smith, 2011, s. 184). Nguyễn-Duy bruker deretter dette for å forklare spenningen mellom kommunenivået og staten. Det synes å være en spenning mellom både kommunal handlefrihet og statlig styring og mellom nasjonal integrasjon og lokal autonomi. Videre påpeker Nguyễn-Duy at det ikke nødvendigvis handler om å velge det ene aspektet fremfor det andre, men heller å finne en hensiktsmessig og tilfredsstillende, likeverdig eller balansert forhold mellom de ulike hensynene. Denne balansen vil være nøkkelen til et velfungerende flernivåsystem, hevder Nguyễn-Duy (i Baldersheim og Smith, 2011, s. 185).

Et tredje element som beskriver spenningen mellom stat og kommune trekkes frem av Askim og Sivertsen (i Baldersheim og Smith, 2011). De fokuserer på finansieringsordningene mellom stat og kommune og hvordan disse kan være medvirkende til å skape spenninger mellom nivåene. I Norge løses store deler av velferdsoppgavene i kommunene. Askim og Sivertsen vektlegger at staten har store ambisjoner for velferdstjenester, som i praksis skal utføres lokalt. Flere av reformene har dermed store økonomiske konsekvenser for kommunene. Felles for flere av velferdsoppgavene er at de løses innenfor et system av flernivåfinansiering mellom stat og kommune. Dette hevder Askim og Sivertsen kan medføre spenninger. Til tross for at det synes å råde en enighet om at sentralt gitte endringer skal fullfinansieres av staten, blir det gang på gang drøftet hvorvidt denne fullfinansieringen faktisk er en full finansiering, eller om kommunene utsettes for økonomisk risiko grunnet vedtak som tas sentralt (Askim og Sivertsen i Baldersheim og Smith, 2011, s. 213-214). Askim og Sivertsen argumenterer for at dette bidrar til økt spenning mellom forvaltningsnivåene. De hevder, i likhet med Baldersheim og Smith, at det ikke er samsvar mellom det staten forventer av kommunene og det kommunene mener må til for at de selv

skal kunne innfri kravene som er bestemt sentralt. Det kan tenkes noe av spenningen mellom stat og kommune muligens skyldes dette uklare forholdet mellom det nasjonale og det lokale nivået.

Oppgave- og ansvarsdelingen mellom stat og kommune i det norske forvaltningssystemet har ikke vært statisk eller lik, men i stadig utvikling. Det er en rekke reformer som har endret forholdet mellom de ulike nivåene i politisk-administrativ styring. I det følgende presenteres noen sentrale utviklingstrekk og svingninger i det norske flernivåsystemet de siste tiårene.

En av de mest markante gruppene av reformer som har preget forholdet mellom stat og kommune i det norske flernivåsystemet er New public management (NPM). NPM blir ofte omtalt som en reformbølge som har preget offentlig sektor de siste 30 årene og er en fellesbetegnelse for en rekke reformer med sterkt fokus på kostnadseffektivitet, markedsretting organisatorisk oppsplitting og styring gjennom insentivsystemer (Christensen m. fl., 2014, s. 202). Christensen m. fl. viser videre til at NPM-reformene synes å legge mindre vekt på andre hensyn og verdier som tidligere var sentrale for forvaltningen, som politiske signaler, faglige hensyn, rettigheter, likebehandling, forutsigbarhet og berørte parters interesser. NPM som reformbølge ble implementert i ulik grad, til ulik tid og med ulikt fokus i ulike land. I Norge var to komponenter særlig sentrale: mål- og resultatstyring og organisatorisk fristilling (ibid.).

Grindheim og Fimreite (2007) hevder at det i Norge har vært en rekke konkrete reformer med klare NPM-trekk, men som ikke nødvendigvis kan sies å være rendyrkede NPM-reformer, som sykehusreformen fra 2002 (Fimreite og Grindheim, 2007, s. 231-2).

Foretaksorganiseringen kan betraktes som et NPM-trekk. Christensen m. fl. trekker frem at å delegere myndighet til de regionale helseforetakene og det lokale nivået kan tolkes som en klar NPM-inspirert endring. Reformen innebar en sentralisering ved overføring av ansvar til staten gjennom de regionale helseforetakene. Samtidig innebar den en desentralisering ved økt andel av delegerte oppgaver til kommunen. Reformen synes i så måte å ha tydelige NPM-trekk, men samtidig ikke være en fullverdig NPM-reform (Christensen m. fl., 2014, s. 214).

I etterkant av NPM-reformene vokste det frem en ny reformbølge fra slutten av 1990-tallet. Denne andre reformbølgen er kjent som post-NPM eller Whole of Government (WOG). Christensen m. fl. hevder at denne kan ses som en reaksjon på hovedelementene i NPM-

bølgen, eller på de sentrale effektene av NPM. De viser til at det er blitt hevdet at flere av NPM-reformene førte til demokratiske problemer. I følge Christensen m. fl. stammer dette fra at nevnte økonomiske fristilling, eksempelvis gjennom nyetablerte insentivsystemer, førte til at folkevalgte politikere ikke lenger fikk mulighet til å styre ut fra sitt mandat som folkevalgte. Det vokste frem et syn på at statsapparatet var blitt for fragmentert og oppstykket etter NPM-reformene. Med bakgrunn i disse utfordringene syntes det å vokse det frem et behov for sterkere integrering av statsapparatet, hevder Christensen m. fl. (2014, s. 213)

Videre hevder Christensen m. fl. at hovedtrekkene i WOG står som tilnærmede motsetninger til hovedtrekkene i NPM. De fremhever at den nye bølgen fokuserer på organisatoriske prinsipper som har som hensikt å sentralisere og koordinere det offentlig apparatet. Dette var tilsynelatende reaksjon på situasjonen etter innføringen av NPM-reformer (Christensen m. fl., 2014, s. 213). Christensen m. fl. peker på at samhandlingsreformen har mange av kjennetegnene ved WOG. Christensen m. fl. hevder at hensikten med reformen var å skape organisatoriske ordninger for problemer som overskrider sektorgrensene. De knytter dette til en oppfatning om at flere brukere ofte faller ”mellom stoler” og var blitt kasteballer mellom ulike avdelinger, nivåer og kontorer. Organisering som gjør bot med disse problemene kan være noe av grunnlaget for samhandlingsreformen, i følge Christensen m. fl. (2014, s. 165). Et av elementene som gjør at samhandlingsreformen er å betrakte som en typisk WOG-reform er at den tar sikte på å skape et bedre og mer avklart samarbeid mellom stat og kommune på helsefeltet. Dette er tenkt å gjøres ved å benytte seg av finansielle, juridiske, organisatoriske virkemidler. Målet er å skape en helhetlig helsetjeneste, med klarere fordelt ansvar mellom nivåene, men som samtidig fremstår som én helhetlig enhet ut mot brukerne, hevder Christensen m. fl. (2014, s. 166).

### **2.3 Reformen i helse- og omsorgssektoren**

Utviklingstrekkene som er presentert over gjeldende for det norske forvaltningsapparatet som helhet. Disse tendensene har vært tydelige, også på helse- og omsorgsfeltet. I det følgende presenteres noen sentrale utviklingstrekk i helse- og omsorgssektoren etter andre verdenskrig. Utviklingen av sektoren har vært kompleks, og i det følgende trekkes det frem elementer som vurderes som sentrale.

#### ***Kommunen som pådriver for velferdsutvikling***

Perioden mellom 1945 og 1970 regnes av blant andre Jacobsen (2009) som fremveksten av velferdskommunen. Kommunene hadde i tiden før andre verdenskrig vært pådrivere for

velferdstiltak og i utbyggingen av sosiale hjelpeordninger. Staten kom inn etterpå og gjorde eksisterende kommunale tiltak landsomfattende, som også Grønlie (1991) fremhever. Dette omtales ofte som velferdskommunen, da kommunen tenkes å være pådrivere for velferdsordninger som staten senere gjør landsomfattende. Denne tendensen ble ytterligere synlig på 1960-tallet, ved en endring i kommunen som omtales som ”institusjonsveksten”. Primærhelsetjenesten og sykehusdrift hadde vært viktige oppgaver for kommunene allerede fra starten av 1900-tallet, men var da, som nevnt, i stor grad også drevet av ideelle og frivillige organisasjoner. Kommunene tilbød da velferdstilbud knyttet til fysiske institusjoner som aldershjem, fødehjem, sykehus (i byene) og liknende, men mange av disse institusjonene ble opprinnelig drevet av frivillige lag eller ideelle organisasjoner. I perioden mellom 1945 og 1970 ble ofte disse overtatt av kommunen. I noen tilfeller fortsatte de frivillige å drive institusjonene med kommunal finansiering, mens det i andre tilfeller ble slik at kommunen overtok og drev institusjonene med egne ansatte. Dermed ble det i denne perioden en ekspansjon i antall ansatte i kommunen. I perioden fram til 1970 gikk også fylkeskommunen gjennom en forvandling. De tradisjonelle oppgavene innenfor helse- og omsorg minsket i betydning, og sykehusdriften ble stadig viktigere. I denne perioden ble fylkeskommunene en ”regionkommune” med et ansvar for oppgaver som de små landkommunene ikke kunne ivareta (Jacobsen, 2009, s. 62).

I perioden etter 1970 fortsatte den stadige ekspansjonen. Det skjedde en kontinuerlig og delvis dramatisk vekst, som kun synes å ha blitt avbrutt de siste årene. I tillegg til en generell vekst i antall oppgaver for kommunen og fylkeskommunen, skjedde det også her en rekke overføringer av oppgaver fra staten til kommunene og fylkeskommuner og en overføring av oppgaver fra fylkeskommunen til kommunen. Dette var først og fremst gjennom etableringen av de regionale helseforetakene i 2002, men det skjedde også andre store endringer. Et eksempel på en slik endring var kommunehelsetjenesteloven fra 1984, hvor kommunene ble tildelt ytterligere ansvar ved at det ble overført helsetjenester fra staten til kommunen. Denne lovendringen førte til at kommunene fikk ansvar for primærhelsetjenestene, legevakt, fysioterapi med flere. En annen stor reform var HVPU-reformen, som overførte ansvaret for tjenester for psykisk utviklingshemmede fra fylkeskommunen til kommunen. Dette var et ytterligere ledd i utvidelsen av ansvar for kommunen for psykisk utviklingshemmede som ikke hadde vært i institusjon (Jacobsen, 2009, s. 62).

### *Fastlegeordningen i 2001*

Den første sentrale reformen etter årtusenskiftet var innføringen av fastlegeordningen 1. juni 2001. Innføringen av denne førte til ytterligere et nytt ansvar for kommunen, hvor det ble forventet at kommunen bidro til god kvalitet og riktig prioritering mellom pasientgrupper med ulike lidelser (Tingvoll m. fl., 2014, s. 21). De fikk også ansvaret for å inngå avtaler med leger, for å sikre at pasienter i kommunene fikk én fast lege å forholde seg til. Fastlegene ble også å regne for selvstendig næringsdrivende. Med denne endringen fikk kommunen bedre mulighet til, og større ansvar for, å styre legetjenesten og dens funksjon (Tingvoll m. fl., 2014, s. 22).

### *Etableringen av de regionale helseforetakene*

Ved sykehusreformens ikrafttredelse i 2002, ble eierskapet av helseforetakene flyttet fra fylkeskommunene til staten. Loven om spesialisthelsetjenesten ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft i 2001. Denne overførte ansvaret for sykehusene fra det regionale nivået til det nasjonale. Med Loven om helseforetak opprettes regionale helseforetak som får ansvaret for å planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten (Lov om helseforetak, § 1-1). Det ble opprettet en egen eierskapsavdeling i Helsedepartementet som fikk ansvar for fem nyopprettede regionale helseforetak som skulle dekke befolkningens behov for helsetjenester (Tingvoll m. fl., 2014, s. 22). Det er nå fire regionale helseforetak i Norge.

Som påpekt er helseforetaksorganiseringen sett som en endring som har klare innslag av NPM, uten å være en ”rendyrket” NPM-reform. Tingvoll m. fl. knytter endringene i helse- og omsorgssektoren sammen med fremveksten av New Public Management i offentlig sektor. Et element som imidlertid har klare koblinger til reformbølgen er ideen om markedsstyring innenfor helse- og omsorgstjenesten (Tingvoll m. fl., 2014, s. 21). Den nye foretaksorganiseringen, og det å overføre sykehusene til statlig nivå, skulle sikre klarere ansvarsfordeling mellom nivåene, samt bedre utnyttelse av de samlede ressursene. Dette skulle igjen føre til bedre helsetjenester (Fimreite og Grindheim, 2007, s. 231-2). Reformen var grunnet i at man hadde hatt store økonomiske overskridelser i spesialisthelsetjenesten og problemer med å gjøre gode prioriteringer. Dette skulle forbedres ved klarer ansvarsfordeling mellom de ulike forvaltningsnivåer (Tingvoll m. fl., 2014, s. 22)

Sykehusreformen kan ses som en todelt utvikling. For det første er den å regne som en sentralisering av eierskapet, hevder Christensen m. fl. (2014, s. 238). Ved å flytte utformingen

av sykehuspolitikk til det nasjonale nivået, fra det regionale fikk man også en sentralisering av politikk (Christensen m. fl., 2014, s. 16). På den andre side ble det også gjennomført en desentralisering og en fristilling av sykehusene ved at de endret organisasjonsform fra å være offentlige forvaltningsorganer til å bli helseforetak (Christensen m. fl., 2014, s. 238). Denne reformen endret altså forholdet mellom det statlige og det lokale nivået, ved å både sentralisere og desentralisere i samme operasjon. Konsekvensene av reformen var, i følge Opedal og Rommetveit, at det ble større avstand mellom sykehusene og kommunene, både administrativt og politisk (Opedal og Rommetvedt, 2005, gjengitt i Tingvoll m. fl., 2014, s. 22)

Denne sykehusreformen står både som en desentralisering og en sentralisering. På den ene side sentraliseres myndigheten, ved statlig overtakelse av sykehusene, som tidligere var fylkeskommunale. På den andre siden har man omdannet sykehusene fra forvaltningsorganer til helseforetak, hvilket er å regne som en desentralisering (Christensen m. fl., 2009, s. 41). Forholdet mellom det nasjonale og det lokale nivået er med dette endret både i retning av sentralisering og desentralisering på en gang.

Foretaksorganiseringen ble etterfulgt av samhandlingsreformen i 2012. Denne blir av mange omtalt som en motreaksjon til de tidligere reformene på feltet. Et viktig poeng ved innføringen av de regionale helseforetakene var å samle alt ansvar hos staten, og ha enkle finansieringsordninger gjennom helseforetakene. Dette skulle medføre en klar og tydelig oppgavedeling mellom statlig og lokalt nivå. Imidlertid ble det vurdert dithen at det klare skillet også førte til at det ble manglende samhandling mellom de to forvaltningsnivåene. Dette er grunnlaget for samhandlingsreformen.

## **2.4 Nå-situasjonen**

I Norge er helsetjenestene i all vesentlig grad offentlig eid og drevet. Helse- og omsorgstjenester er imidlertid delt i to ulike beslutningslinjer og ulike lovverk og finansieringsordninger. Primærhelsetjenesten, på den ene siden, omfatter allmennlegetjeneste, legevakt og akuttmedisinsk beredskap, forebyggende helsetjenester, jordmortjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie og sykehjem. Primærhelsetjenesten driftes av kommunen og er desentralisert, men velutbygget og samlet sett på størrelse med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten på den andre siden drives av staten, gjennom helseforetaksorganiseringen. Det er dermed et skarpt skille i

eierskap mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette skillet tydeliggjøres ved at de to nivåene er regulert av ulike lover og styrings- og finansieringssystemer. Dette gjør oppgavedelingen klar, men kan bidra til å gjøre samhandlingen mellom de to nivåene vanskeligere. Helhetlig og sømløs pasientbehandling tenkes å være ytterligere problematisk med to så adskilte nivåer (Grimsmo m.fl., 2014, s. 3-4). Dette problemet forsøkes håndtert ved samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen kan tolkes som et verktøy som forsøker å møte en oppfattet fragmentering i offentlig sektor. Dette bygger på en tanke om og erkjennelse av at den eksisterende spesialiseringen ikke er egnet til å takle oppfattede utfordringer. Disse utfordringene synes å være for komplekse til og håndteres innenfor de relativt enkle rammene av forvaltningsapparatet. Videre kan dermed samhandlingsreformen tolkes som et eksempel på hvordan myndighetene forsøker å løse komplekse, sammensatte problemer gjennom ulike mekanismer som skal sikre økt sammenbinding og helhetstenkning. Et eksempel på slike komplekse problemer er multisyke og kronisk syke, som vil trenge tjenester fra begge tjenestenivåene. Disse vil lide mest under et fragmentert system, og står i fare for å falle mellom to stoler (Grimsmo m. fl., 2014, s. 8)

Aarseth m. fl. hevder at forholdet mellom stat og kommune representerer en vesentlig dynamikk i utviklingen av de nordiske velferdsstatene. Utviklingen har vært preget av både sentralisering, ved overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten, og desentralisering ved samhandlingsreformen. Aarseth m.fl. ser på den ”nye framtidige kommunerollen” som et tydelig desentraliseringsgrep, og at denne utviklingen begrunnes med at kommunene er best i stand til å ivareta helhet og nærhet til pasientomsorgen, og at kommunale helsetjenester er billigere enn spesialisthelsetjenesten (Aarseth m. fl. 2014, s. 109). Videre tolker de endringen som en tillitserklæring til kommuneleddet og kommunens evne og potensiale til å realisere mål om helhetlige og koordinerte tjenester. Et videre trekk er at kommunene løftes statusmessig, ved å inngå som likeverdige samarbeidspartnere til helseforetakene gjennom det nye avtaleverket mellom de to partene. Avslutningsvis tolkes kommunene til å bli gitt bedre forutsetninger for å forhandle egne rammebetingelser, gjennom disse avtaleverkene (Aarseth m. fl. 2014, s. 109). Alt dette tolkes som en styrking av kommuneleddet og primærhelsetjenesten som sådan, hvilket ses på som en tydelig desentraliseringsutvikling. Samhandlingsreformen tenkes dermed i større grad å likestille primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, både i arbeidsoppgaver, størrelse og status.

Oppgave- og ansvarsdelingen mellom stat og kommune i forvaltningssystemet har svinget frem og tilbake. Dette gjelder forvaltningen som helhet, og på helse- og omsorgsfeltet spesielt. En generell tendens synes imidlertid å være at det har vært en økning i omfanget av oppgaver i systemet generelt, og at mange av disse er tilfalt eller tillagt kommunenivået. Kommunens ansvar er i dag stort og omfattende og oppgavene er mange og komplekse. Hvordan kommunenivået, kommunen som organisasjon og de to casekommunene håndterer denne utviklingen blir tema i fortsettelsen.



### Kapittel 3 - Teoretisk utgangspunkt

Flere hevder at det ikke lenger er mulig å studere styringsnivåene hver for seg, da beslutninger på ett nivå automatisk også vil påvirke de andre nivåene i styringskjeden. Et sentralt utgangspunkt for denne oppgaven er hvorvidt og hvordan nivåene i flernivåsystemet fungerer hver for seg. Det tenkes i denne oppgaven at velfungerende nivå er en forutsetning for systemet som helhet og et viktig element i hvordan nivåene fungerer sammen. Denne oppgaven vil fokusere på det lokale styringsnivået og studere kommunerollen. Dette vil danne utgangspunkt for å diskutere hvilket styringsnivå som vil være hensiktsmessig å benytte, og for hvordan ansvar og oppgaver bør fordeles mellom forvaltningsnivåene. Det er ikke oppgavens hensikt å gi et klart svar på hva som er best oppgavefordeling, men heller beskrive forutsetninger som må være til stede for at hvert av nivåene skal kunne ivareta oppgaver i stadig økende omfang.

I samhandlingsreformen trekkes det inn flere faktorer som kan være av betydning når det kommer til om kommunenivået, og enkeltkommuner hver for seg, vil kunne tilpasse seg den kommunerollen reformen anviser. Det kommenteres i stortingsmeldingen at oppgavene som blir overført til kommunal sektor ved reformens ikrafttredelse ”vil kreve et varierende befolkningsgrunnlag” (Stortingsmelding 47 (2008-2009), s. 57), og at ”systemet derfor må ha rom for lokale tilpasninger. Det blir med dette kommunens ansvar å vurdere hvorvidt de er i stand til å tilby tjenestene på egenhånd, eller om det er mest hensiktsmessig at de utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten” (ibid). Dette kan potensielt kobles sammen med Fimreite og Grindheims omtale av situasjonsnærhet. Lokal kunnskap og nærhet til problemer vektlegges som en styrke i problemløsningssammenheng. Det antas at kommunene selv best vet hvordan systemet kan tilpasses for å ta hensyn til geografi, demografi, infrastruktur, avstand til lokalsykehus eller lignende (ibid, s. 57-58). Reformen gir rom for slike lokale tilpasninger og dette lokale handlingsrommet settes som en forutsetning for at reformen skal lykkes. Nærhetsprinsippet står sentralt både i argumentasjonen for, og utformingen av reformen.

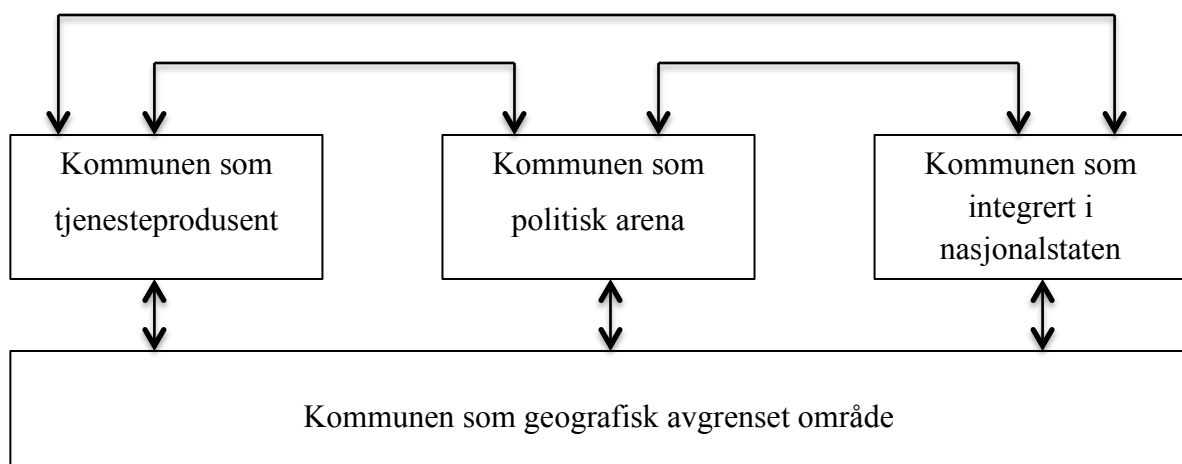
I likhet med debatten om hensiktsmessige forvaltningsnivå har kommunestørrelse og kommunesammenslåing også vært stadig tilbakevendende politisk tema. Christiansen-utvalget la i 1992 frem en offentlig utredning med forslag om kommunesammenslåinger (NOU 1992:15). Et av forslagene til utvalget var at ingen kommuner skulle ha mindre enn 5000

innbyggere. Bakgrunnen for dette var at de minste kommunene ikke hadde tilstrekkelig sosioøkonomisk basis for effektiv drift (Fimreite og Grindheim, 2007, s. 124). En annen terskel er gitt av Vabo-utvalget som fremmer at kommuner bør ha et befolkningsgrunnlag på minst 15 000 innbyggere. Forskning om kommunestørrelse anses som relevant for denne oppgaven. Et gjennomgående argument i debatten har vært at de minste kommunene vil ha problemer med å tilby tilstrekkelig kvalitet på tjenestene sine. Et spørsmål direkte knyttet til dette argumentet blir da hvilken kommunestørrelse som er hensiktsmessig for gode tjenester, og hvilken kommunestørrelse som synes å være hensiktsmessig for å kunne tilby tjenester til sine innbyggere. Et utvalg av forskningen om effekten av størrelse utgjør det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven.

### 3.1 Den norske kommunen

For å fange opp ulike betydninger av kommunebegrepet og mangfoldet ved den norske kommunen fremstiller Jacobsen (2009) en modell, som har til hensikt å fremstille mangfoldet av de ulike dimensjonene ved den norske kommunen:

Modell 3.1 Perspektiver på kommunerollen



(Gjengitt fra Jacobsen, 2009, s. 45)

I Jacobsens modell viser han fire ulike perspektiver på den norske kommunen: kommunen som et geografisk avgrenset område (Jacobsen omtaler dette som det territorielle perspektivet), kommunen som en integrert del av nasjonalstaten, kommunen som egen politisk arena og kommunen som tjenesteyter.

Perspektivet på kommunen som geografisk avgrenset område studerer kommunen som en fysisk størrelse, med grenser, geografisk beliggenhet og med dette et gitt næringsgrunnlag og

infrastruktur. I tillegg til disse fysiske egenskapene knytter også Jacobsen en psykologisk dimensjon til kommunen som geografisk område, ved å si at det vil kunne omtales som hjemsted, oppvekststed, arbeidsplass eller liknende. Med dette knytter han altså en identitet til kommunen. Perspektivet på kommunen som tjenesteprodusent studerer kommunen som ”velferdsstatens viktigste tjenesteproduserende organisasjon” (Jacobsen, 2009, s. 11). I dette perspektivet studeres kommunen med utgangspunkt i organisering av tjenesteapparat og verdier som effektivitet, produktivitet og etterspørsel. Jacobsen fremhevet at kommunen i dette perspektivet skal være en enhet som utnytter skattepenger og ikke sløser, samtidig som de tilbyr de rette tjenestene til sine innbyggere, i rett omfang og med god kvalitet. Kommunens forvaltning av penger, og hvorvidt tjenesteproduksjonen synes å være hensiktsmessig organisert står sentralt i dette perspektivet. Jacobsens neste perspektiv, på kommunen som politisk enhet, forstår kommunen som en lokal autonom enhet, med egne valg. Kommunen har da legitimitet knyttet til denne selvstendigheten og til at kommunen som selvstendig politisk enhet ikke i prinsippet er koblet til nasjonal politikk. Det siste perspektivet, kommunen som integrert i nasjonal politikk, studerer kommunen som en enhet som primært er opprettet for å kunne påta seg oppgaver på vegne av staten, og på den måten fungerer som en avledet statsmakt. Formannskapsloven og kommuneloven gir imidlertid norske kommuner formell frihet fra nasjonal myndighet, jamfør forrige perspektiv. Jacobsen hevder at balansen mellom det å være del av nasjonalt styringssystem og samtidig en egen autonom politisk og administrativ enhet, er et forhold som er omfattende diskutert. Dette ser man igjen i beskrivelsen av spenningen mellom stat og kommune som drøftet i forrige kapittel.

Denne masteroppgaven bruker disse perspektivene som teoretisk utgangspunkt. Her brukes de fire perspektivene som kommunens fire funksjoner. Kommunen som geografisk avgrenset område tolkes her som en relativt enkel forståelse av kommunen, med tilhørende strukturelle trekk. Kommunen som geografisk område forstås som å innebære geografi og størrelse, beliggenhet, innbyggertall og demografi. Funksjonen kommunen har som en integrert del av nasjonalstaten ses her i lys av flernivåstyringssystemet, og kommunenivåets plass i dette. Her tolkes funksjonen som den delen av nasjonalstaten og det samlede ansvaret i forvaltningen som tillegges kommunen, og som kommunen står ansvarlig for. På helse- og omsorgsfeltet har kommunens funksjon som del av nasjonalstaten vært en viktig pådriver for utvikling av feltet og kommunene har fått et stadig utvidet ansvar. Denne funksjonen tolkes som en delegert myndighet til kommunenivået fra nasjonalt nivå, og oppgaver og ansvar kommunen

påtar seg på vegne av nasjonalstaten. Kommunen fungerer også som egen politisk arena, med valg og lokal autonomi. Kommuneloven gir kommunene rett til å organisere seg som de selv ønsker, og det er rom for å gjøre lokale, politiske prioriteringer. Kommunen fungerer også som tjenestetilbyder av en rekke tjenester. Jacobsen vektlegger, i likhet med flere andre tidligere, at kommunen står som en sentral del av velferdsstaten. Han hevder at velferdsstaten i stor grad er basert på at det offentlige skal tilby en rekke tjenester, som spenner fra tekniske tjenester som vei, vann og avløp, til skole og barnehage, sosialhjelp, helse og omsorg. En stor andel av disse tjenestene ytes og tilbys av kommunen. Jacobsen vektlegger at kommunene er velferdsstatens viktigste tjenesteproduserende organisasjon (Jacobsen, 2009, s. 12).

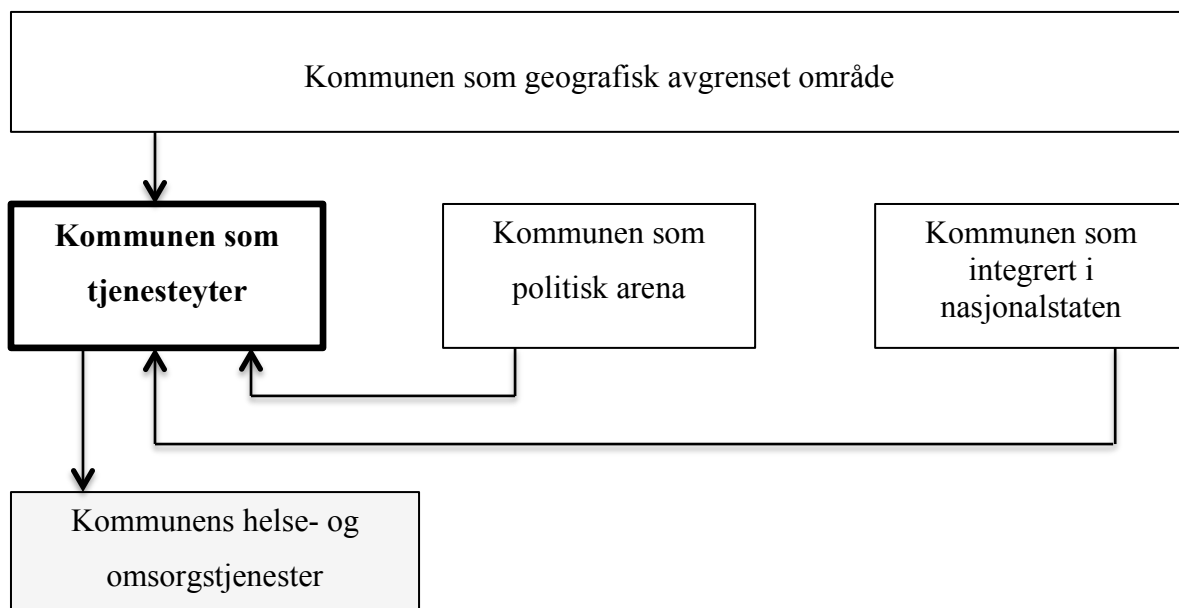
Jacobsen hevder videre at disse fire perspektivene eller funksjonene kan tenkes å påvirke hverandre. Det er trekk ved hver av perspektivene påvirker de andre perspektivene. Eksempelvis tenkes trekk ved kommunen som geografisk avgrenset område å påvirke kommunen som tjenestetilbyder ved at eksempelvis kommunens demografiske sammensetning vil stille krav til hvilke tjenester kommunen til en hver tid skal tilby. Videre kan man også anta at trekk ved kommunen som del av nasjonalstaten eksempelvis vil kunne påvirke kommunen som politisk arena, for eksempel ved at statlig nivå legger til rette for større lokal autonomi og større rom for lokale prioriteringer. Også politisk ”farge” sentralt kan påvirke politisk stemning lokalt. I Jacobsens fremstilling går det påvirkningspiler mellom samtlige funksjoner. Alle funksjonene tenkes å påvirke hverandre.

Jacobsens bruker modellen sin for å fremstille de mange ulike synene på kommunen og hvordan disse påvirker hverandre. I denne oppgaven antas denne modellen som nyttig. I denne studien er fokus på kommunen som tjenesteyter, og for å studere dette elementet vurderes det hensiktsmessig å avgrense Jacobsens modell. Ved å velge dette ene perspektivet fremfor de andre vil visse sider av fenomenet fremheves på bekostning av andre sider. Hvert perspektiv tenkes dermed å sette søkelys på avgrensede elementer og et avgrenset sett av kjennetegn ved kommunen. Kommunen som tjenesteyter vektlegges og fremheves, de andre perspektivene tones noe ned. De andre perspektivene ivaretas imidlertid og inkluderes, men i mindre grad.

Jacobsens modell går påvirkningspilene begge veier i modellen. I denne masteroppgaven er dette forenklet til at det bare studeres hvordan ”kommunen som territorium”, ”kommunen som politisk arena” og ”kommunen som integrert i nasjonalstaten” kan påvirke kommunen

som tjenesteyter. Dette studeres som en enveispåvirkning, i retning av kommunen som tjenesteyter. Dette er begrunnet tidligere. Avgrensingen utelukker ikke at det vil være påvirkning i motsatt retning, altså at kommunen som tjenesteyter påvirker de andre rollene. I denne oppgaven er fokus på påvirkningen som går i retning kommunen som tjenesteyter. Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i et forenklet syn på at om kommunen som tjenesteyter blir påvirket vil dette også påvirke kommunens helse- og omsorgstjenester. Dette skisseres i modellen under.

### Modell 3.2 Teoretisk utgangspunkt



(fritt omgjort fra Jacobsen, 2009, s. 45)

### Den kommunale tjenestekjeden

Denne masteroppgaven er avgrenset ytterligere ved å studere hvordan trekk ved kommunen påvirker kommuneadministrasjon, og hvordan dette igjen påvirker kommunens helse- og omsorgstjenester. Dette forutsetter til dels at kommunens helse- og omsorgstjenester kan betraktes som en tjenestekjede, utgjort av flere ledd som bygger på hverandre. Denne tankegangen er illustrert i modellen over. Modellen er å betrakte som en ytterligere justering av Jacobsens modell. Utviklingen bygger på at kommunens rolle som tjenesteyter synes å kunne deles inn i to adskilte deler av kommuneorganisasjonen: kommuneadministrasjon og kommunens tjenesteapparat. Det tenkes altså at kommunen som tjenestetilbyder er avhengig av både kommuneadministrasjon og tjenesteapparat, som tidligere nevnt. Videre tenkes disse to delene å ivareta hvert sitt sett av oppgaver, som skisseres som en del av den ”nye framtidige kommunerollen”. Det tas utgangspunkt i at kommuneadministrasjonen ivaretar system- og administrasjonsoppgaver og at tjenesteapparatet ivaretar de kompetansekrevende

oppgavene. Her undersøkes videre hvordan trekk ved kommunens ulike funksjoner (geografisk avgrenset område, politisk arena og del av nasjonalstaten) tenkes å påvirke kommunens evne til å ivareta disse nye tjenestene, som tjenestetilbyder. Dette bygger igjen på en tanke om at hvordan kommunen administrativt ivaretar sin funksjon samt tjenestetilbyder er av avgjørende betydning for kommunens helse- og omsorgstjenester.

I det videre studeres den kommunale tjenestekjeden innenfor rammene av flernivåstyring. Det tenkes en relativt enkel tjenestekjede som går fra nasjonalt nivå, ved stortingsvedtak som igjen kan føre til lovpålagte tjenester for kommunene. I tillegg til disse lovpålagte oppgavene står kommunene fritt til å påta seg andre oppgaver. De lovpålagte og de eventuelle frivillige oppgavene utgjør i sum tjenestene kommunen skal tilby. Neste ledd i tjenestekjeden tenkes da å være lokale prioriteringer av oppgaver, samt tilpasning av oppgaver ut fra lokale forhold, utfordringer og preferanser. Det tas utgangspunkt i at tilpasningene gjøres politisk og administrativ på kommunenivå. Videre vil disse prosessene resultere i et sett av tilpassede tjenester som skal implementeres og tilbys i tjenesteapparatet på driftsnivå. I hvert av disse leddene skjer det dermed tilpasninger og justeringer som påvirker det endelige tjenestetilbudet i en kommune, både når det kommer til hvilke tjenester en kommune tilbyr, på hvilken måte disse tilbys og hvilken kvalitet de har. I denne oppgaven studeres primært det administrative leddet i kommunen, hva som påvirker dette, og hvordan denne påvirkningen igjen synes å påvirke det endelige tjenestetilbudet. Dette forutsetter imidlertid at hvert av leddene er ledd i en kjede, hvor hele kjeden brytes om ett ledd brytes.

### ***Det kommunale ansvarsbegrepet***

Et poeng som er sentralt å påpeke for denne oppgaven er at det norske tjenestetilbudet i kommunene er bygget på et lovfestet sørge-for-ansvar. Dette innebærer at kommunene står ansvarlige for å sikre at sine innbyggere blir tilbudt samme sett av grunnleggende lovpålagte tjenester. Kommunene trenger imidlertid ikke å produsere disse tjenestene selv, men kan kjøpe tjenester fra andre kommuner, private aktører eller fra helseforetaket. Dette gjør at kommuner kan gjøre lokale tilpasninger og ivareta tjenestetilbudet slik de selv vurderer er best. Kommuner kan prioritere å utføre et gitt spekter av tjenester selv, og kjøpe andre tjenester fra nabokommuner, helseforetak eller private tjenestetilbydere. Dette sørge-for-ansvaret fører til en større frihet for kommunene som tjenestetilbydere og gjør det mulig for kommunene å ivareta tjenestetilbudet på en rekke ulike måter og prioritere ulikt. Sørge-for-

ansvaret kan dermed være med på å forsterke forskjeller på tjenestetilbud, og organiseringen av dette, jamfør forrige avsnitt.

### 3.2 Kommunestørrelse

Stortingsmelding 47 (2008-2009) trekker frem kommunestørrelse som en faktor som kan påvirke kommunenes mulighet til å ivareta de nye oppgavene og ansvarsområdene reformen medfører. Dette kobles tett sammen med kommunens evne til utvikle ”tilstrekkelig robuste faglige miljøer og virksomheter” (Stortingsmelding 47 (2008-2009), s. 27). Det har vist seg at kommunene har hatt problemer med å rekruttere høyt utdannet fagpersonell samt å beholde disse. Dette har igjen ført til at det har vært vanskelig å utvikle spesialiserte miljøer i kommunene. Det vektlegges at dette problemet er medvirkende for at det ikke tidligere er etablert og utviklet en sterkere kommunal rolle innenfor helse- og omsorgsfeltet.

Stortingsmeldingen vektlegger videre at disse problemene blir forsterket i mindre kommuner (ibid.).

Stortingsmeldingen tillegger en rekke ansvar og oppgaver til kommunen. Videre gis det lokale nivået frihet til å tilpasse disse oppgavene ut fra lokale forhold. Utgangspunktet for dette er en tanke om at det lokale nivået best kjenner lokale utfordringer og styrker, og med det vet hvordan lokale forhold kan utnyttes for få mest mulig effektiv oppgaveløsning. Dette omtales ofte som nærhetsprinsippet og er en av grunnverdiene i det norske lokale selvstyret (Sørensen, 1995, s. 188). Det kan tenkes at Stortingsmelding 47 (2008-2009) har dette nærhetsprinsippet som en grunntanke, og antar at kommunene vil komme frem til løsninger som på best og mest effektivt kombinerer ressurser og kompetanse lokalt. Stortingsmeldingen vurderer det dithen at det vil gjøres lokale tilpasninger etter å ha gjort vurderinger ut fra eksempelvis befolkningssammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus og lignende (St. meld 47 (2008-2009), s. 28).

I forlengelsen av dette vektlegges det i stortingsmeldingen at mindre kommuner vil være mer utsatte både for praktiske utfordringer og økonomisk risiko. Dette er knyttet til at det eksempelvis vil være store variasjoner i omfanget av utskrivningsklare pasienter, både over tid og mellom kommuner. Mindre kommuner tenkes å være særlig utsatte.

Stortingsmeldingen forutsetter i dette tilfellet at det kommunene selv må bøte på denne risikoen, ved å inngå interkommunale samarbeid der det synes nødvendig eller hensiktsmessig. Dette vil redusere risikoen for svingninger og styrke forutsetningene til små

kommuner for å kunne ivareta alle sine ansvarsområder og å tilby sine innbyggere tjenestene de er forpliktet til å forventet å tilby (St. meld 47 (2008-2009), s. 33)

I Stortingsmelding 47 (2008-2009) er kommunestørrelse den fremste egenskapen ved norske kommuner som tenkes å påvirke, og hindre, utvidelse av kommunalt ansvar. Fokuset i denne oppgaven vil dermed være rettet mot kommunestørrelse, men vil ikke begrenses til å bare inkludere denne variabelen. Det kan også være andre sentrale faktorer som er utslagsgivende når det kommer til hvorvidt kommunene er i stand til å ivareta sine ansvarsområder. Det kan tenkes at det finnes strukturer og forhold i kommunene som ikke lar seg forklare av kommunestørrelse alene. Dette støttes av eksempelvis Jacobsen (2009) som viser til at små kommuner erfaringsmessig ser ut til å ha større problemer med å tiltrekke seg kvalifisert personale. Dette gjelder særlig på fag- og tjenestoområder hvor omfanget av oppgaven er relativt lite. Jacobsen forklarer dette ut fra to forhold. For det første ut fra kostnader. Små kommuner vil ikke nødvendigvis ha råd til å ansette en fagperson i fast, full stilling, om det ikke nok arbeidsoppgaver til å utgjøre en full stilling. Videre forklarer Jacobsen det ut fra arbeidsmarkedet i små kommuner, og at høyt kvalifiserte personer ofte har en ektefelle som også er høyt utdannet. Det er ikke alle små kommuner som har tilstrekkelig stort arbeidsmarked til at det finnes interessante jobber til dem begge (Jacobsen, 2009, s. 88). Det er ikke gitt i stortingsmeldingen, eller dokumentene og planene knyttet til denne, hva som er å regne som en ”liten kommune”.

Debatten om kommunestruktur og kommunestørrelse er en stadig pågående debatt i det norske styringssystemet. Denne har i stor grad sentrert seg rundt hva som er en hensiktsmessig kommunestruktur, og når små kommuner er for små. Videre er det fokus på hvilke kriterier som skal ligge til grunn for en god kommunestruktur og hvordan det norske kommunelandskapet må utvikles for å få et mest mulig effektivt kommunenivå, og dermed mest mulig effektivt flernivåsystem. Som tidligere nevnt er de norske kommunene bygget opp rundt generalistprinsippet. Dette betyr at alle kommuner, uavhengig av størrelse (antall innbyggere) skal tilby det samme spekteret av tjenester med i prinsippet samme kvalitet (Jacobsen, 2009, s. 86). Hvor stor en kommune skal være for å kunne fungere som generalist, og hvor stor en optimal kommunestørrelse er, er imidlertid betraktelig mer usikkert. Helse- og omsorgsdepartementet utdyper heller ikke en slik avklaring, eller terskler for kommunestørrelse.



Et viktig innlegg i debatten om kommunestruktur har vært Vabo-utvalget og deres rapporter. Utvalget ble nedsatt av regjeringen i januar 2014 som et ledd i et større arbeid med norsk kommunestruktur, og som ledd i en pågående politisk prosess. Vabo-utvalget skulle vurdere hvilke oppgaver som kunne være aktuelle å tilføre til kommunenivået, og hvilke kriterier som bør ligge til grunn for en god kommunestruktur. I dette arbeidet gjøres det også en vurdering om nåværende kommunestruktur synes å være effektiv og hensiktsmessig. Utvalget ble altså nedsatt to år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. I sluttrapporten fra 2014 "Kriterier for en god kommunestruktur" vurderer utvalget at en anbefalt minstestørrelse for det de omtaler som "robuste" kommuner er 15 000 – 20 000 innbyggere. Utvalget vurderer videre at det ikke bør overføres nye oppgaver til mindre kommuner enn dette. Sluttrapporten forutsetter dermed at kommuner må gjøres større om det skal tilføres ytterligere oppgaver. Vurderingene som gjøres i sluttrapporten gjøres dermed med en forutsetning og at det innebærer større kommuner.

Vabo-utvalget la til grunn at generalistprinsippet fortsatt skal være en bærebjelke i den norske kommunestrukturen. De fremmet imidlertid samme utfordring som skisseres i St.meld 47 (2008-2009) knyttet til at de minste kommunene synes å være særlig utsatt for store økonomiske svingninger og at de ikke har stabiliteten til å håndtere disse. Utvalget vektla dermed at kommuner bør være i størrelsesorden 15 000-20 000 innbyggere, primært for å kunne være mer robuste, og for å håndtere disse svingningene. Kommuner på denne størrelsen antas å kunne tilfredsstille kriteriet om økonomisk soliditet.

De to casekommunene i denne masteroppgaven er begge mindre enn anbefalingene fra Vabo-utvalget. Eigersund kommune er imidlertid relativt nære den anbefalte størrelsen på 15 000, med sine 14 600 innbyggere (i 2012). Eigersund kan dermed anses som en terskelkommune og kan potensielt i så måte være med på å si noe om Vabo-utvalgets anbefalinger synes å være presise. Videre er Sokndal kommune også mindre enn anbefalingene fra Christiansen-utvalget, som anbefalte at ingen kommuner bør være mindre enn 5000 innbyggere. De to casekommunene tenkes dermed begge empirisk å kunne si noe om hvorvidt disse tersklene synes å være presise. Kommunene tenkes i utgangspunktet ikke å kunne være grunnlag for generalisering, men det vil imidlertid kunne være et interessant funn å se hvordan kommunene ser ut til å være egnet til å ivareta sine kommunale oppgaver. Dette kan igjen tenkes å være en indikator på hvorvidt terskelen satt av Christiansen- og Vabo-utvalget synes

å være hensiktsmessig, ut fra disse casene. Denne kommunestørrelsen er noe av grunnlaget for valg av case i denne oppgaven. Om den største case-kommunen vil være i stand til å ivareta oppgavene, kan det tenkes at dette virker bekreftende for hvor Vabo-utvalget har valgt å sette terskelen på hvilke kommuner som regnes som ”robuste”. Om det imidlertid viser seg at den minste av kommunene på en tilstrekkelig måte er i stand til å ivareta oppgavene sine, vil dette kunne svekke Vabo-utvalgets vurderinger. Denne oppgaven bygger ikke på samme forutsetning om at kommunestrukturen bør endres, men ser heller på hva som skjer om kommunene holdes like som de er i dag, og at kriteriene og trekkene ved kommunen holdes faste. Argumentene som fremmes, og kriteriene som legges til grunn av utvalget synes allikevel å være interessante for denne oppgaven, både sett i sammenheng med St. meld 47 (2008-2009) og i seg selv for å se hvilke problematiske forhold utvalget vektlegger.

Vabo-utvalgets sluttrapport ble levert i 2014, og vurderingene som gjøres i denne og grunnlaget for disse bygger på kommunene etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Det kan tenkes at utvalget vektlegger at det ikke skal tilføres oppgaver til kommunene ut over det som allerede er tilført gjennom tidligere reformer og at det er nådd et slags metningspunkt når det kommer til oppgaver, i alle fall i de minste kommunene.

Debatten om kommunestørrelse synes å kunne tolkes som en todelt debatt. Først er det en rekke spørsmål knyttet til den nåværende kommunestrukturen og hvorvidt det kan tillegges nye oppgaver til den nåværende strukturen. På den andre siden debatteres hvilke muligheter som ligger i en eventuell endring i nåværende kommunestruktur. Hovedlinjene i denne debatten synes å være hvordan man kan endre kommunestrukturen for å få et mer effektivt lokalnivå (og dermed et mer effektivt tjenestetilbud) og hvilke kriterier som eventuelt skal legges til grunn for endringer av den nåværende kommunestrukturen. Denne oppgaven undersøker hvilke muligheter som finnes innenfor rammene av nåværende struktur.

### **3.3 Systemkapasitet og borgereffektivitet**

I følge Jacobsen og Holtskog har forskningen om effekter av kommunestørrelse i all hovedsak vært fokusert på to elementer: kommunen som tjenesteyter og kommunen som demokrati, bare to av de fire tidligere presenterte perspektivene. Disse to elementene knyttes av Jacobsen og Holtskog til de to klassiske begrepene definert av Dahl og Tufte (1973); systemkapasitet og borgereffektivitet. Dahl og Tufte stilte spørsmål ved demokratiets størrelse holdt opp mot hvorvidt dette betydde noe for systemets kapasitet til å håndtere sine problemer. Videre stilte

de spørsmål ved hvorvidt større demokratiske systemer hadde bedre evne og mulighet til å jobbe for målene og ambisjonene til sine innbyggere enn mindre (Dahl og Tufte, 1973, s. 110). Dette er spørsmål som vil være relevante å stille når det kommer til kommunens rolle som tjenesteyter. Dahl og Tuftes grunntanke er at systemstørrelse er av betydning for kommunens evne til å tilby tjenester. Hvilken betydning det har i det norske kommunesystemet, og på hvilken måte, undersøkes i denne oppgaven.

Dahl og Tuftes to elementer er begge direkte knyttet til kommunestørrelse. På den ene siden presenteres systemkapasitet. Systemkapasitet handler om demokratiske systemers evne til å løse problemer og ivareta borgernes behov for tjenester. Begrepet er også knyttet til hvorvidt dette gjøres på en kvalitativt god og kostnadseffektiv måte. Dette synes å være tett koblet til kommunens som tjenestetilbyder. Borgereffektivitet, på den andre siden, handler om borgernes mulighet for politisk deltakelse og innflytelse og er dermed knyttet til borgernes mulighet til å delta i, og kontrollere, politiske beslutninger (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 408). Dette synes å være koblet til kommunen som egen politisk arena. Borgereffektivitet og systemkapasitet, slik de er presentert av Dahl og Tufte, går på bekostning av hverandre og er gjensidig utelukkende. Videre hevder de at små demokratiske systemer scorer bra på borgereffektivitet, da det er kort vei fra borgerne til de folkevalgte. Dermed blir borgernes mulighet for politisk deltakelse og innflytelse større. Denne muligheten er større desto mindre det demokratiske systemet er. På den andre side synes større systemer å være bedre egnet til å ivareta borgernes behov, og være i bedre stand til å tilby tjenester. Jacobsen og Holtskog (2014) omtaler dette som ”dikotomien mellom systemkapasitet og borgereffektivitet”. Dette grunner i begrepenes definisjon og innhold.

Overnevnte elementer bygger på to grunnleggende antakelser presentert av Dahl og Tufte. Den første er at det er negativ sammenheng mellom systemstørrelse og demokrati. I dette ligger det at store demokratiske systemer vil fungere dårligere enn mindre. Avstanden mellom folket og de folkevalgte blir større jo større det demokratiske systemet blir, og dette påvirker muligheten for medvirkning og kontroll. Videre vil hver enkelt stemme ha ”mer å si” i små systemer enn i større. (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 411). Den andre antakelsen er at det er en positiv sammenheng mellom systemstørrelse og systemkapasitet. Jacobsen og Holtskog presenterer en tredelt argumentasjon for å underbygge denne andre antakelsen: For det første antas det at store systemer har større ressurser. Disse kan mobiliseres for å kunne gi kvalitativt bedre tjenester. For det andre kan større systemer nyte av stordriftsfordeler, ved at de for

eksempel har større bygningsmasse som kan utnyttes mer optimalt. Til slutt vil størrelse tillate spesialisering. Det vil være mulig å opprette spesialiserte enheter eller team og det vil være mulig for enkeltaktører å spesialisere seg (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 411). Disse tre punktene synes å være interessante når det kommer til kommuners evne til å tilpasse seg det nye ansvaret samhandlingsreformen bringer med seg, og det reformen omtaler som den nye kommunerollen.

Jacobsen og Holtskog argumenterer videre at større systemer er bedre rustet til å håndtere problemer, og dermed også i bedre stand til å tilby sine innbyggere tjenester på en kvalitativt god måte. Det synes dermed å være en nærmest direkte kobling fra kommunestørrelse til tjenestekvalitet (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 411). Dette i seg selv er positivt. Problemet oppstår ved at borgereffektiviteten lider i større systemer. Avstanden mellom folket og de folkevalgte blir større, og det er potensielt vanskeligere å ivareta behovene til ”den enkelte”. Klausen m. fl. formulerer det på følgende måte: ”Både borgereffektivitet og systemkapasitet er viktige for demokratiet, men dilemmaet er at de trekker i hver sin retning når det gjelder størrelsen på det demokratiske systemet” (Klausen m. fl., 2014, s. 16). Rent demokratisk vil det være best med en hensiktsmessig balanse mellom de to. Fokuseres det på kommunen som tjenesteyter er det ikke gitt at det er så enkelt. Denne oppgaven vil primært være rettet mot begrepet systemkapasitet og på kommunen som tjenesteyter. I det følgende vil systemkapasitet som begrep bli knyttet til kommunens mulighet til å tilpasse seg utvidelsen av oppgaver og ansvar de nye oppgavene som følger med samhandlingsreformen.

Det kan argumenteres for at store kommuner vil ha bedre forutsetninger for å tilpasse seg den nye kommunerollen enn små ved å bruke samme argumentasjon som den som presenteres over. Det er kan trekkes slutningen at det er en tydelig korrelasjon mellom kommunestørrelse og objektive mål på systemkapasitet. For det første vil større kommuner, generelt sett, ha kvantitativt mer ressurser. Det kan tenkes at store kommuner har flere ansatte sykepleiere og leger og potensielt flere sykehjemsplasser. For det andre kan det tenkes at det finnes stordriftsfordeler innenfor helse- og omsorgstjenester i større kommuner. Større kommuner vil ha større sykehjem, og med det større fleksibilitet. De er ikke like sårbare for økonomiske svingninger, svingninger i sykdomsbildet eller for demografisk utvikling. Til slutt vil det være rom for spesialisering og utviklingen av spesialiserte fagmiljøer i større kommuner (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 408-410). Dette er også et punkt som trekkes frem av Helse- og omsorgsdepartementet. I Stortingsmelding 47 (2008-2009) heter det at små kommuner kan ha

problemer med å rekruttere spesialisert personale. Videre kan det også være tilfellet at det at kommunene er små kan hindre at det utvikles spesialiserte fagmiljøer innad i kommunene. Muligheten for å rekruttere og holde på høyt kvalifisert personale er et punkt som Jacobsen og Holtskog fremheves som spesielt viktig. Dette begrunnes med at mange av tjenestene kommunene i stor grad er kunnskapsintensive og profesjonaliserte (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 408). Dette er også tilfellet for samhandlingsreformen. Muligheter og behovet for kvalifisert potensiale er stort i det kommunale helse- og omsorgsapparatet. Dette skulle igjen tilsi at større kommuner har bedre forutsetninger for å kunne tilpasse seg de eventuelle endringene reformen medfører. Hvis spesialisert personale er viktig og små kommuner ikke kan rekruttere slike, vil det være hemmende for det kommunale tjenesteapparatet i små kommuner.

De overstående argumentene skulle tilsi at kommuner fungerer bedre som tjenesteyter jo større de er. Empiriske funn av Jacobsen og Holtskog peker imidlertid i en annen retning. De viser til flere studier hvor det i stedet er funnet en negativ korrelasjon mellom kommunestørrelse og det de kaller ”subjektive mål på systemkapasitet” (Jacobsen og Holtskog, 2013, s. 410). Funnene fra forskningen tilsier at innbyggerne i mindre kommuner er mer fornøyde med tjenestene kommunen tilbyr enn innbyggerne i større kommuner (ibid.). Ses kommunen som tjenesteyter, skulle dette siste argumentet tilsi at mindre kommuner er mer hensiktsmessige, også med systemkapasitet som grunnlag for argumentasjon. Forskjellen er imidlertid hvilken form systemkapasitet som skal prioriteres, og hvorvidt man vektlegger den objektive eller subjektive. Dette vil igjen være sentralt for hva som regnes som en hensiktsmessig systemstørrelse, og dermed en hensiktsmessig kommunestørrelse. Dette vil være en tilsvarende vurdering som avveiningen mellom systemkapasitet og borgereffektivitet.

### **3.4 Administrativ problemløsningskapasitet**

Systemkapasitet, slik det fremstilles over, er et relativt enkelt mål som i utgangspunktet ikke sier noe om hvilke elementer ved en enhet, foruten størrelse, som er av betydning for deres evne til å levere tjenester. I denne oppgaven vil derfor systemkapasitet suppleres med teorier om administrativ problemløsningskapasitet, slik det fremstilles av Lodge og Wegrich (2014). Relasjonen mellom systemkapasitet på den ene siden og administrativ problemløsningskapasitet på den andre siden er ikke helt selvsagt. Teoriene om administrativ systemløsningskapasitet må dermed betraktes som en supplerende teori heller enn en operasjonalisering av systemkapasitet. Problemløsningskapasitetene er ikke nødvendigvis

direkte koblet til størrelse, slik som systemkapasitet. Det tenkes dermed at problemløsningskapasitetene kan supplere den relativt enkle dikotomien systemkapasitet og borgereffektivitet. Imidlertid tenkes det at administrativ problemløsningskapasitet kan ses innenfor rammene av systemkapasitet og at en økt systemkapasitet vil bidra positivt til administrativ problemløsningskapasitet som sådan, ved at man med økt kapasitet i systemet, kan benytte denne kapasiteten til problemløsning.

Lodge og Wegrich hevder at det er viet mye oppmerksomhet til innholdet i politikk og politisk prosess, men at det ikke er knyttet like mye interesse til kapasiteten som trengs for å *iverksette* politikk, og opprettholde den (Lodge og Wegrich, 2014, s. 11). De viser videre til en firedeling av administrativ problemløsningskapasitet: leveransekapasitet, reguleringskapasitet, samordningskapasitet og analytisk kapasitet. Ulike enheter antas å mobilisere og vektlegge ulike type kapasiteter, avhengig av tidspunkt og situasjon.

#### **3.4.1 Leveransekapasitet**

Den første formen for problemløsningskapasitet er knyttet til hvorvidt den demokratiske enheten, i dette tilfellet kommunen, er i stand til å levere tjenester. Dette knyttes direkte til tilgjengelige ressurser som må være til stede for å sikre innbyggernes tjenestetilbud. Videre har det også en annen dimensjon: hvorvidt enheten er i stand til å gjøre dette på en økonomisk forsvarlig måte og på en måte som sikrer ro og orden. Lodge og Wegrich hevder at leveransekapasitet kan utforskes ved å studere de enkle strukturelle forholdene, som tilgjengeligheten av – og kvaliteten på – enkel, nødvendig teknologi, samt personalsituasjon. Dette kan trolig ses i sammenheng med kommunens rolle som tjenestetilbyder, men Lodge kompliserer bildet noe. For det første gjøres dette ved å si at det ikke alltid er sikkert hva som skal leveres. Det er heller ikke sikkert hvordan det skal leveres. For det andre vil det for offentlig sektor også være et spørsmål: hvis leveransene ikke lykkes, trenger det ikke alltid å være et spørsmål om økte ressurser. Det kan potensielt også være naturlig å stille spørsmål ved hvorvidt det er en annen (potensielt privat) aktør som kunne levert bedre. Dette kan igjen ses i sammenheng med spenningen mellom de ulike forvaltningsnivåene – og hvor tjenestene best kan tilbys. Det har vært en pågående debatt hvem som skal tilby hvilke helse- og omsorgstjenester, og hvordan.

#### **3.4.2 Reguleringskapasitet**

Reguleringskapasitet omtales som den administrative enhetens evne til å utøve kontroll og utvide reguleringer gjennom opprettelsen av nye organ og ordninger, som tilsynsenheter og

administrative organ som spesialiserer seg på gitte områder av forvaltningen. Dette kan studeres med to ulike utgangspunkt. For det første handler reguleringskapasitet om enhetens evne til å kontrollere seg selv. I denne oppgaven blir det da i betydning av kommunens evne til å regulere og kontrollere forhold internt i kommunen. Lodge og Wegrich ser dette i lyset av det som av dem oppfattes som en tendens, på den ene siden, i retning av mindre stat (i betydningen færre statlige organ) og på den andre siden fremveksten av stadig flere kontrollorgan. Disse utviklingene ser ut til å gå hånd i hånd. For det andre er denne utviklingen knyttet til en gradvis utvikling i regulering og lovgivning på områder som tidligere ikke har vært regulert (Lodge og Wegrich, 2014, s. 11-12).

### **3.4.3 Samordningskapasitet**

Det norske styringssystemet de siste tiårene vært preget av stadig økt fragmentering av struktur og tjenestetilbud. Dette er også tilfellet innenfor helse- og omsorgstjenester (Grimsmo m. fl., 2014, s. 8). Denne fragmenteringen fører til et økt behov for koordinering, både horisontalt, mellom organisasjoner og enheter på samme forvaltningsnivå, og vertikalt, mellom aktører, enheter og organisasjoner på tvers av styringsnivåene. Denne kapasiteten handler om evne og mulighet til å samordne individers kompetanse og organisasjoner med ulik kompleks bakgrunn og historie, ofte i tvetydige, krevende og uoversiktlige omstendigheter (Lodge og Weigrich, 2014, s. 13). Grad av samordningskapasitet avhenger av hvorvidt man er i stand til å trekke veksler på «riktige» elementer og aktører i en gitt situasjon for å få løst et oppfattet problem.

Samhandlingsreformen kan også ses i lys av denne kapasiteten. Reformen bygger på et ønske om bedre samhandling både mellom forvaltningsnivå (primær- og spesialisthelsetjenesten) og mellom aktører på et gitt nivå. Dette ser man igjen blant annet i ambisjonen om «helhetlig pasientforløp», som vil kreve samordning både mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike aktører i kommunen. Dette gjør seg særskilt gjeldende i møtet med komplekse sykdomsbilder, hvilket fremmes som et av hovedproblemene som skal møtes av samhandlingsreformen. Denne kapasiteten kan dermed synes å være sentral for å innfri forventningene til reformen.

### **3.4.4 Analytisk kapasitet**

Den fjerde, og siste kapasiteten omtalt av Lodge og Wegrich er analytisk kapasitet. De hevder at denne kategorien er den av kapasitetene det er forsket minst på. Analytisk kapasitet defineres som den administrative enhetens evne til å skaffe og å sette seg inn i informasjon

om fremtidige utsikter og den nåværende situasjonen (Lodge og Wegrich, 2014, s. 14). Det er selvsagt at offentlige myndigheter trenger informasjon for å fatte beslutninger. Spørsmålet knyttet til dette blir imidlertid hvor informasjonen kommer fra og hvordan man innhenter denne informasjonen. Videre blir det også en utfordring å benytte seg av informasjonen for å ta gode beslutninger. Det er også sentralt at man har analytisk kapasitet for å kunne planlegge for fremtiden, for å forstå egen situasjon og skjønne hvordan man må handle for å håndtere denne situasjonen. Enheten må være klar over og ha informasjon om egne utfordringer for å kunne ta tak i dem, og de må ha tilstrekkelig informasjon til å være i stand til å løse gitte problem (ibid.)

Dahl og Tuftes teori om systemkapasitet og borgereffektivitet konkluderer med at det er sentralt å finne en balanse mellom de to elementene, og at de demokratiske systemene må ha en hensiktsmessig størrelse som samsvarer med den ønskede balansen. Noe av den samme tendensen synes å være gjeldende for problemløsningskapasitetene, slik de fremstilles av Lodge og Wegrich med flere. Leveransekapasitet tenkes å være større i større systemer, på samme måte som systemkapasitet synes å være større i større systemer. Reguleringskapasitets forholdet seg til størrelse på to ulike måter: store systemer vil være vanskeligere å regulere, samtidig som det vil være større kapasitet i systemet til å gjennomføre reguleringen. Sistnevnte er også basert på logikken om systemkapasitet. Den tredje kapasiteten, samordningskvalitet, tenkes å vanskeliggjøres desto større systemet er. Jo kortere kommunikasjonslinjene er og jo færre aktører som skal samhandle, desto lettere vil samordning mellom disse være. Avslutningsvis tenkes analytisk kapasitet å være relativt lik reguleringskapasitet. Det vil være relativt enkelt å innhente informasjon om små enheter, og å analysere denne informasjonen. Imidlertid er svingningene, som tidligere nevnt, større i små kommuner. Dermed kan det være lettere å forutse og fremskrive utvikling i større enheter, da de er mindre sårbare for svingninger. Tendensen når det kommer til problemløsningskapasitet synes på denne måten også å være knyttet til systemstørrelse. Der den enkleste antakelsen er at større systemer vil ha bedre kapasitet til problemløsning. Det er imidlertid ikke nødvendigvis så enkelt i virkeligheten, og også problemløsningskapasitet kan da være et empirisk spørsmål.

### **3.5 Oppsummering**

Problemstillingen i oppgaven er gitt som følger:



*Hvilke faktorer og forhold er relevante for hvordan kommuner er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører?*

Teorien som er presentert i det foregående tilsier at systemstørrelse vil være relevant for kommunenes evne til å tilby tjenester og å løse problemer. Dette tilsier videre at kommunestørrelse vil være av sentral betydning for hvordan kommunene er i stand til å ivareta sine nye oppgaver og ansvar i forbindelse med samhandlingsreformen. Forskningen sier imidlertid lite om hva som er en egnet systemstørrelse eller kommunestørrelse, og det tenkes dermed at dette vil være et empirisk spørsmål. Dette er grunnlaget for datainnsamlingen.

Det er heller ikke direkte gitt på hvilken måte kommunestørrelse eventuelt påvirker tjenestetilbud. Denne oppgaven vil studere på hvilken måte størrelse synes å påvirke kommunens evne til å løse problemer og tilby tjenester. Dette gjøres ved å undersøke hvilken kombinasjon av de ulike problemløsningskapasitetene de to casekommunene har. Dette vil forsøksvis brukes som et ledd for å beskrive systemkapasiteten i kommunene, og i forlengelse av dette også undersøke hvordan kommunestørrelse synes å påvirke disse kapasitetene, og i forlengelse hvordan kommunene er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medførte.

## Kapittel 4 - Metode

Dette er en komparativ casestudie av hvordan kommuner er i stand til å tilpasse seg stadig økt ansvar og oppgaver, eksemplifisert med de siste tilførselene som kom med samhandlingsreformen i 2012. Det vil undersøkes hvilke implikasjoner reformen har hatt for kommunen som tjenestetilbyder ved å studere kommuneadministrasjonen i de to casekommunene, og hvordan trekk ved kommunen og deres respektive administrasjon påvirker deres mulighet til å forvalte helse- og omsorgstjenester i gitte kommuner. Oppgavens metodologiske tilnærming og gjennomføringen utdypes i det følgende.

### 4.1 Metodologisk tilnærming

Den metodologiske tilnærmingen i en studie bør baseres på problemstillingens vinkling og fokus, samt tilgjengelig data og kilder. Problemstillingen i denne oppgaven er gitt som følger:

*Hvilke faktorer og forhold er relevante for hvordan kommuner er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører?*

Hvilke metoder man velger og hvordan man kombinerer disse er et strategisk valg, i følge Grønmo (2004, s. 132). Hvilke datakilder som best belyser casene og svarer på problemstillingen tenkes å variere fra problemstilling til problemstilling og fra case til case. Valg av kilder og datamateriale vil derfor være av sentral betydning for oppgavens form og utfall og bør bygges på grundige metodologiske vurderinger.

I det følgende brukes en kombinasjon av ulike metoder. Ved å gjøre et utvalg og kombinere ulike metoder på en gitt og bevisst måte, mener Grønmo at bestemte fenomener kan studeres ut fra ulike synspunkter og med ulike synsvinkler. Dette vil føre til at problemstillingen kan besvares på en bedre og mer utfyllende måte. Ulike typer datamateriale, fra ulike kilder, vil kunne belyse samme aspekt fra ulike vinkler. Kombinasjon av flere kilder vil kunne bidra til en mer helhetlig belysning av problemstillingen, forutsatt at det kombineres på en hensiktsmessig og utfyllende måte. Ved et slikt opplegg blir problemstillingen belyst mer allsidig og komplekst enn det den hadde blitt med de enkelte metodene hver for seg (Grønmo, 2004, s. 55). I denne oppgaven tenkes det å benyttes mer enn én metode for å undersøke de forskjellige potensielle forklaringsvariablene. Dette bygger på en vurdering av hvilke data og kilder som er tilgjengelige. Noen variabler vil lettest kunne undersøkes ved en metode og gitte

metoder, mens andre best vil kunne belyses av andre. Eksempelvis de strukturelle variablene, knyttet til kommunen som geografisk avgrenset område, antas å kunne studeres ut fra tallmateriale og skriftlige kilder. Andre variabler, som eksempelvis oppfattede utfordringer antas å lettest undersøkes gjennom intervjuer.

I denne oppgaven kombineres studier og analyse av statlige og kommunale dokumenter med intervjuer av sentrale aktører i kommuneadministrasjonen av helse og omsorg i to casekommuner. Dokumentene undersøkes for å studere hvilke faktorer og forhold som departement og regjering vektlegger er sentrale for kommunenes evne til å ivareta oppgaver og ansvar. Videre studeres kommunale dokumenter for å vurdere hvordan kommunene opplever samme situasjon, og hvilke faktorer og forhold casekommunene fremhever som relevante. Dette suppleres med intervjudata for å få en forståelse av situasjonen slik den oppleves av aktører i kommuneadministrasjonen, og hvilke utfordringer disse aktørene opplever knyttet til samhandlingsreformens utvidede oppgaver og ansvar. Kommunale dokumenter og intervjuene tenkes også å kunne belyse hvordan kommunene faktisk har vært i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører.

Dokumenter og intervjuer blir videre supplert av talldata fra Statistisk sentralbyrå, både som supplerende og utfyllende kilde. Kombinasjonen av flere typer data tenkes å kunne belyse ulike faktorer og trekk på forskjellige måter. Målet ved en slik tilnærming er å gi en mest mulig differensiert og nyansert fremstilling av situasjonen og forholdene i de to casekommunene. Et annet mål ved denne metodologiske tilnærmingen er å bevare en eksplorerende tilnærming til casene.

#### **4.2. Casestudier**

Casestudier defineres på flere ulike måter av flere aktører. Grønmo definerer case-studier som en detaljert og intensiv studie av en enkelt (eller noen få) analyseenheter som sammenlignes (Grønmo, 2004, s. 414). Yin har en mer omfattende, todelt definisjon av case-studier. Det første leddet av definisjonen innebærer at et case-studie er en empirisk undersøkelse som dybdeundersøker et fenomen i samtiden i en kontekst, når grensen mellom fenomenet og konteksten ikke er helt klart trukket. Andre leddet er at et case vil avhenge av konteksten. Yin bygger dette på en tanke om at det vil være vanskelig å skille et case i seg selv fra konteksten gitte case oppstår i. De to elementene må studeres sammen (Yin, 2014, s. 16). Ragin, som en tredje definisjon, hevder at alle studier er casestudier, da ethvert studie tar utgangspunkt i en

analyse av et sosialt fenomen på et gitt sted, til en gitt tid (Ragin, 1992, s. 2, gjengitt i George og Bennett, 2005, s. 17).

I denne oppgaven tas det utgangspunkt i George og Bennetts definisjon av case-studier. George og Bennett bygger sin definisjon av case på Ragins relativt enkle definisjon, men begrenser og tydeliggjør definisjonen noe. De definerer et case som ”et enkelttilfelle av et empirisk fenomen” (George og Bennett, 2005, s. 17). De mener at man, ved å studere enkelttilfeller av empiriske fenomen kan utvikle eller teste teori om årsakssammenhenger eller variasjon. Case-studier ut fra deres definisjon kan dermed betraktes som studier av avgrensede empiriske fenomen, med hensikt om å si noe om en større gruppe tilsvarende fenomener (George og Bennett, 2005, s. 18).

Dermed blir det sentralt å definere denne større gruppen fenomener. Dette omtaler George og Bennett som å identifisere universet som de valgte casene er en del av og med det avgrense rammene for den konteksten casene tilhører (George og Bennett, 2005, s. 69). I masteroppgaven studeres to av over 400 kommuner i Norge. Det er disse drøyt 400 norske kommunene som utgjør universet. De to utvalgte kommunene utgjør en liten andel av universet som helhet, og antas dermed ikke å være nøyaktig representative for populasjonen, men heller som en del av et større univers. Videre tilhører også de to casekommunene andre, mindre univers. De er begge kommuner i sør-Rogaland, og kan med det også betraktes som den av ”kommuner i Rogaland”, som er et mindre univers innenfor rammene av det største universet som er norske kommuner. Jo større andel av universet casene utgjør, desto antas representasjonen å være. Oppgaven fokuserer imidlertid på det største universet, og holder enkeltcasene både opp mot hverandre og opp mot universet som helhet. De to casekommunene sammenlignes altså med hverandre, og med gjennomsnittstall for norske kommuner. Denne siste sammenligningen gjøres for å vurdere representativiteten til de to casekommunene opp mot universet som helhet.

Videre er hensikten å studere hvordan kommunene er i stand til å håndtere utvidede oppgaver generelt, men også mer spesifikt om hvordan to gitte kommuner har vært i stand til å håndtere utvidede oppgaver som følger av samhandlingsreformen. En ytterligere avgrensing av universet blir dermed helse- og omsorgssektoren på kommunenivået. Denne oppgaven er begrenset til å studere to kommuner, med et ønske om å gå i dybden på disse og å forklare en eventuell variasjon hvordan de håndterer sin rolle.

George og Bennett har en todelt forståelse av case-studier og hvor slike både kan inkludere interne analyser av enkeltcase og komparasjon av et lite antall case. De hevder at ved å gjennomføre inngående studier av enkeltcase, for å så sammenligne de med tilsvarende inngående studier av andre enkeltcase, har man gode muligheter for å trekke slutninger fra av de valgte casene (ibid.). Denne masteroppgaven bygger på en slik tilnærming til komparative case-studier. Det gjennomføres dyptgående studier av to casekommuner med formål om å trekke slutninger ved å kombinere de to. Casene sammen anses å være mer interessante enn casene hver for seg.

Et siste element ved komparative casestudier omtales av Gerring. I følge han kan casestudier inneholde flere case, men jo flere case du velger, desto vanskeligere blir det å studere hvert av dem intensivt (Gerring, 2007, s. 20). I Gerrings omtale av casestudier har slike en dobbel funksjon. For det første er det partikulært, da det ønsker å studere utvalgte case og si noe spesifikt om dette eller disse. På den andre siden er det generelt, da det ofte også ønsker å trekke slutninger fra enkeltcasene til større univers (Gerring, 2007, s. 78). Disse funksjonene ses igjen i definisjonene over og i denne studien. For det første har oppgaven som ambisjon å si noe om hvordan to kommuner, hver for seg, håndterer utvidede oppgaver og ansvar gitt av samhandlingsreformen. Dernest ønsker oppgaven å sammenlikne disse to enkelttilfellene, for å undersøke om det foreligger variasjon i måten kommunene har tilpasset seg på, og eventuelt forklaringen for denne variasjonen. Avslutningsvis utgjør casene i denne oppgaven en del av et større univers, og funn fra denne oppgaven tenkes potensielt å ha overføringsverdi til den større populasjonen av norske kommuner, med samme begrensning som tidligere omtalt. Det forventes ikke at funnene i denne oppgaven vil kunne være grunnlag for generalisering. Utvalget av case er for lite, og regnes heller ikke for å være representativt. Ambisjonen er allikevel at funn fra denne oppgaven skal kunne si noe om norske kommuners forutsetninger for å tilby helse- og omsorgstjenester generelt.

#### **4.2.1 Strategier for caseseleksjon**

På samme måte som valg av kilder og datamateriale er et bevisst og strategisk valg, er også caseseleksjon det. Caseseleksjon, og hvilke case man velger til sammenligning er en metodologisk vurdering. Spørsmålet blir her hvilke to av samtlige norske kommuner som skal velges og studeres, for å si noe om den større gruppen tilfeller. John Gerring presenterer en rekke strategier for hvordan en slik seleksjon kan gjøres. Blant disse strategiene presenteres

”most similar system design”. I denne strategien tar Gerring utgangspunkt i det foreligger minst to case. I sin reneste form er dette et design hvor de to casene er like på samtlige områder, foruten variabelen som skal studeres (Gerring, 2007, s. 668). Sagt på en annen måte: de to casene er tilsvarende på alle uavhengige variabler, foruten én eller få. Utfallet er også ulikt. Logikken i en slik metode vil være at om alle uavhengige variabler foruten én er like, og utfallet er ulikt, vil det være den ulike uavhengige variabelen som er årsaken og fører til ulikhet i utfall.

Videre kan strategien ha to ulike formål, hevder Gerring. Hvilket formål man har vil også prege hvordan man utfører seleksjonen. Hvis studiet er eksplorerende vil forskeren lete etter case som skiller seg fra hverandre iht. utfall, men er tilsynelatende like på faktorer som kan ha bidratt til dette utfallet. Gerring hevder at det er naturlig å starte enhver studie fra et slikt utgangspunkt (2007, s. 668). Målet i en slik studie vil være, gjennom et intensivt studie av de to casene, å avsløre én – eller i noen tilfeller flere – faktorer som skiller casene fra hverandre. Denne/disse faktorene som er ulike vil da antas å være forklarende for utfallet. Studiens formål er da å lete etter forskjell mellom casene. Etter denne fasen kan man gå over til en annen form, nemlig hypotesetesting. Hypotesetesting gjennomføres med tilsvarende logikk, men bygger på forkunnskap og forventning. Man har i dette tilfellet to case hvor de er like på alle variabler foruten én og har ulikt utfall. Formålet ved hypotesetesting er å kontrollere for hvorvidt det er gitte, kjente ulike variabel som fører til ulikt utfall. Denne andre tilnærmingen bygger på en tryggere antakelse og en konkret hypotese, og er mindre eksplorerende og usikker enn når formålet er hypotesebygging. Gerrings to ulike former med de to ulike formålene kan skisseres på følgende måte:

Tabell 4.1 MSSDs to formål

Casetyper	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	Y
A) Hypotesebygging			
A	?	0	1
B	?	0	0
B) Hypotesetesting			
A	1	0	1
B	0	0	0

I modellen ser man tydelig forskjellen på de to ulike formene. Ved hypotesebygging er det usikkert utfall på variabel  $X_1$ , mens det ved hypotesetesting er en kjent forskjell på utfallet av denne variabelen. I begge tilfeller er det ulikt utfall på den avhengige variabelen,  $Y$ .

Denne oppgaven baseres på denne strategien for caseseleksjon og samme grunnleggende metodologiske logikk. Det teoretiske grunnlaget for oppgaven er at kommunestørrelse er av betydning for kommuners evne til å tilby tjenester. Om man da skal kontrollere for betydning av kommunestørrelse, eller undersøke hvordan størrelse påvirker, må man da selektere to case som er tilsvarende på alle andre enheter enn størrelse. Det er det som er gjort i denne oppgaven. Det er gjort en caseseleksjon med utgangspunkt i å finne to kommuner som er like på så mange variabler som mulig, samtidig som de er ulike på én variabel og skiller seg fra hverandre mht. utfall. Denne faktoren er kommunestørrelse. Tanken med en tilnærming som dette er å isolere størrelse som variabel, ikke nødvendigvis fordi størrelse er det eneste interessante, men det teoretiske utgangspunktet er at kommunestørrelse betyr noe.

Et videre trekk ved denne metodologiske tilnærmingen og logikken er at det i utgangspunktet er irrelevant hvilket ”utslag” hver av variablene får. Det spiller dermed ingen rolle om de to casene scorer positivt eller negativt på en variabel, så lenge de scorer likt. Eksempelvis vil det, i en slik metodologisk tilnærming, være irrelevant hvilken politisk farge kommunestyret i de gitte casekommunene har, så lenge de har tilsvarende politisk farge i begge to. Det vil ikke være av betydning hvilke økonomiske forutsetninger de to kommunene har, så lenge de har tilsvarende økonomiske forutsetninger. Man kan tenke seg at både politikk og økonomi vil være av sentral betydning for kommunenes evne til å ivareta helse- og omsorgstjenester. Men gitt et design som dette, og at politikk og økonomi synes å være tilsvarende i de to kommunene, samtidig som evnen til å ivareta helse- og omsorgstjenester er ulikt, så er det ikke politikk eller økonomi som er utslagsgivende for denne evnen. Det vil være den ulike uavhengige variabelen som fører til ulikhet i utfallet.

#### **4.2.2 Operasjonalisering**

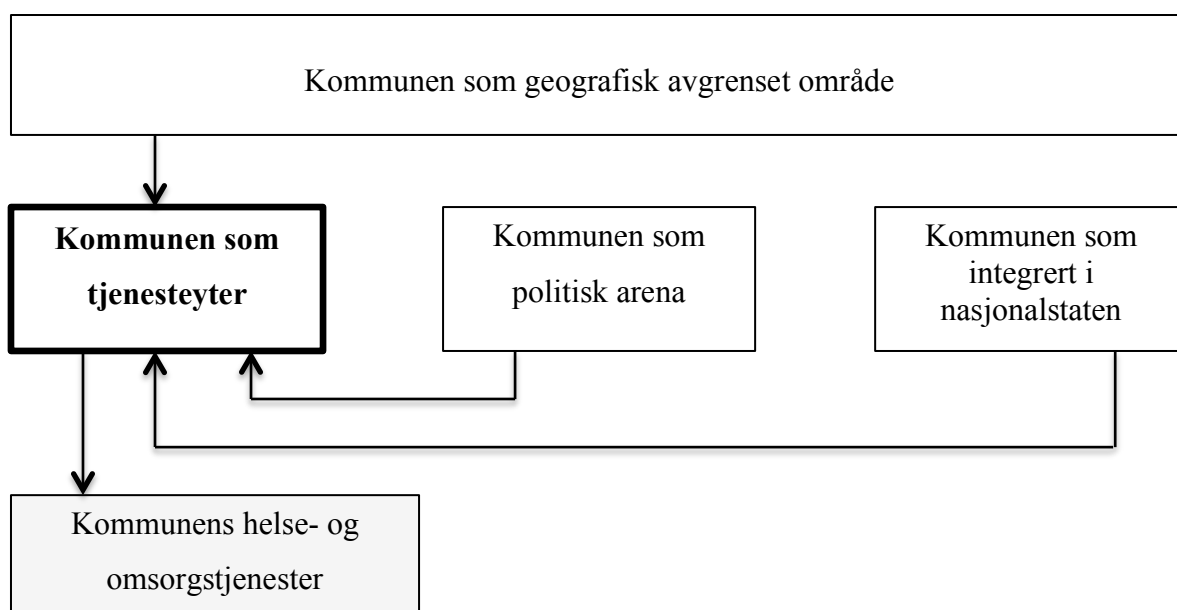
En forutsetning for å kunne gjennomføre caseseleksjon, som skissert over, er at det er gitte avhengige og uavhengige variabler som kan undersøkes. Det er da avgjørende at det gjøres en hensiktsmessig og gjennomtenkt operasjonalisering av både faktorer som tenkes å påvirke og faktoren som tenkes å påvirkes. Dette gjøres både for å kunne selektere case, men også for å kunne studere casene etter de er valgt. Det er denne operasjonaliseringen som vil danne

grunnlag for både datainnsamling, sortering av innsamlet data og for senere analyse. Operasjonaliseringen i en oppgave som selekterer case på bakgrunn av MSSD-logikk er grunnleggende og avgjørende, både for forskningsoppleggets planlegging, gjennomføring og utfall.

I caseseleksjonens reneste form, slik den er skissert av Gerring, bestemmer man de uavhengige variablene først, før man leter etter case som innfrir disse kriteriene. I denne oppgaven er det gjort delvis i motsatt rekkefølge: Jeg hadde forkunnskap om og innsikt i situasjonen i to kommuner og interessen for temaet er bygget nettopp på denne forkunnskapen. Ved å ha jobbet som pleieassistent i begge kommuner er strukturene og aktørene i kommuneapparatet kjente for meg. Jeg har aldri jobbet direkte med noen av informantene, og kjenner dem ikke personlig. Videre er jeg oppvokst i området og kjenner dermed historie og kjennetegn ved de to valgte casekommunene.

Derfor er operasjonaliseringen i denne oppgaven i stor grad bygget på forkunnskaper om kommunene, og forventninger til disse, heller enn at det har vært en helt operasjonalisering bygget ene og alene på teori, og at det er funnet kommuner basert på operasjonaliseringen. Rekkefølgen i designet er dermed noe annerledes enn slik seleksjonen fremstilles av Gerring. Gerring skisserer at man først har en teori, og av denne teorien utgår det en hypotese. Hypotesen operasjonaliseres og måles, før det gjøres en analyse av datamaterialet som er samlet inn. Denne studien har noen flere ledd. Studien bygger på en forkunnskap og en oppfattet situasjon knyttet til helse- og omsorgstjenester i kommunen. Denne forkunnskapen knyttes dermed sammen med teori. Hypotese og problemstilling utgår i stor grad fra disse to elementene – forkunnskap og teori. Deretter er det gjort operasjonaliseringer og datainnsamling og avslutningsvis analyse bygget på disse. Dette omtales ytterligere i omtalen av *gjennomføring*.





(moderert fra Jacobsen, 2009, s. 45)

En betydelig del av det teoretiske grunnlaget og den logiske oppbyggingen av denne oppgaven er med utgangspunkt i Jacobsens modell av perspektiver på kommunen fra 2009. Det er også grunnlaget for operasjonaliseringen gjort i denne studien. Modellen over er samme som modell 3.2. Den er der presentert som det teoretiske og metodologiske utgangspunktet for denne oppgaven. Denne modellen kan videre kobles sammen med problemstillingen:

*Hvilke faktorer og forhold er relevante for hvordan kommuner er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører?*

De hvite boksene utgjør de uavhengige variablene og dermed ”hvilke faktorer og forhold som er relevante”. Den avhengige variabelen er den grå boksen ”Kommunens helse- og omsorgstjenester” som vil være ”hvordan kommunen ivaretar nye oppgaver og ansvar samhandlingsreformen medfører”. Det tenkes at faktorer og trekk ved kommunens ulike funksjoner påvirker kommunens helse- og omsorgstjenester. Dette henger sammen med den tjenestekjeden slik den fremstilles og omtales i avsnitt 3.1.

#### **4.2.2.1 Avhengig variabel**

Kommunens helse- og omsorgstjenester er den avhengige variabelen i denne studien. Problemstillingen gir den avhengige variabelen som ”hvordan kommuner er i stand til å

ivareta nye oppgaver og ansvar samhandlingsreformen medfører”. Dette bør være mulig å vurdere ved å studere hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert og innrettet i de to ulike casekommunene. I analysen av St.meld 47 (2008-2009) som følger i neste kapittel omtales hva som ligger i den ”nye framtidige kommunerollen”, og det er dette som er utgangspunktet for operasjonaliseringen av den avhengige variabelen i oppgaven. Hva den nye kommunerollen innebærer omtales ytterligere i neste kapittel og operasjonaliseringen av den avhengige variabelen vil klargjøres og tydeliggjøres avslutningsvis i det kapittelet (avsnitt 5.4). Operasjonaliseringen av den avhengige variabelen baseres videre på kommunens tidligere nevnte sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester. Dette sørge-for-ansvaret innebærer at kommunene ikke trenger å produsere tjenestene selv, men kan inngå interkommunale samarbeid eller kjøpe tjenester fra andre kommuner, andre aktører eller fra helseforetak.

Denne studien bygger på en antakelse om at de norske kommunene faktisk ivaretar et minimumsnivå av de lovpålagte tjenestene de skal tilby, eller i det minste sørger for at innbyggerne sine blir tilbudt tjenestene. Dette bygger både på forkunnskap om kommunene og det teoretiske utgangspunktet for oppgaven. Det teoretiske utgangspunktet tilsier at systemer med ulik størrelse i ulik grad vil være i stand til å tilby tjenester og løse problemer, og at mindre kommuner vil ha vanskeligere for dette enn større kommuner. Det metodologiske designet i denne oppgaven bygger dermed på at de to kommunene scorer ulikt på den avhengige variabelen, og at de dermed i varierende grad er i stand til å ivareta nye oppgaver og ansvar. Det antas videre at den lille casekommunen vil kunne tilby færre tjenester enn den større kommunen. Samtidig er også den større kommunen såpass liten, skulle man tro det teoretiske utgangspunktet, at også denne kan ha problemer med å ivareta grunnleggende lovpålagt ansvar. Det er dette som studeres som oppgavens uavhengige variabel. Hvorvidt det er tilfelle at kommunene har ulikt utfall på den avhengige variabelen vil være et empirisk spørsmål som forsøkes å besvares i denne oppgaven.

Denne oppgaven tar videre utgangspunkt i at det vil kunne være tilpasninger på to nivå i kommunen, både det administrative nivået og på driftsnivå. Begge nivåene studeres, men fokuset er på det administrative nivået og deres innretning og tilpasning for å ivareta kommunens rolle som tjenestetilbyder.

#### *4.2.2.2 Uavhengige variabler*

Det tenkes videre at det er en rekke faktorer og forhold som kan være relevante for kommunens evne til å ivareta denne rollen. Disse faktorene og forholdene utgjør de uavhengige variablene i studien og utgår fra de fire perspektivene på kommunen, slik det fremstilles av Jacobsen. Operasjonaliseringene av de uavhengige variablene tar utgangspunkt i denne modellen og kan dermed sorteres i trekk ved kommunen som geografisk område, som integrert i nasjonalstaten, som politisk arena og som tjenestetilbyder. Trekk i de tre første nevnte gruppene tenkes å kunne påvirke tjenestetilbudet både direkte og indirekte, gjennom å påvirke kommunens rolle som tjenestetilbyder (som påvirkningspilene i modellen over illustrerer). Videre er det operasjonalisert til å inkludere de trekkene ved hver av funksjonene som tenkes å påvirke kommunen som tjenestetilbyder og kommunens tjenestetilbud, både direkte og indirekte. Det vil potensielt være andre trekk ved samtlige, men her er det gjort et utvalg.

Trekk ved kommunen som geografisk avgrenset område som tenkes å være relevante er grunnleggende strukturelle variabler. Disse antas å være: størrelse i form av innbyggertall, demografisk sammensetning, geografisk størrelse og beliggenhet, og infrastruktur som eksempelvis bygningsmasse og avstand til nærmeste sykehus.

Trekk som vurderes å være relevante knyttet til kommunen som integrert i nasjonalstaten er hvordan de opplever samarbeidsmiljøet med helseforetaket og andre aktører, som eksempelvis nabokommuner. Samhandlingsreformen innebærer at kommunene får et lovpålagt ansvar for å utforme samarbeidsavtaler med helseforetaket de sogner til. Spørsmålet blir da om dette samarbeidet oppleves som nyttig og konstruktivt, eller om det er vanskelig. Kommunen inngår som et ledd i det norske helse- og omsorgsapparatet som helhet, og hvordan kommunen samarbeider med de andre aktørene i dette apparatet tenkes som relevant for kommunens egen evne til å ivareta tjenester. Navnet på reformen skulle også tilsi at dette samarbeidselementet er sentralt for kommunens mulighet for å lykkes. Kommunens erfaring med å påta seg oppgaver og ansvar på vegne av staten tenkes også å være en relevant faktor. Spørsmålet blir da hvorvidt kommunen tidligere har vært oppsøkende og påtatt seg frivillige oppgaver, og eventuelt hvilken erfaring de har med dette. Dette tenkes å kunne være av betydning for kommunens innstilling til videre utvidelse av oppgaver.

Den tredje gruppen variabler er knyttet til kommunen som politisk arena. Her inkluderes politisk oppmerksomhet, i betydning hvor hyppig og omfattende helse- og omsorgssaker diskuteres i kommunestyret, samt kommunale råd og utvalg. Videre studeres også hvordan forholdet mellom administrasjon og politisk styring er, eller hvorvidt samarbeidet mellom politikk og administrasjon er velfungerende. Dette elementet synes å være ytterligere viktig da dette er en studie av kommuneadministrasjon, og deres innretning for å ivareta helse- og omsorgstjenester. Kommuneadministrasjonens forhold til politisk styring, og om de opplever at dette er noe som hemmer eller fremmer deres mulighet til å ivareta sitt ansvar, vurderes å være av sentral betydning. Et tredje forhold knyttet til kommunen som politisk arena er kommunens evne og vilje til å gjøre politiske prioriteringer. Dette kan være knyttet til både kommuneøkonomi, som tidligere er nevnt som en strukturell faktor, og til systemkapasitet i tjenesteapparatet, og dermed de faktiske mulighetene for å prioritere.

Avslutningsvis inkluderes trekk ved kommunen som tjenesteyter. Det viktigste elementet her vurderes å være kompetanse i tjenesteapparatet. I dette inkluderes evne til å tiltrekke seg tilstrekkelig kompetanse, videreutvikle kompetanse i egen stab og å utnytte kompetansen som faktisk foreligger i kommunen.

Disse overnevnte er faktorene som studeres i casekommunene for å forsøksvis svare på hva som påvirker kommunens tilpasning til utvidede oppgaver og ansvar. Et gjennomgående fokus i studiet av disse variablene er hvorvidt kommunestørrelse ser ut til å være et pregende eller bestemmende element. Altså blir eksempelvis samarbeidsklimaet med helseforetaket preget av kommunens størrelse, eller om kommunestørrelse synes å være av betydning for kompetanse.

#### **4.2.2.3 Sammenligningsgrunnlag**

MSSD som design forutsetter at det er sammenlikningsgrunnlag mellom de to kommunene, for å teste eller utvikle hypoteser. Sammenlikningsgrunnlag er også avgjørende for å kunne isolere effekten av én gitt variabel, i dette tilfellet kommunestørrelse. Denne studien er bygget opp rundt en slik logikk. De to valgte casekommunene er tilsynelatende like, foruten kommunestørrelse, og det antas at de ivaretar helse- og omsorgsoppgaver på antatt ulike måter. Enkel logikk skulle da tilsi at kommunestørrelse fører til denne ulikheten i tilpasning, enten direkte eller indirekte, og det er dette forholdet som studeres i denne oppgaven.

Spørsmålet blir da om det er tilfellet at man kan trekke så klare linjer fra kommunestørrelse til

tilpasning, eller om situasjonen er mer kompleks. Dermed tenkes det å være hensiktsmessig å kombinere de to utgangspunktene til MSSD i denne oppgaven. For det første er casene valgt for å undersøke effekten av kommunestørrelse, som synes å være den tydeligste ulike variabelen. Dernest undersøkes det også om det foreligger andre ulikheter, som ikke er like klart forskjellige, som kan være med å bidra til ulikhet i utfall. Hensikten med oppgaven er både å undersøke viktigheten av kommunestørrelse, men også lete etter andre faktorer som potensielt kan ha bidratt til dette utfallet. Kommunene kan dermed synes valgt på bakgrunn av en antakelse om at de er sammenliknbare og at kommunestørrelse som variabel kan isoleres. Deretter er det tilført et mer eksplorerende element, for å undersøke om koblingen er så enkel som den virker, eller om situasjonen er mer kompleks.

#### 4.2.3 Valg av case

Eigersund og Sokndal kommune er valgt ut fra forkunnskaper om kommunene, og en antakelse og forventning om at disse to kommunene har relativt like forutsetninger for å kunne ivareta helse- og omsorgstjenester. De to kommunene har ulik størrelse. Kommunene antas samtidig å ivareta sine oppgaver og ansvar knyttet til helse- og omsorgstjenester på ulike måter. Dette er grunnlaget for seleksjonen av akkurat disse.

Det er flere potensielt problematiske forhold med dette designet, både knyttet til caseseleksjon og til de faktiske casene som er valgt. Det fremste problemet er at det kan være vanskelig å forutsette at de casene man har selektert er fullverdig sammenliknbare, foruten på én gitt variabel. Det er en metodologisk utfordring at variablene potensielt ikke er så like som forutsettes og forventes, hvilket kan være problematisk for denne studiens logiske oppbygning. Videre kan det være problematisk å inkludere alle de ”riktige” forutsetningene, i betydning alle faktorer som er av betydning. Det ikke er alle variabler som vil være like synlige. Det kan også være variabler som er tilsynelatende like, men som allikevel oppfattes og fungerer ulikt. Om hensikten med oppgaven derimot ikke er hypotesetesting eller hypoteseutforming, men er av mer eksplorerende art, vurderes ikke dette å være et tilsvarende problem for utfallet og resultatet av studien. Den metodologiske tilnærmingen utgjør da bare et grunnlag for caseseleksjon, og et metodologisk utgangspunkt. Heller enn å være en metodologisk forutsetning, blir det et strategisk utgangspunkt for det videre arbeidet med oppgaven. Det eksplorerende elementet av denne oppgaven er derfor inkludert som en måte å møte det problematiske aspektet ved at kommunene potensielt ikke er så tilsvarende som

forventet. Ved å ikke ha hypotesetesting som fokus, blir behovet for å velge tilsvarende case mindre.

Det kan også være problematiske forhold knyttet til de valgte casene. Forkunnskapen om de to casekommunene bygger på at jeg selv har jobbet i helse- og omsorgsapparatet i begge kommunene i flere perioder. Denne nærheten til casekommunene kan være både heldig og utfordrende for studien. Det heldige aspektet ved det er at det bidrar til god bakgrunnsinformasjon, både om forhold og aktører i kommunene. Ulempen med dette kan være at resultater kan bli farget og preget av en oppfattet situasjon og forutinntatthet, heller enn faktiske forhold.

En ytterligere utfordring er at det bare er to case som studeres. Dette gjør det mulig å gå i dybden på begge to, men gjør generaliseringsgrunnlaget noe svakt.

#### **4.2.4 Gjennomføring**

Datainnsamlingen i studien er gjennomført i en rekke ledd. I det følgende presenteres rammene for gjennomføring av datainnsamling. Denne masteroppgaven bygger på en forkunnskap om de to kommunene, og antakelser om at de to kommunene håndterer helse- og omsorgsutfordringer på en ulik måte. Denne forkunnskapen var imidlertid ikke operasjonalisert eller målt, men heller oppfattet etter å selv ha jobbet som pleieassistent i helse- og omsorgssektoren i begge kommuner i tiden rundt samhandlingsreformens ikrafttredelse. Problemstillingen er i stor grad basert på denne forkunnskapen. Det samme gjelder for caseseleksjonen. Det første leddet i innhenting av datamateriale var å studere St. meld 47 (2008-2009), da det er denne som både gir vurderinger av hvilke oppgaver som skal tillegges kommunen og grunnlaget for disse. Stortingsmeldingen ble gjennomgått for å undersøke hvilke potensielle utfordringer som var knyttet til de aktuelle nye oppgavene, og hvordan disse eventuelle utfordringene blir begrunnet. Disse forholdene synes å være interessante for datainnsamlingen i kommunene, så denne gjennomgangen av stortingsmeldingen ble gjort som første ledd av datainnsamlingen som helhet.

Det ble tatt utgangspunkt i å studere de faktiske forholdene i kommunene, både ut fra valgt teori og potensielle problematiske forhold skissert i stortingsmeldingen. Forut for gjennomføringen av datainnsamling ble det gjort en operasjonasliering av faktorer og forhold som tenktes å være relevante for kommunens evne til å ivareta helse- og omsorgstjenester og

intervjuguiden ble utformet med denne operasjonaliseringen som utgangspunkt.

Intervjuguiden ble derfor utformet på en slik måte at den skulle undersøke om de potensielle utfordringene gjorde seg gjeldende i casekommunene.

Andre ledd i datainnsamlingen ble å gjennomføre intervjuer med aktuelle aktører i helse- og omsorgsadministrasjonen i de to kommunene. Dette ble gjort ansikt til ansikt, med unntak at ett som ble gjennomført over telefon. Det ble intervjuet totalt fem aktører fra de to casekommunene og intervjuene ble gjort i desember 2015 og januar 2016. Alle intervjuene ble utført med utgangspunkt i samme intervjuguide. Avslutningsvis ble det innhentet talldata og statistikk fra andre kilder, og andre dokumenter ble gjennomgått. Dette var imidlertid dokumenter av en annen art, som tenktes å supplere det bildet intervjuene gav av kommunenes situasjon, utfordringer og eventuelle tilpasninger. Disse kildene ble dermed gjennomgått på en annen måte enn stortingsmeldingen. Gjennomgangen av disse kildene hadde en mer eksplorerende tilnærming enn analyserende, og ble ikke analysert i samme grad. Grunnen til at tallmaterialet og de andre skriftlige kildene ble innhentet i etterkant, var en tanke om å ikke la intervjuene bli farget av dette, men å heller ha en åpen innstilling til intervjuene og ikke annen forkunnskap enn den som lå til grunn for problemstillingen. Det ble vurdert at dette ville være heldig for den eksplorerende tilnærmingen oppgaven prøver å ivareta, og for å minimere graden av forutinntatthet.

Etter at datainnsamlingen var gjennomført, ble resultatene sortert og ryddet med utgangspunkt i operasjonaliseringene som ble gjort innledningsvis. Her ble det sammenfattet data fra samtlige kilder, og disse ble ryddet og gruppert basert på Jacobsens perspektiver på kommunen, samt operasjonaliseringene gjort tidligere. I presentasjonen av resultatene i det følgende er strukturen tilsvarende denne sorteringen. Først gjennomgås funnene fra St. meld 47 (2008-2009) og deretter resultatene fra den øvrige datainnsamlingen.

### **4.3 Dokumentanalyse**

Den første metoden som ble benyttet i datainnsamlingen er dokumentanalyse. I denne masteroppgaven studeres flere forskjellige dokumenter. De forskjellige dokumentene behandles på ulik måte. I det følgende omtales utvalget av dokumenter og en sortering av disse.

### 4.3.1 Utvalg

Studien tar i stor grad utgangspunktet i Stortingsmelding 47 (2009-2009). Oppgaven bygger på en omfattende kvalitativ innholdsanalyse av denne stortingsmeldingen som politisk dokument og plandokumenter knyttet til oppfølging av denne. Stortingsmeldingen er analysert med sikte på å undersøke særlig hva reformen tenkes å medføre av endringer og utfordringer for kommunen, både som organisasjon, politisk enhet, forvaltningsorgan og tjenesteprodusent/–tilbyder. St. meld 47 (2008-2009) studeres også med den hensikt å undersøke regjeringens ambisjoner for, og forventninger til, kommunen. Analysen av dette utgjør en stor del av grunnlaget for studiet av de faktiske forholdene på kommunenivået og i de to valgte casekommunene. Grønmo omtaler kvalitativ innholdsanalyse som en systematisk og inngående studie i innholdet i ulike dokumenter. Videre hevder han at på et generelt nivå så vil en slik analyse innebære en systematisering og registrering av relevante utvalgte sitater fra teksten, i den hensikt å belyse problemstillingen i den aktuelle studien (Grønmo, 2004, s. 128; s. 187). Grønmo viser videre til at utvelgelsen av tekstene tar utgangspunkt i problemstillingen og tematiske prioriteringer i forkant av utvelgelsen. Fordelen med en slik metode er at man kan endre kriteriene i utvelgelsen underveis. Dette kan gjøre en slik metode fleksibel og tilpasningsdyktig (Grønmo, 2004, s. 191). I denne oppgaven vil det fokuseres på dokumenter som omhandler kommunens rolle og forholdet mellom stat og kommune når det kommer til oppgavedeling.

Fokuset i denne oppgaven er på det lokale nivået. Kommunale dokumenter som kommunestyredokumenter og –referater, helse- og omsorgsplaner og annet er studert og benyttet. Videre er også andre dokumenter som beskriver oppgavedelingen mellom det lokale og det nasjonale nivået studert. I dette leddet blir igjen Stortingsmelding 47 (2008-2009) relevant, men også samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene. Alle disse lokale dokumentene er offentlige og var lett tilgjengelige fra kommunens nettsider. Disse overnevnte dokumentene ble brukt noe ulikt. Kommunestyredokumenter og –referater ble benyttet for å undersøke hvorvidt det syntes å være politisk oppmerksomhet knyttet til på helse og omsorg. Her ble det i utgangspunktet ikke gjort en kvantitativ analyse av referater og dokumenter, men kommunestyrereferatene fra den valgte tidsperioden ble undersøkt med sikte på å avklare hvor mange helse- og omsorgspolitiske saker som ble tatt opp i kommunestyrene i de to respektive kommunene. Hver av sakene ble ikke studert som i seg selv, ut over at de ble talt og det ble laget en oversikt over hvor mange helse- og omsorgspolitiske saker hver av de to casekommunene hadde hvert av årene i perioden, fordelt



på antall kommunestyremøter. Gjennomgangen av kommunestyredokumentene gikk imidlertid ett steg videre, ved også å studere hvorvidt vedtakene i hver av sakene synes å være preget av enighet eller splittelse. I tillegg ble hver av sakene som ble tatt opp vurdert som enten ”rutinevedtak” eller ”andre vedtak”, for å undersøke om det synes å være bevisste politiske vurderinger og tilpasninger knyttet til helse- og omsorgssektoren, eller om vedtakene heller synes å være preget av å være lovpålagte og rutinemessige.

Helse- og omsorgsplaner og andre kommunale planer ble undersøkt på en mer kvalitativ måte. I studien av disse ble det fokusert på kommunenes forståelse av egen situasjon og egne utfordringer, samt hvordan disse utfordringene ble tenkt løst. Den ene kommunen hadde en omfattende helse- og omsorgsplan, den andre hadde ikke. Dette i seg selv ble vurdert som en viktig indikator på hvorvidt kommunene var i stand til å forberede seg på, og tilpasse seg, en ny situasjon med utvidede oppgaver og ansvar.

Den siste dokumentkilden var samarbeidsavtalene mellom helseforetaket og de to casekommunene. Disse ble studert for å vurdere om det var ulikheter i avtalene mellom hver av kommunene og helseforetakene. Det ble dermed gjort en enkel innholdsanalyse av samarbeidsavtalene, for å kunne sammenligne de to kommunenes avtaleverk og vurdere i hvilken grad de er forskjellige.

Det er viktig å foreta kildekritiske vurderinger i innsamlingen av datamateriale. Grønmo knytter disse vurderingene til fire forhold ved kilden: dens tilgjengelighet, relevans, autentisitet og troverdighet (Grønmo, 2004, s. 190). Han vektlegger videre at en slik kildekritisk vurdering er viktig i alle typer undersøkelser, men spesielt viktig i kvalitative dokumentanalyser. Grønmo hevder at dette er grunnet i at man i slike studier gjør kildekritiske vurderinger underveis i studiet, og dermed kan tilpasse det etter hva som dukker opp underveis (ibid.). Denne studien vil i stor grad basere seg på offentlige dokumenter. Disse skal være lett tilgjengelige. De kommunale planene, de offentlige veilederne, lovverket og stortingsmeldingen og dens behandling er alt tilgjengelig fra Stortingets, departementets, direktoratenes og kommunenes hjemmesider.

Grønmo fremhever videre at vurderingen av kildenes relevans vil være av sentral betydning under datainnsamlingen. Han begrunner det ut fra at selve utvelgelsen av kilder bygger på relevansvurderinger i gjennomgangen av tekstenes innhold (Grønmo, 2004, s. 190). Også

tekstenes autentisitet og troverdighet styrkes ved at relevansvurderingen av kildene gjøres konsekvent, hevder Grønmo (ibid.). Avslutningsvis trekker Grønmo frem kontekstuelle vurderinger som en del av grunnlaget for å forstå og tolke innholdet i kildene. Dette knytter han tett sammen med vurderinger av tekstenes representativitet, altså hvem tekstenes innhold representerer (ibid.). Dokumentene denne oppgaven bygger på er offentlige. De antas å være autentiske og troverdige, da de er utformet av offentlige aktører. Det antas også at faktagrunnlaget for dokumentene er korrekt og at fremstillingen av poenger gjøres på en presis måte.

Det er ulik motivasjon for å studere ulike dokumenter. Hensikten med å studere samhandlingsreformen er å undersøke hvilke utfordringer stortingsmeldingen skisserer, og hvordan regjeringen tenker at kommunene kan eller skal møte disse. Studiet av stortingsmeldingen tenkes på den måten å være retningsgivende for den videre datainnsamlingen, ved å presisere forventet problematikk og faktorer og forhold som stortingsmeldingen vurderer at er av betydning for kommunens evne til å tilby tjenester. Videre holdes dette opp mot kommunale dokumenter for å studere hvorvidt det faktisk er gjort innretninger eller tilpasninger i de to casekommunene, og eventuelt hvordan. I de kommunale dokumentene undersøkes det også hvilke vurderinger som eventuelt er lagt til grunn for hvordan kommunen møter de utvidede oppgavene og det tilhørende ansvaret.

#### **4.4 Kvalitative intervju**

Dataene er i hovedsak kvalitative intervju. De kvalitative intervjuene er utgangspunktet for resultatene som presenteres under, og de andre datainnsamlingsmetodene regnes som supplementer til disse. Intervjuene ble gjennomført som uformelle utspørringer. Denne metoden blir omtalt av Grønmo som et opplegg bestående i en samtale mellom intervjueren og ulike respondenter (Grønmo, 2011, s. 127). Grønmo fremhever at forskeren har en svært krevende rolle under gjennomføringen av en uformell utspørring. Spørsmålene og svarene er som hovedregel ikke gitt på forhånd. Dette gjør at intervjueren må tilpasse seg underveis i datainnsamlingen og justere spørsmålene etter hvordan samtalen utvikler seg (ibid.) For å få dekket sentrale tema i datainnsamlingen er det vanlig for intervjueren å ta utgangspunkt i en intervjuguide. Denne utformes på en slik måte at den gir generelle retningslinjer for gjennomføringen av og retningen til samtale. Denne guiden vil også inneholde en oversikt over spesifiserte tema som vil dekke informasjonsbehovet for oppgaven videre (Grønmo, 2011, s. 161).

Intervjuguiden for denne oppgaven ble uformet på bakgrunn av studiens informasjonsbehov. Hensikten med studien er å undersøke hvordan det administrative nivået i to gitte kommuner har innrettet seg for å tilpasse seg utvidete oppgaver og ansvar. Dermed synes det hensiktsmessig å intervjuere aktører i kommuneadministrasjonen på helse- og omsorgsfeltet, da det er disse som tenkes å ha gjort gitte eventuelle tilpasninger. Oppgaven tar dermed utgangspunkt i de aktørene som har arbeidet praktisk med beslutninger om og innføringen av eventuelle endringer. Disse antas å ha en oppfatning av hva som hemmer og fremmer kommunen i denne tilpasningen, og å vite hvilke utfordringer egen kommune står overfor i den forbindelse. For ytterligere å få informasjon er det nødvendig å vurdere hvilken kommunikasjonsform som kan benyttes i intervjuene, for best å få frem denne informasjonen.

#### **4.4.1 Valgte respondenter**

Det er valgt ut respondenter fra kommuneadministrasjonen i de to casekommunene. Fra Eigersund er det valgt ut fire respondenter fra rådmannens stab, i Sokndal er det valgt ut én. Dette kan se ut som en skjevhet, men denne skjevheten skyldes at kommuneadministrasjonen i de to kommunene er av ulik størrelse. Samtlige respondenter, i begge casekommunene, jobber administrativt med helse- og omsorgstjenestetilbudet i de to kommunene. Sokndal kommune har ikke tilsvarende mange respondenter tilgjengelig. Dette utvalget er gjort på bakgrunn av det teoretiske fokuset i oppgaven, på helse- og omsorgsadministrasjon.

#### **4.4.2 Gjennomføring**

Alle gjennomførte intervjuer ble tatt opp på bånd, for å så bli transkribert. Samtlige intervjuer brukte samme uformelle intervjuguide, for å forsikre at de samme temaene ble omtalt av samtlige informanter. Det var imidlertid relativt åpne spørsmål, som gjorde at informantene kunne bidra med andre faktorer fritt. I noen av intervjuene kom det frem aspekter som ikke var påtenkt under utformingen av intervjuguiden. Et eksempel på et slikt forhold er «geografisk beliggenhet». Dette er en faktor som ble omtalt av flere av informantene, uten at det spesifikt ble spurt om det i intervjuet.

Intervjuene var basert på en intervjuguide (vedlagt). Denne var, som nevnt, relativt åpen. Den ble utformet med et eksplorerende utgangspunkt, hvor tanken var i å størst mulig grad undersøke de faktiske forholdene i kommunen, og hva de kommuneansatte selv anså som av betydning. Temaene i intervjuguiden tok direkte utgangspunkt i operasjonaliseringen av både den avhengige og de uavhengige variablene. Først ble det undersøkt hvordan de

kommuneansatte så på «den nye kommunerollen» og hvordan de hadde tilpasset seg denne. Deretter ble hver av de uavhengige variablene undersøkt, for å vurdere hvorvidt de ansatte tiller dem forklaringskraft eller betydning. Da samtlige intervjuobjekter jobbet i kommuneadministrasjon, ble det ikke sett som hensiktsmessig å ha ulike intervjuguider til de ulike informantene. Spørsmålene i guiden var også såpass åpne at det var rom for å svare det som for hver enkelt respondent var relevant og kjent.

#### 4.4.3 Potensielle utfordringer

Utvalget av respondenter er lite, og disse kommer fra ett nivå i organisasjonen. Dette kan føre til at svarene som blir samlet inn kan være relativt like og potensielt ikke gi en tilstrekkelig kompleks fremstilling av situasjonen i casekommunene. Det kan tenkes at aktører som jobber tett sammen vil ha liknende oppfatninger av utfordringer og situasjon. Det kan være dimensjoner som ikke er respondentene bevisste, og som dermed potensielt ikke vil dukke opp i intervjuene. En måte å håndtere en slik utfordring vil være å inkludere aktører fra andre nivåer i organisasjonen, eller andre samarbeidspartnere fra eksempelvis helseforetak eller andre seksjoner i kommunen. Denne utfordringen er imidlertid tenkt håndtert ved å inkludere andre datakilder, og gjennom disse undersøke elementer av kommunen som respondentene potensielt ikke selv har oppfattet. En annen utfordring knyttet til å intervju aktører på samme nivå i organisasjonen er at de er stilt spørsmål om deres egen oppfatning av situasjonen de selv står i. Det kan da være vanskelig for aktørene å ha et kritisk blikk på egen organisering og egne tilpasninger, og svarene som kommer frem i intervjuene kan være preget av dette. Dette er også utfordringer det vil være viktig å være bevisst både i intervjusituasjonen, men også i behandlingen av data i etterkant.

#### 4.5 Talldata

Den siste datakilden som benyttes i denne oppgaven er talldata og statistikk fra SSB. I all datainnsamling er det tatt utgangspunkt i en valgt tidsperiode, fra 2011 til 2014. Denne perioden er valgt for å kunne studere året før og årene rett etter at reformen trådte i kraft. Det er tenkt at to forhold vil kunne belyses: aktive tilpasninger før reformens ikrafttredelse, og endringer i tiden etter. Dernest vil man kunne se om det er skjedd markante endringer i faktorer fra perioden før reformen til perioden etter reformen trådte i kraft, og dermed vurdere hvorvidt forhold er endret ved innføringen av den.

Tallene som benyttes i oppgaven er hentet inn KOSTRA (Kommune-stat rapportering) og SSBs statistikkbank. Det er hentet inn både tall på variabler i hver av de to casekommunene,

og nasjonale gjennomsnitt på de tilsvarende variablene. Dette gjøres for å både si noe spesifikt om hver av kommunene, for å holde dem opp mot hverandre og dessuten for å kunne sammenligne dem med gjennomsnittet av norske kommuner. Sistnevnte vurdering er inkludert for å si noe om hvorvidt det er særskilte forhold som gjør de to kommunene ulike eller like den gjennomsnittlige norske kommune, og dermed potensielt si noe om generaliseringsgrunnlaget til funnene i oppgaven.

Det er ikke gjort egne datainnsamlinger med hensikt å generere statistikk. Dette er primært grunnet to hensyn. For det første tenkes en slik datainnsamling å være svært krevende. Dessuten vurderes tallene fra SSB å være gode, pålitelige og relevante, og dermed en viktig datakilde for oppgaven. Tallene er enkelt tilgjengelige fra SSB sin internettside, og er lette å avgrense til å gjelde det som ønskes undersøkt.

#### **4.6 Datakvalitet**

Datakvalitet er relevant for oppgavens styrke og det metodologiske oppleggets verdi. Det er primært tre måter å måle datakvalitet på: reliabilitet, målingsvaliditet og ekstern validitet.

##### **4.6.1 Reliabilitet og målingsvaliditet**

Reliabilitet refererer til datamaterialets pålitelighet. Dette er knyttet til hvorvidt det metodologiske opplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data. Om reliabiliteten er høy vil gjentatte datainnsamlinger gi tilsvarende resultater hver gang. Det vil være stort samsvar mellom datasettene som hver gang blir samlet inn. Reliabilitet henger med det tett sammen med utformingen og gjennomføringen av en datainnsamling. Det vil i praksis være vanskelig å gjennomføre datainnsamlinger som denne på helt tilsvarende måte flere ganger, og dermed potensielt være vanskelig å oppnå høy reliabilitet, men reliabilitet regnes likevel av mange som et nyttig utgangspunkt for drøfting og vurdering av ulike metodologiske opplegg (Grønmo, 2011).

Målingsvaliditet refererer til hvorvidt datamaterialet som er samlet inn belyser og besvarer problemstillingen på en god måte. Dette handler om hvorvidt det er samsvar mellom problemstillingen og den innsamlede data. Dette begrepet omtales av Adcock og Collier (2001). De hevder at målingsvaliditet omhandler prosessen med å koble konsepter til observasjoner, og er særlig knyttet til hvordan konsepter operasjonaliseres for å reflektere innholdet i gitte konsept. Adcock og Collier presenterer forholdet mellom begrep eller konsept og observasjoner i en modell på fire nivåer. På nivå 1 er bakgrunnsbegrepet, eller det

underliggende begrepet som skal studeres. På dette nivået har begrepet potensielt mange ulike betydninger. I denne oppgaven studeres kommunen i sin enkleste form. Som Jacobsen vektlegger har kommunen en rekke ulike betydninger. På neste nivå gjøres det en systematisering av bakgrunnsbegrepet. Dette er gjort ved å avgrense oppgaven til å omhandle helse- og omsorgsadministrasjon og kommunen som tjenesteyter. Dernest, på tredje nivå, gjøres det operasjonaliseringer av begrepet. I denne masteroppgaven er både trekk ved kommunen operasjonasliert og kommunens tilpasning som tjenesteyter operasjonalisert. På siste nivå gjøres det observasjoner eller målinger.

Det tenkes at dette er operasjonaliseringer og avgrensninger som er hensiktsmessige, og at observasjonen av det målte fenomenet dermed vil være god. Det er også her noen utfordringer. For det første kan det være vanskelig å inkludere alle faktorer i beskrivelsen av hva en kommune er, og alle trekk ved denne enheten. Videre er det en utfordring å operasjonalisere hvordan en kommune er ”i stand til å ivareta nye oppgaver og ansvar”. Det er imidlertid avklart hvilke nye oppgaver og ansvar dette gjelder, og dermed regnes målingen av dem som mulig.

#### **4.6.2 Ekstern validitet**

Som tidligere nevnt definerer Gerring case-studier som en intensiv studie av en eller få enheter, hvor formålet er å forstå en større univers av tilsvarende enheter (Gerring, 2004, s. 342). Når en oppgaves eksterne validitet skal vurderes, handler det om generalisering fra disse valgte få enhetene til det større universet, eller hvorvidt funn fra studiet av enkeltcasene synes å kunne gjøres gjeldende for resten av casene i universet. I denne oppgaven er det et lite utvalg av enheter ved at det bare studeres to casekommuner. Det tenkes dermed at grunnlaget for å kunne generalisere er lite. Det vil være vanskelig å si at de to valgte casekommunene er representative for universet som helhet. Dette er to kommuner i en sørligvestlig utkant av Norge, og funn fra disse vil vanskelig kunne generaliseres til alle andre norske kommuner. Imidlertid vil det potensielt være mulig å generalisere til mindre, mer avgrensede univers. Det kan tenkes at de valgte casekommunene er representative eksempelvis for Rogalandskommuner, eller representative for kommuner på sin størrelse. Det vil imidlertid være krevende å hevde at de er det, ut fra datamaterialet som foreligger. Dermed må generaliseringsgrunnlaget vurderes som dårlig. Dette er en svakhet ved å studere få case, men en svakhet som er tilsvarende for alle casestudier med få enheter.

## Kapittel 5 - Samhandlingsreformen

I dette kapitlet vil det gjøres rede for innhold og sentrale trekk ved samhandlingsreformen. Stortingsmelding 47 (2008-2009) er lest og analysert for å utforske hvordan denne oppfatter norske helse- og omsorgstjenester, og utfordringer knyttet til disse. Videre er det undersøkt hvordan meldingen vurderer kommunen som både forvaltningsorgan, og iverksetter av offentlig politikk og som tjenestetilbyder. Det undersøkes hvilke utfordringer reformen vurderer som aktuelle, for begge disse kommunefunksjonene. Dette gjøres for å kunne vurdere hvordan reformen håndteres på kommunenivå og holde dette opp mot hvordan den faktiske situasjonen er i kommuneleddet, og i de to casekommunene. Hensikten med denne undersøkelsen av stortingsmeldingen å forstå hvilken politikk kommunene skal eller må forholde seg til.

### 5.1 Innhold

Stortingsmelding 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid” regnes som en av de større reformene innen norsk helse- og omsorgssektor de siste 30 år. Reformens mål er å være løsning på det som oppfattes som et fragmentert og uoversiktlig helsevesen og slik bidra til mer helhetlig pasientbehandling som svarer til pasientens behov, samt sikre en samfunnsøkonomisk mer forsvarlig drift.

Stortingsmeldingen skisserer tre hovedutfordringer det norske helseapparatet står overfor. Den første er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Stadig flere pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for at tjenester leveres fra flere tjenesteytere, da de gjerne har komplekse og sammensatte diagnoser og sykdomsbilder. Dermed vokser også behovet for at tjenesteapparatet koordineres bedre, slik at pasientene får et mer helhetlig tilbud av helsetjenester. Meldingen viser også til at dårlig koordinerte tjenester vil føre til dårlig og lite effektiv ressursbruk (St. meld 47 (2008-2009), s 13).

Den andre hovedutfordringen knyttes til at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det uttrykkes at det lenge har vært et ensidig fokus på å behandle sykdommer og senkomplikasjoner, heller enn å mestre og redusere kroniske sykdomsutvikling. Videre er koblingen mellom forebyggingen, diagnostisering, behandling og rehabilitering for dårlig, hvilket igjen bidrar til det fragmenterte tjenesteapparatet.

Meldingen fremmer videre at det ikke finnes gode nok systemer for hvordan ressursene skal fordeles mellom disse fire leddene (ibid.).

Den tredje hovedutfordringen er at demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. ”Det blir stadig flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. KOLS, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov (...) utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, og derav økte behov for tjenester, gir tilsvarende store utfordringer for helsetjenesten” (ibid., s. 13-14).

For å bøte på disse tre hovedutfordringene er det skissert fem hovedgrep. Hovedgrep nummer en er at det må opprettes en klarere pasientrolle. Dette skal gjøres ved at aktørene på alle nivå i helse- og omsorgstjenesteapparatet, i større grad enn i dag skal tenke på ”helhetlige pasientforløp”. Ved å innføre gode helhetlige pasientforløp som en felles referanseramme for alle aktører, er håpet å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot at pasientene hjelpes til å kunne mestre eget liv og/eller gjenopprette funksjoner og egenmestring i størst mulig grad. Dette grepet har som ambisjon å føre til at det er pasienten som er i fokus, og at aktørene samlet er til for pasienten, heller enn motsatt (St. meld 47 (2008-2009), s 14). Det andre hovedgrepet er at det skal etableres en ny framtidig kommunerolle, en rolle som innebærer at kommunen får et større ansvar for helhetlig tenkning i pasientforløpet og i større grad står ansvarlige for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Det er en ambisjon at pasientene skal kunne behandles på laveste mulig omsorgsnivå, eller beste effektive omsorgsnivå (BEON) som det kalles i stortingsmeldingen. Tredje hovedgrep er at det skal etableres økonomiske insentiver for å understøtte den ønskede oppgaveløsningen.

Kommunene tenkes å få et medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten og ansvar for å finansiere utskrivningsklare pasienter. Hovedgrep fire innebærer at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. I stortingsmeldingen fremmes det at dette primært kan skje på to måter. For det første må det sørges for at oppgavefordelingen mellom kommunen og helseforetakene gjøres på en måte som gjør at spesialisthelsetjenesten i størst mulig grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, altså på de spesialiserte tjenestene. For det andre kan et bedre fokus på



helhetlige pasientforløp føre til at pasienter med behov for spesialiserte helsetjenester lettere kan finne frem til de tjenestestedene som har slik kompetanse. Det femte og siste hovedgrepet er at det må tilrettelegges for tydeligere prioriteringer. Ved manglende helhetstenkning finnes det heller ikke tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for myndighetene på helse- og omsorgsfeltet. Utfordringene som er skissert tidligere vil kreve at prioriteringer på feltet i større grad er rettet inn mot helheten i pasientforløpene. Det må unngås forenklete satsinger på ledd i tjenesteforløpet, og heller fokusere på helheten hvor de ulike leddene er tilpasset hverandre.

Avslutningsvis viser stortingsmeldingen til at de fem hovedgrepene også skal suppleres med tiltak på andre områder, som utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk, personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen samt samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer (ibid. s. 14).

I denne studien fokuseres det på kommunen som tjenestetilbyder og som leverandør av helse- og omsorgstjenester. Derfor er det i det følgende størst fokus på ”ny framtidig kommunerolle” som hovedgrep og det undersøkes hvordan denne nye rollen presenteres i Stortingsmeldingen, hvilke hovedelementer en slik ny rolle vil innebære og hvilke implikasjoner og potensielle utfordringer stortingsmeldingen skisserer for kommunene. I det følgende presenteres det hva stortingsmeldingen sier om hvordan reformen i praksis vil utarte seg i kommunene.

Den nye framtidige kommunerollen (omtalt som kommunerollen) innebærer at kommunene i større grad skal få ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. I stortingsmeldingen fremmes det at regjeringen i tiden etter vedtak vil vurdere hvilke konkrete aktuelle oppgaver som kan legges til kommunen, slik at de i større grad kan oppfylle denne ambisjonen. Det skal også redegjøres for omfanget av oppgaver og iverksettelsestidspunkt for disse, etter at Stortinget behandlet meldingen (St. meld 47 (2008-2009), s. 25).

Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede veksten i helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skal skje på kommunenivået. Dette synes å samsvare med den historiske utviklingen som tidligere er omtalt. Det er skjedd en stor vekst i kommunale oppgaver, hvorav en stor andel av denne veksten gjelder innen helse- og omsorgsoppgaver. De nye oppgavene er, i følge stortingsmeldingen, av ulik art: noen er å betrakte som oppbygging og klargjøring

av allerede eksisterende oppgaver, noen er utvikling av nye tjenestetilbud og til slutt er noen av oppgavene overføringer av tjenester som tidligere har vært spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette samsvarer også med den generelle tendensen, at det er skjedd en forskyvning av tjenester frem og tilbake mellom de ulike nivåene, men at det i siste tid er en klar tendens mot at flere oppgaver tillegges kommunen.

Alle innbyggere skal ha tilgang til de samme tjenestene, uavhengig av bosted og økonomisk situasjon. Dette er knyttet opp mot sørge-for ansvaret er en viktig spesifisering, så det er ikke gitt ... og en sentral del av stortingsmeldingen, som tenkes å gjøre det lettere for små kommuner å tilby samme tjenesteapparat som større kommuner.

## 5.2 Oppgavedeling mellom helseforetak og kommuner

Stortingsmeldingen omtaler omfattende hvordan regjeringen ser for seg at oppgavedelingen mellom helseforetakene og kommunene skal være. Denne diskusjonen bygger delvis på hvordan den historiske utviklingen har vært, og hvordan utfordringer vurderes løst i fremtiden. Stortingsmeldingen viser til at diskusjonen om hvordan offentlig forvaltning bør organiseres lenge har vært preget av problemstillingen om hvordan ansvar og oppgaver kan og bør fordeles mellom sentralt og lokalt nivå. Samhandlingsreformen faller inn i denne diskusjonen. Meldingen viser videre til at det er avgjørende for god samhandling mellom nivåene at man kommer frem til en arbeidsdeling som oppfattes som hensiktsmessig og naturlig (St. meld 47 (2008-2009), s. 22). Denne arbeidsdelingen bør også gjøres på en slik måte at man får utnyttet potensialet i, og styrkene ved, de to forvaltningsnivåene. På helse- og omsorgsfeltet innebærer dette at man organiserer på en slik måte at man får benyttet spesialisthelsetjenestens kompetanse og spesialisering der dette er nødvendig, men at man samtidig i tilfeller hvor en slik kompetanse ikke kreves kan benytte seg av kommunens styrker, som befolkningsnærhet og bredden i kommunale tjenester.

Videre fremmer stortingsmeldingen at kjernen i reformens utfordringer er av en annen karakter. ”Her er poenget at tjenester som leveres fra virksomheter i de to forvaltningsnivåene inngår i en helhetlig oppfyllelse av den enkelte pasients eller brukers behov”. Denne problemstillingen blir mer og mer sentral, spesielt for pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder. Det blir derfor essensielt for helse- og omsorgssektoren i tiden som kommer å iverksette systemtiltak med fokus på helhetlige pasientforløp. Disse systemtiltakene vurderes

dithen at de kan innebære begrensninger i handlefriheten på de to forvaltningsnivåene og innad i virksomhetene på disse (ibid.)

En videre utfordring knyttet til fordelingen av oppgaver mellom de to forvaltningsnivåene er at mange helse- og omsorgstjenester vurderes å til en hver tid ligge i grenselandet mellom nivåene. I disse tilfellene blir det helhetlige fokuset ytterligere viktig. Stortingsmeldingen viser til at mange av tjenestene som havner mellom disse to nivåene ofte er av en slik art at de krever lokale tilpasninger, men samtidig nødvendig faglig kompetanse. Videre vises det til at slike oppgaver i dag ofte løses ulikt og i mange tilfeller ikke godt nok: ”Rammebetingelser og praksis som har utviklet seg gjør at kommuner, helseforetak og også andre tjenesteytende virksomheter ikke driver med de riktige oppgavene i tilstrekkelig grad” (St. meld 47 (2008-2009), s. 26.) Et viktig ledd i samhandlingsreformen blir dermed å kartlegge hvilke tjenester dette gjelder, og vurdere hvilket omsorgsnivå disse kan legges på. Et kontinuerlig mål er i dette arbeidet å tilby tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON) (ibid.)

Departementet viser til at den nye reformen kommer i slutten av en lang rekke reformer som alle har ført til mange nye oppgaver og stor tilvekst av nye brukergrupper i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunehelsetjenesteloven, sykehjemreformen fra 2002, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming (HVPU-reformen) og opptrappingsplan for psykisk helse fremheves av stortingsmeldingen som viktige milepæler i denne utviklingen. I sum fører de til at kommunen har fått ansvar for et omfattende og komplekst tjenestetilbud (St. meld 47 (2008-2009), s. 56). Forhold som videre har bidratt til dette er en økning i aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, og det som oppleves som en stadig dreining i retning av kortere liggetid og overgang til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Dette har også ført til en økt belastning i kommunehelsetjenesten (ibid.).

De norske kommunene står fritt til å organisere egne helse- og omsorgstjenester. Dette er et grunnleggende prinsipp for organisering av offentlig sektor. Bakgrunnen for dette er en tanke om at kommunene best kjenner egne lokale forhold og utfordringer, og at denne nærhetseffekten vil gjøre dem bedre egnet til å organisere seg på en hensiktsmessig og effektiv måte, gitt lokale forhold (St.meld 47 (2008-2009), s. 55). Ved samhandlingsreformen tenkes kommunens rolle å endres slik at den i større grad enn tidligere kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i tidligere stadier av sykdomsforløpene. Basert på samme tanken om nærhetseffekten skal kommunene sørge for en helhetlig tenkning med

”forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)” (St. meld 47 (2008-2009), s. 15). Dette omtales i stortingsmeldingen som en ”ny framtidig kommunerolle”.

Stortingsmeldingen spesifiserer imidlertid en rekke kriterier som vurderes som grunnlag for denne utvidede kommunerollen. For det første er det sentralt at de nye oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor kompetanse er en av hovednøkklene. Det er altså en avgjørende faktor at kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å tilby forsvarlige og gode tjenester. Videre legger stortingsmeldingen opp til at det skal opprettes et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak. Disse avtalene skal være lovpålagte og bindende, og konkretisere oppgavedeling og samarbeid mellom aktørene (St. meld. 47 (208-2009), s. 15)

En ytterligere spesifisering som gjøres i stortingsmeldingen er at den tenkte kommunerollen, og tilhørende oppgaver, vil kreve et varierende befolkningsgrunnlag. Stortingsmeldingen inkluderer med dette kommunistørrelse som en variabel som kan påvirke reformens utfall. Det gjøres noen foreløpige anslag for dette i meldingen, og det fremmes at dette er et forhold som vil bli nærmere utredet: ”I den konkrete vurderingen av oppgavene vil det bli utredet nærmere hvilken kompetanse og hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig for at det skal vær en helsemessig og samfunnsøkonomisk forbedring å legge oppgavene til kommunehelsetjenesten” (St.meld. 47, (2008-2009), s. 57).

Videre vektlegger stortingsmeldingen at den er bevisst åpen i sine formuleringer og målsetninger. Det fremheves at det praktiske opplegget i reformen må gi nødvendig fleksibilitete, slik at det er mulig for kommunen å fremme de beste effektive løsningene for pasientens beste. Opplegget må designes på en slik måte at det gir rom for lokale tilpasninger. Et slikt design gir kommunene stor frihet, og forventes å selv gjøre vurderinger ut fra lokale forhold. Det legges opp til at kommunene selv skal vurdere hvordan de skal tilby tjenestene, og om de er i stand til å levere tjenester på egenhånd, i samarbeid med andre kommuner, eller om det er mest hensiktsmessig at de utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (St.meld 47 (2008-2009), s. 57-58). Stortingsmeldingen legger til grunn at kommunene skal gjøre disse vurderingene og eventuelle lokale tilpasninger med hensyn til variabler som geografi, befolknings sammensetning, infrastruktur og avstand til lokalsykehus (ibid). Her fremmer

kommunen altså ytterligere kriterier eller forhold som kan påvirke tjenestetilbudet i kommunen, ut over kommunestørrelse. Disse variablene spesifiseres imidlertid ikke ytterligere. Det omtales heller ikke hvordan disse forholdene eventuelt vil påvirke kommuneapparatet. Dette er imidlertid forhold som vil undersøkes i de to aktuelle casekommune. Det vil undersøkes om det er gjort tilpasninger, og om disse eventuelt kan kobles sammen med de overnevnte variablene.

### Den nye kommunerollen

Basert på de overnevnte forutsetningene og forholdene beskriver og vurderer stortingsmeldingen potensielle oppgaver for kommunen, og hvilke kriterier som bør ligge til grunn for å sikre at disse funksjonene kan bygges opp i kommunal sektor (St. meld 47 (2008-2009), s. 57). I omtalen av den ”nye framtidige kommunerollen” vurderes en rekke ulike oppgaver. Disse regnes ikke for å være uttømmende og stortingsmeldingen er tydelig på at andre oppgaver vil kunne bli vurdert i det videre arbeidet med samhandlingsreformen. Disse oppgavene som nevnes under er imidlertid utgangspunktet for reformen. Stortingsmeldingen vektlegger videre at det er viktig for samhandlingsreformen at kommunene forvalter sine ansvarsposisjoner og oppgaver på en helhetlig måte, med utgangspunkt i brukernes og pasientenes behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, og innenfor de myndighetsmessige rammer som følger av lov og budsjettvedtak (St. meld. 47 (2008-2009), s. 55). Det må gjøres lokale tilpasninger og vurderinger, og oppgavene innebærer stor fleksibilitet og frihet for kommunene, samtidig som det er viktig at de holder seg innenfor rammene gitt av reformen.

Stortingsmeldingen deler de nye eventuelle kommunale oppgavene i to hovedkategorier: kompetansekrevene funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver. Den første kategorien omtales som funksjoner som ofte er av tverrfaglig art, og i noen grad krever spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester (St. meld 47 (2008-2009), s. 58). Disse tjenestene er knyttet til både rus, psykiatri og somatiske helsetjenester. Denne oppgaven fokuserer primært på somatiske helse- og omsorgstjenester, og det er disse som omtales i det følgende. Stortingsmeldingen fremmer en rekke eksempler på framtidige kommunale oppgaver på dette feltet, som for eksempel tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering (ibid.). Disse ordningene er tenkt som et ledd i å gjøre tjenestetilbudet mer helhetlig, og sørge for større grad av sømløshet i pasientbehandlingen.

Videre vurderes det også kommunen å gis ansvar for andre tiltak, som eksempelvis lærings- og mestringstilbud og egenbehandling (ibid.).

### **5.3 Tiltak**

Grimsmo m.fl. (2014) vektlegger at virkemiddelbruken står sentralt i enhver reform. I samhandlingsreformen beskrives en bred bruk av virkemidler som omfatter både organisatoriske, økonomiske og faglige tiltak, og eventuelle endringer i lov og regelverk for å kunne gjennomføre endringene (Grimsmo m. fl. 2014, s 7). I det følgende beskrives tiltakene som vurderes i stortingsmeldingen, fordelt i fire hovedgrupper: organisatoriske, juridiske, økonomiske og faglige tiltak.

Stortingsmeldingen understreker at de tre hovedutfordringene tidligere skissert, ikke står i motsetningsforhold til hverandre. Alle tre krever tiltak som underbygger helheten i tjenestetilbudet. Dette innebærer, som tidligere nevnt, delvis en oppbygging og tydeliggjøring av allerede eksisterende oppgaver, delvis en oppbygging av nye oppgaver og delvis en overføring av oppgaver mellom tjenestenivåene. Hvert av hovedgrepene er dermed ment å på ulik måte bidra til realisering av helsepolitikkenes målsetninger. Disse kan ikke sees som uavhengig av hverandre, men skal utgjøre en helhet som i sum prøver gi en fremtidig helse- og omsorgstjeneste med fokus på pasientens behov for helhetlige og koordinerte tjenester, og som samtidig svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene i sektoren.

Stortingsmeldingen viser til at de ulike tiltakene til dels er av strukturell karakter, i den forstand at det må skje endringer i den organisatoriske oppbygningen av tjenesten som skal møte framtidens behov. Imidlertid fremheves det at gode strukturer i seg selv ikke gir sikkerhet for at ønskede mål innfris, og disse tiltakene må derfor suppleres med å etablere rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og levere tjenester som samsvarer med målene i helse- og omsorgspolitikken (St. Meld 47 (2008-2009), s. 24-25)

#### **5.3.1 Organisatoriske tiltak**

Samhandlingsreformen fremmer at en del av tiltakene er av strukturell karakter, og dermed vil innebære organisatoriske omlegginger. Et tydelig eksempel på organisatoriske virkemidler er de nye lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene på den ene siden og det tilhørende helseforetaket på den andre siden. Disse samarbeidsavtalene klargjør ansvarsforhold mellom de to, etter en fast utformet mal. Imidlertid inneholder de også rom for lokale tilpasninger og tilførsler. Samarbeidsavtalene skal avklare og tydeliggjøre ansvars- og oppgavedelingen

mellom de to aktørene og nivåene og dermed være et verktøy for å hindre dobbeltarbeid eller at ansvar faller mellom stoler. Videre er de tenkt som et verktøy som kan føre til tettere samarbeid mellom de to nivåene. Dette er igjen et steg i å få større grad av helhetstenkning på pasientforløp og tenkes å være samfunnsøkonomisk gunstig. Ved velfungerende og tydelig ansvars- og oppgavedeling tenkes det å bedre utnytte potensialet i begge tjenestenivåene (St. meld 47 (2008-2009), s. 77)

### 5.3.2 Juridiske tiltak

Juridiske virkemidler synes å være en sentral del av samhandlingsreformen. Da reformen trådte i kraft 1. januar 2012 trådte også den nye ”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester” (helse- og omsorgstjenesteloven) i kraft. Denne loven erstattet tidligere ”kommunehelsetjenesteloven” og ”sosialtjenesteloven”, og medførte at det juridiske skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester oppheves, og helsetjenester, sosialomsorg og eldreomsorg ble med det ett juridisk felt. I følge reformen så er hensikten med dette å bidra til et bedre grunnlag for samhandling mellom tjenestene i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Denne lovendringen tenkes dermed å være av særskilt betydning for kommunen som tjenestetilbyder.

Brevet med informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester til kommunene spesifiseres og klargjøres innholdet i den nye loven og hensikten med den. Brevet er primært sendt ut til norske kommuner og helseforetak. Her vektlegges det at den nye loven ikke nødvendigvis utelukkende innebærer nye oppgaver, men også viderefører ansvar og oppgaver som kommunen allerede har hatt. Dette er ansvar som tidligere har vært lovfestet gjennom sosialtjenesteloven og kommunehelseloven. Den nye loven innebærer først og fremst en videreføring og en sammenslåing av disse to lovverkene. Videre vektlegger brev om ikraftsettingen av reformen at den nye loven i større grad er en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten. Den nye kommunehelsetjenesteloven tydeliggjør, i følge brevet, blant annet kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende ansvar og deres ansvar for å tilby forsvarlige tjenester.

Lovendringen innebærer to nye lovpålagte oppgaver for kommunen. For det første forplikter loven kommunene å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelige helse- og omsorgsplasser (heretter omtalt som øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser).

Videre forpliktes kommunen å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

Den nye loven har med dette følgende konsekvens: kommunen får et tydeliggjort og noe utvidet ansvar for helse- og omsorgstjenester, hvor utvidelsen primært ligger i større ansvar for forebygging og større overordnet ansvar helhetlige pasientforløp og for helse- og omsorgstjenester generelt. Helse- og omsorgstjenesteloven innebærer imidlertid, i følge brevet, primært en tydeliggjøring av kommunens ansvar, og dermed en tydeligere oppgavedeling mellom kommuneleddet og helseforetakene, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

### 5.3.3 Økonomiske tiltak

De økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen er tredelte. Det første punktet er at det skal innføres kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandling som skjer i spesialisthelsetjenesten. Et gjennomgående fokus i stortingsmeldingen er at ansvar ikke skal overføres til kommunene uten at de kompenseres økonomisk for det økte ansvaret. En andel av midlene som tidligere ble overført direkte til helseforetakene nå skal overføres til kommunene, slik at deler av finansieringen av helseforetakene går via kommuneleddet. Kommunene vil deretter kjøpe tjenester av spesialisthelsetjenesten. Tanken bak denne endringen er at det skal bevisstgjøre kommunene økonomisk. Det skal videre fungere som et insentiv for kommunene til å organisere og tilrettelegge tjenester på laveste effektive omsorgsnivå, og for at kommunene bedre skal kartlegge deres totale omfang av bruk av helsetjenester.

Det andre punktet er at kommunene skal få økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra og med 1. januar 2012, og en betalingsplikt for pasienter som er definert som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Igjen vil kommunene bli kompensert økonomisk for dette ansvaret, ved at det overføres midler til kommunen som svarer til de økte kostnadene. Tanken er at dette skal fungere som et økonomisk insitament for kommunen til å etablere plasser som er mindre kostnadskrevende, på lavere omsorgsnivå, og dermed spare penger som kan brukes på andre helsetiltak (St. meld 47 (2008-2009), s. 32).

Stortingsmeldingen fremhever at det er en rekke ulike faktorer som kan påvirke liggetid på sykehus, som trekk ved kommunen som bemanning og kompetansesammensetning i helse- og omsorgsapparatet, legedekning i sykehjem, antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger, samt



sykehusets plassering i forhold til kommunene. Videre fremmes det at det vil være stor forskjell i omfanget av utskrivningsklare pasienter, både mellom institusjoner og mellom kommuner. Dette siste punktet betraktes særlig som en risiko for små kommuner, hvor små svingninger i omfang kan ha praktiske store implikasjoner. Når omfanget av pasienter i utgangspunktet er relativt lite, vil selv små svingninger få store utslag. Stortingsmeldingen hevder imidlertid at denne risikoen kan reduseres noe ved å inngå interkommunale samarbeid (ibid., s. 32-33).

Det tredje og siste økonomiske virkemiddelet i reformen er at spesialisthelsetjenesten i økt grad skal bli rammefinansiert. Det innebærer at finansieringsordningen for sykehusene skal endres i retning av økt grad av rammefinansiering, på bekostning av den samlede aktivitetsbaserte finansieringen (ISF). Begrunnelsen for dette er at en slik justering vil bidra til å redusere sykehusenes insentiv til å ta pasienter unødvendig inn i sykehusene, og dermed legge bedre til rette for behandling i kommunene. Dette er med andre ord et tiltak som ikke direkte påvirker kommunene, eller kommunenes ansvar, men som imidlertid allikevel kan føre til økt belastning i kommuneleddet. Kombinasjonen av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og redusert innsatsfinansiering (ISF) for sykehusene, tenkes å gi et økonomisk rammeverk som bedre legger til rette for at partene sammen vil søke mot gode, og dermed implisitt også billigere, løsninger. (St. meld 47 (2008-2009), s. 33).

Gjennomgående for samtlige økonomiske virkemidler er at kommuneøkonomien ikke skal bli påvirket av det økte ansvaret. Økt ansvar skal direkte føre med seg økte overføringer, hvilket gjør at kommuneøkonomien ikke skal bli belastet av de nye oppgavene. Dette er et sentralt element. Stortingsmeldingen vektlegger at kommunene ”ikke skal pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetningene for dette” (St. meld 47 (2008-2009), s. 26 og s. 55). Dette vil underbygges ved at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene (ibid.). De økonomiske virkemidlene tenkes altså ikke å påvirke kommuneleddet eller ytterligere belaste kommuneøkonomi eller kommunens tjenesteapparat. Ut over at svingningene kan bli større i mindre kommuner, omtales ingen potensielle utfordringer for kommunene knyttet til denne endringen.

### 5.3.4 Faglige tiltak

En av hovedutfordringene som skisseres som bakgrunnen for samhandlingsreformen er at det i liten grad har eksistert systemer eller prosesser for å fatte gode, informerte beslutninger eller prioriteringer som har utgangspunkt i helheten av pasienters behov for helse- og omsorgstjenester. Beslutningsgrunnlaget har vært for dårlig. Et viktig ledd i samhandlingsreformen er å etablere bedre ordninger som gjør det lettere å gjøre tydelige prioriteringer. Eksempler på slike endringer er at Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 opprettet Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer som skal bidra til en mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Videre tenkes det at Nasjonal helseplan skal gjøres til et mer operativt redskap for prioriteringer (St. meld 47 (2008-2009), 34).

Stortingsmeldingen viser til at det i det kommende utviklingsarbeidet, for å knytte sammen alle de enkeltstående tiltakene, vil være viktig å ivareta to forhold. For det første må det på overordnet nivå skje en styrking av analyse-, plan- og beslutningssystemer som legger grunnlaget for hvordan den offentlige innsatsen på helse- og omsorgsområdet innrettes og mest rasjonelt fordeles mellom de ulike innsatsområdene, slik som forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Et sentralt virkemiddel her vil være å gjøre Nasjonal helseplan til et mer operativt og kraftfullt redskap til utvikling av hovedlinjene i helse- og omsorgstjenestene. Deretter legges det til grunn at utfordringer knyttet til den kommunale delen, og kommunens ansvar og oppgaver må ivaretas gjennom kommunale planer (ibid). Av dette kan man slutte at mye av ansvaret for informasjons- og analysearbeid skal gjøres sentralt, men at kommunene selv står ansvarlige for å utforme lokale planer og for å bidra til informasjonsinnhenting som sentrale aktører kan benytte seg av i sine prioriteringer.

### 5.4 Utfordringer for kommunene

Stortingsmeldingen omtaler i liten grad kommunestørrelse, men presenterer to problemer som de minste kommunene antas å være særlig utsatte for. Dette er utfordringer knyttet til kompetanse og økonomisk robusthet.

Den første utfordringen knyttet til kompetanse omtales flere ganger i stortingsmeldingen. Det vektlegges at små kommuner har hatt særlig problemer med å rekruttere og beholde fagpersonell. Det vises til at det erfaringsmessig, i små kommuner, har vært problematisk å

kunne tilby høyt utdannede stabile og gode utviklingsopplegg, hvilket igjen har ført til utfordringer knyttet til rekruttering. Dette problemet synes å bli ytterligere forsterket av at finansieringssystemene ikke i tilstrekkelig grad har vært i stand til å understøtte en riktig oppgavedeling mellom nivåene. Videre har ikke kommunene, i tilsvarende grad som spesialisthelsetjenesten, hatt systematiske avtaleopplegg med universiteter og høyskoler. De har heller ikke lagt til rette for kompensasjonsordninger for praksisplasser, som spesialisthelsetjenesten har gjort (St. meld. 47 (2008-2009), s. 27). Denne utfordringen er ikke bare forbundet med små kommuner, men med kommuneleddet og primærhelsetjenesten generelt. Problemet synes imidlertid å forsterkes i små kommuner, og disse er ytterligere utsatt.

Den andre utfordringen er tydeligere knyttet til kommunestørrelse, og omhandler kommunenes økonomiske bæreevne. Som tidligere nevnt innebærer samhandlingsreformen kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette omtales som potensielt problematisk for små kommuner, da disse vil ha liten økonomisk bæreevne og håndtering av utgiftsvariasjoner kan dermed bli en utfordring (St. meld. 47 (2008-2009), s. 104). Stortingsmeldingen fremmer at det vil være flere faktorer som påvirker liggetid i sykehjem, og at det vil være stor forskjell i omfanget av utskrivningsklare pasienter både mellom kommuner og mellom institusjoner. (ibid., s. 32-33).

Det skisseres også hvordan samhandlingsreformen tenker å bøte på disse utfordringene. For å bøte på utfordringen med økonomisk bæreevne tenkes det først og fremst å gjøres kontinuerlige vurderinger av hvor stor grad spesialisthelsetjenesten som skal finansieres av kommunal medfinansiering. Det vurderes også fortløpende tilskuddsordninger og andre stabiliserende tiltak som skal gjøre risikoen mindre for de minste kommunene.

Et annet gjennomgående tiltak, som kan kompensere for disse utfordringene i små kommuner, er gjennom interkommunale samarbeid. Både økonomisk bæreevne og stabilitet og kompetanse tenkes å være større i større systemer, hvilket kan bøtes på ved å inngå interkommunale samarbeid (St.meld 47 (2008-2009), s. 33). Stortingsmeldingen legger dermed til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. (St. meld 47 (2008-2009), s. 26, s. 55). Dette, kombinert med frihet til å gjøre lokale tilpasninger skulle tilsi at alle norske

kommuner skal være i stand til å tilpasse seg den nye kommunerollen, om enn ikke på helt lik måte i alle kommuner.

Stortingsmeldingen legger opp til at det skal være stor nok frihet for lokale tilpasninger, og tilstrekkelige kompensasjonsordninger og tilskuddsordninger til at alle norske kommuner skal kunne tilpasse seg sin nye rolle. Dette er et forhold som synes å være interessant for denne studien. Her undersøkes det om det er mulig for alle kommuner å tilpasse seg den nye rollen, uavhengig av kommunens egenskaper og trekk, eller om det er variabler som påvirker og hindrer deres evne til å ivareta stadig økende oppgavemengde.

### 5.5 Implikasjoner for denne oppgaven

Undersøkelsen av stortingsmeldingen viser flere implikasjoner for de to casekommunene. I det følgende presenteres forskningsspørsmål som blir relevante å stille i denne studien, med bakgrunn i de overnevnte forhold.

Det første forholdet som fremheves er at stortingsmeldingen hyppig omtaler et ”stort rom for lokale tilpasninger” og at dette er en forutsetning for at samhandlingsreformen skal fungere som intendert. Dette kan gjøre det vanskelig å måle utfall. Det kan være ulike lokale vurderinger i de to kommunene, basert på eksempelvis ulikt befolkningsgrunnlag eller ulik kompetanse i kommunene. Videre er det ikke satt terskler eller gitt av stortingsmeldingen hvilke kommuner som kan tilby hva. Dermed blir det opp til lokale vurderinger å gjøre tilpasninger av sitt tjenestetilbud, ut over de mest grunnleggende lovpålagte oppgavene. Samtidig er de heller ikke lovpålagt å utøve disse oppgavene selv. Dette tydeliggjøres i stortingsmeldingen: ”Kommunene må vurdere om de er i stand til å levere disse tjenestene på egenhånd, i samarbeid med andre kommuner, eller om det er mest hensiktsmessig at de utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten” (St. meld 47 (2008-2009), s. 57-58).

Dette elementet medfører at kommunene får stor frihet, både til å organisere seg for å ivareta tjenester og dermed hvordan de da skal prioritere for å tilpasse seg den nye fremtidige kommunerollen. Stortingsmeldingen legger til grunn at det skal gjøres lokale vurderinger, og at disse vurderingene er en hovednøkkel for at kommunene skal kunne ivareta stadig økende oppgaver og ansvar. Samtidig er kommunene forpliktet ved lov til å oppfylle et minimumskrav av lovpålagte tjenester, eller i det minste sørge for at kommunens innbyggere har tilgang på disse tjenestene. Det er relevant å undersøke hvordan kommunene faktisk har

innrettet seg. Studien vil vurdere i hvilken grad kommunene opplever utfordringene som skisseres i samhandlingsreformen, og hvordan de eventuelt møter disse utfordringene. Dette suppleres med forskning om kommunestørrelse, og med teorier som sier noe om en kommunes evne til å tilby tjenester til sine innbyggere. Oppgaven skal undersøke faktiske forhold i de to valgte casekommunene, og med dette forsøke å forklare dette ut fra forskning på kommunen som tjenestetilbyder. Som vist over tilsier denne forskningen at kommunestørrelse kan være av sentral betydning.

I det videre undersøkes det hvorvidt kommunene tilpasser seg den nye kommunerollen, og eventuelt hvordan. Etter gjennomgangen av stortingsmeldingen kan man gå tilbake til operasjonaliseringen av den avhengige variabelen, slik den omtales i kapittel 4. Operasjonaliseringen av denne bygger i stor grad på hvordan forventningene til kommunene fremstilles av stortingsmeldingen. Den avhengige variabelen er tidligere gitt som ”hvordan kommunen er i stand til å ivareta nye oppgaver og ansvar samhandlingsreformen medfører”. Hvilke oppgaver og ansvar stortingsmeldingen skisserer for kommunene er omtalt tidligere i kapitlet. Det som derimot ikke er omtalt er hvilke implikasjoner det har for studiens avhengige variabel. Denne studien og datainnsamlingen tar utgangspunkt i at samhandlingsreformen fører til nye oppgaver som kan sorteres i to grupper: lovpålagte oppgaver og frivillige oppgaver. I operasjonaliseringen av den avhengige variabelen knyttes dette sammen med kommunens sørge-for-ansvar. Dette sørge-for-ansvaret betyr i praksis at kommunene må sørge for at innbyggerne deres får tilgang til de lovpålagte tjenestene, men det forplikter dem ikke til å tilby tjenestene selv. Det forutsettes at kommunene faktisk ivaretar sørge-for-ansvaret sitt, men at de står fritt til å gjøre det på tre ulike måter.

Operasjonaliseringen av den avhengige variabelen bygger på en rekke forutsetninger. For det første forutsettes det at samhandlingsreformen fører til nye oppgaver og nye ansvar for kommunen. Deretter forutsettes det at kommunene faktisk ivaretar disse nye oppgavene og ansvarene, da de er lovpålagte. Ved å introdusere sørge-for-ansvaret kan man imidlertid tenke at kommunene akan ivareta disse oppgavene og ansvarene på ulik måte og i varierende grad ivareta alle oppgavene og ansvarene selv. Dette fører til at ”hvordan kommunen er i stand til å ivareta nye oppgaver og ansvar” kan ha tre ulike utfall. Disse er som følger:

1. Kommunen ivaretar alle lovpålagte oppgaver selv og tilbyr en eller flere av de frivillige oppgavene
2. Kommunen ivaretar et minimumsnivå av grunnleggende lovpålagte tjenester selv

3. Kommunen er ikke i stand til å tilby alle tjenestene selv, så kjøper de inn fra andre kommuner eller andre aktører

Det undersøkes dermed ”hvordan kommunene er i stand til å ivareta nye oppgaver” ut fra disse tre utfallene. Det er dette som utgjør operasjonaliseringen av den avhengige variabelen. Om de plasserer seg ulikt regnes det som at det er ulikt utfall på avhengig variabel, jf. designet som tidligere er skissert. Uavhengige variabler er de samme som skissert i metodekapittelet.

## Kapittel 6 – Empiriske funn

I denne oppgaven studeres det hvorvidt størrelse påvirker kommunen som tjenestetilbyder og dermed også tjenestene en kommune tilbyr. Resultatkapittelet vil vise trekk ved to casekommuners tre ulike funksjoner, samt trekk ved de to kommunene som geografisk avgrensede områder. Dette bygger på samme modell som i både teori- og metodekapittelet, og har tilsvarende struktur som denne. Dette gjøres igjen for å undersøke om kommunestørrelse påvirker tjenesteapparatet og eventuelt på hvilken måte og samtidig om det er andre faktorer som er viktigere enn størrelse.

Først i dette kapittelet vil det presenteres trekk ved kommunen som geografisk avgrenset område, med strukturelle variabler som innbyggertall og demografisk sammensetning, geografisk plassering og geografisk utstrekning. Videre vil trekk ved kommunen som tjenestetilbyder presenteres. Her vil det presenteres hvordan helse- og omsorgsapparatet er organisert i de to kommunene, både på driftsnivå og på administrativt nivå og kommunenes kompetansesituasjon. Dernest vises det til kommunen som politisk arena med helse- og omsorgspolitikken som tema, hvordan denne er organisert og hvorvidt denne synes å hemme eller fremme kommunen som tjenestetilbyder. Her vises også hvor stor oppmerksomhet helse- og omsorgspolitiske saker har hatt i kommunestyret og underliggende utvalg. Avslutningsvis vil casekommunene som del av nasjonalstaten bli presentert. I denne sammenheng ses dette på som kommunens rolle i flernivåstyringen. Her vil det bli fremstilt hvordan de to casekommunene samarbeider med nivå over dem i forvaltningen, primært helseforetakene, men også hvordan de samarbeider med hverandre og eventuelt andre kommuner.

Dette mønsteret følger operasjonaliseringen av variablene fra forrige kapittel. Hvert av elementene belyses (som regel) først av tallmateriale og data hentet fra skriftlige kilder. Deretter suppleres dette direkte med sitater fra informantene. Det er sentralt å vektlegge at informantene bidrar med sitt inntrykk av situasjonen, og deres oppfatning av utfordringer og kommunens tilstand.

### 6.1 Kommunen som geografisk område

I presentasjonen av trekk ved kommunens om geografisk område tas det utgangspunkt i tallmateriale fra 01.01.12, datoen samhandlingsreformen trådte i kraft. Dette gjøres for å si noe om forutsetningene kommunen hadde på det tidspunktet endringene gjorde seg gjeldende.

### 6.1.1 Grunnleggende fysiske egenskaper ved kommunen

Tabell 6.1 Kommunestørrelse

	Eigersund kommune	Sokndal kommune
Antall innbyggere (01.01.12)	14 475	3 257
Areal	432 km <sup>2</sup>	295 km <sup>2</sup>

(Kilde: eigersund.kommune.no, sokndal.kommune.no, ssb.no)

Tabellen viser to grunnleggende trekk ved de to casekommunene som geografiske avgrensede områder: innbyggertall og geografisk størrelse. Eigersund og Sokndal kommune sogner begge til Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF (Stavanger Universitetssykehus). Sokndal kommune har også samarbeidsavtaler med Sørlandet sykehus Flekkefjord i sør. Sørlandet sykehus er en del av Helse Sør-Øst RHF. Eigersund kommune er en mellomstor bykommune. Sokndal kommune er betraktelig mindre og faller med sine drøyt 3000 innbyggere inn i gruppen ”små kommuner”. Begge kommunene har relativt stor geografisk utstrekning, men Eigersund kommune er noe større enn Sokndal.

#### **Geografisk beliggenhet**

Eigersund kommune ligger nord-vest for Sokndal som er den sørligste kommunen i Rogaland og grenser mot Vest-Agder og Flekkefjord kommune i sør-øst. Begge kommunene ligger i en geografisk utkant av Rogaland, med stor avstand til nærmeste store by (Stavanger). Videre ligger de to kommunene i reiselengde omtrent midt mellom to sykehus, Stavanger universitetssykehus (SUS) og Sørlandet sykehus Flekkefjord. Fra SUS i nord til Eigersund kommunes kommunesenter er det om lag en time, fra Eigersund videre til Sokndal er det ca 30 min og fra Sokndal kommunes kommunesenter til Flekkefjord i sør er det om lag en time. Kartet under illustrerer de geografiske avstandene. Reisetiden er lenger fra Sokndal til Flekkefjord enn det ser ut på kartet, da veien mellom kommunesenteret og sykehuset er dårlig.



## Kart over sør-Rogaland



(hentet fra maps.google.no)

Respondentene fra kommunene understreker kommunens geografiske plassering som viktig element knyttet til hvordan de har innrettet helse- og omsorgstjenestene i kommunen. De omtaler særlig avstanden til sykehusene som relevant:

*”Jeg tror at Eigersund har flere pasienter som er i kommunen fordi at pasientene selv, i mange tilfeller, har et veldig sterkt ønske om å være nærmere hjemme, så lenge det er mulig. Så tenker jeg at hvis folk bor i Stavanger og er syke, så tenker jeg at da er det jo ikke viktig for dem om de er i det ene eller det andre huset. Da er de kun opptatt av kompetanse, tenker jeg. Men hvis det samme er i Eigersund, så.. veien og pasientene, det med kompetanse og det med nærhet, da veier de det selv” – Respondent 4, Eigersund kommune*

Respondenten fremhever at sykehuset har en annen (høyere) kompetanse enn kommunen, men at nærhet veies opp mot kompetanse. Respondenten synes å vektlegge at pasientene vil veie nærhet og kompetanse opp mot hverandre, men at nærhet i mange eksempler veier tungt.

Dette stiller krav til tjenesteapparatet i kommunen, da det må behandle syke pasienter, om disse vurderer nærhet til hjemmet som viktigere enn spesialistkompetansen sykehuset tilbyr. Dette elementet knytter respondentene til geografisk plassering, heller enn kommunestørrelse.

*”Det er vel ofte sånn at når du er i en geografisk utkant, så blir du på en måte mer avhengig av å løse dine egne oppgaver. Du kan ikke bare trekke veksler på andre. Og jeg tror nok, rent intuitivt, rent indirekte, så tror jeg nok det ligger bak. At du må stole på egne krefter, på egne løsninger og på egen handlekraft. (...) Vi har bygget opp ambulansetjenesten, slik at det er sykepleiere. (...) Vi har nok gjerne en høyere kompetanse på personale der. For det er jo tross alt større utfordringer å kjøre en pasient fra Sokndal til Stavanger enn det det er fra Madla til Stavanger. Så jeg tror nok at det er en del sånne konsekvenser, jeg tenker det” – Respondent, Sokndal kommune*

Her er det tydelig at respondenten vektlegger geografisk beliggenhet som en årsak til at kommunen har trengt å ruste opp deler av sitt helse- og omsorgstilbud. Det er dermed gjort bevisste tilpasninger for å møte en utfordring, i dette tilfellet opprusting av ambulansetjenesten for å kompensere for stor avstand til nærmeste helseforetak.

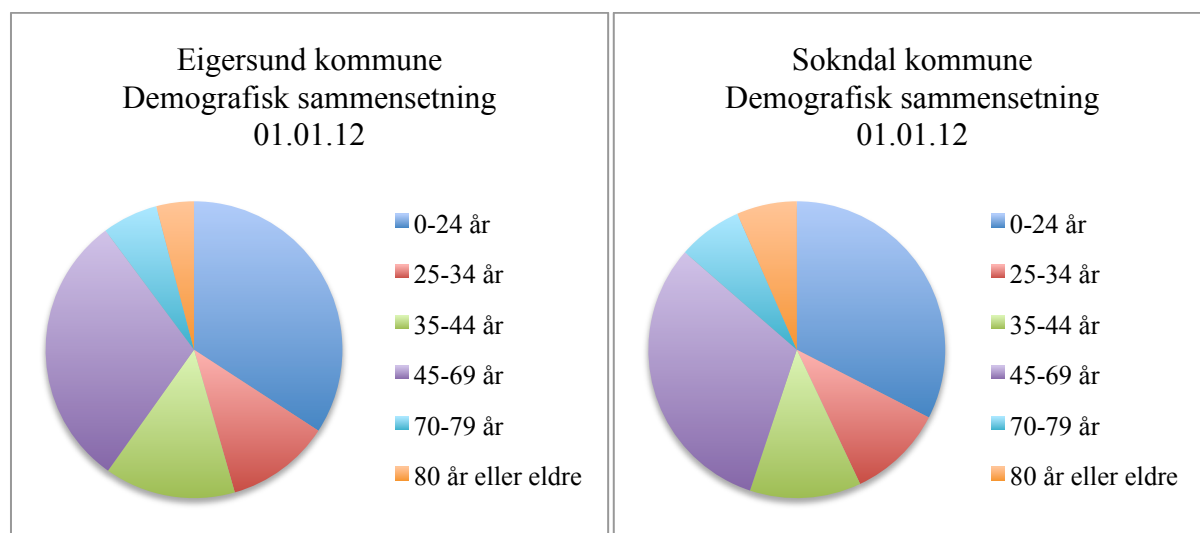
### **Demografisk sammensetning**

En annen egenskap som forventes å påvirke tjenestetilbudet er den demografiske sammensetningen i casekommunene. Som omtalt i teorikapittelet antas trekk ved den demografiske sammensetningen å påvirke direkte hvilke tjenester kommunen vil måtte tilby. En relativt ung befolkning vil ha andre helse- og omsorgsbehov og stille andre krav enn befolkningen i en kommune hvor flertallet av befolkningen er eldre enn yrkesaktiv alder.

St. meld 47 (2008-2009) viser til ”demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet” som en av tre hovedutfordringer fremtidens helse- og omsorgsvesen står overfor. Stortingsmeldingen vektlegger at det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Videre peker den på at det er en stadig større forskyvning fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive/ behandlings- og pleietrengende, og med denne utviklingen et stadig større behov for tjenester (St. meld 47 (2008-2009), s. 13-14). Dette fremheves som en ytterligere utfordring for helse- og omsorgstjenestene i Norge. Dermed vil det være spesielt to demografiske forhold som er interessante for denne oppgaven: For det første vil det være interessant å se på andelen av innbyggerne i kommunen som er over 80 år. Eldre er oftere sykere og har mer komplekse

sykdomsbilder. Denne gruppen kan derfor være særskilt utfordrende for tjenesteapparatet. Videre kan det også være interessant å undersøke andelen av kommunenes innbyggere i yrkesaktiv alder, da det er denne gruppen som operativt og administrativt vil tilby tjenester. Balansen mellom innbyggere over 80 år og innbyggere i yrkesaktiv alder kan dermed være et interessant forhold. Om andelen over 80 er stor, og andelen i yrkesaktiv alder er liten vil man kunne se for seg at dette kan føre til et bemanningsproblem og et kompetanseproblem i tjenesteapparatet. I det følgende vil den demografiske sammensetningen i de to casekommunene presenteres og holdes opp mot tilsvarende verdier nasjonalt. St.meld. 47 (2008-2009) er basert på nasjonale tall, og utfordringene som skisseres i denne er bygget på nasjonale tendenser. Ved å holde demografisk sammensetning i de to casekommuner opp mot de nasjonale tilsvarende verdiene ønsker denne oppgaven å si noe om disse utfordringene ser ut til å være de samme lokalt som nasjonalt.

Diagram 6.1 Demografisk sammensetning



(Kilde: ssb.no, tabell 05810)

Diagrammet over viser den demografiske sammensetningen i de to valgte casekommunene. Innbyggerne er delt inn i 6 ulike aldersgrupperinger, fra den laveste 0-24 år til den eldste ”80 år eller eldre”. Fremstillingen viser at kommunene var relativt like, men med noe variasjon når det kommer til demografisk sammensetning ved inngangen av 2012. Andelen av befolkningen over 80 år var eksempelvis ikke helt lik. I Sokndal kommune var andelen innbyggere over 80 år 6,6 % mot 4,1 % i Eigersund kommune. Dette utgjør en forskjell på 2,5 prosentpoeng. Dette betyr at Sokndal kommune på dette tidspunktet hadde en noe eldre befolkning sammenlignet med Eigersund. På nasjonalt nivå var andelen av befolkningen over

80 år på 4,4 % (ssb.no, tabell 05810). Eigersund kommune lå med det noe under landsgjennomsnittet, mens Sokndal kommune ligger over. Dette kan stille andre – og muligens større – krav til tjenestetilbudet i Sokndal enn i Eigersund. Kommunen kan tenkes å stå overfor større utfordringer knyttet til tjenestetilbud i utgangspunktet, hvilket kan tenkes å bli ytterligere krevende ved at kommunen får en utvidet rolle og ansvar på dette området.

Tabell 6.2 Utviklingen i antall og andel innbyggere 80 år og eldre

		2011	2012	2013	2014
Sokndal	Antall	209	214	210	205
	<b>Andel</b>	<b>6,4 %</b>	<b>6,6 %</b>	<b>6,4 %</b>	<b>6,2 %</b>
Eigersund	Antall	609	593	613	626
	<b>Andel</b>	<b>4,2 %</b>	<b>4,1 %</b>	<b>4,2 %</b>	<b>4,2 %</b>

(Kilde ssb.no, tabell 05810)

Tabellen over viser utviklingen i antall og andel innbyggere 80 år og eldre i de to casekommunene. Sokndal har en jevnt høyere andel eldre innbyggere enn Eigersund. Sokndal kommune har også opplevd større svingninger enn Eigersund og har, siden 2012, hatt en synkende tendens. Eigersund kommune ligger relativt stabilt på rett i overkant av 4 % av befolkningen som er 80 år eller eldre.

Å bare bruke disse tallene kan imidlertid forenkle bildet i for stor grad. Det er ikke gitt at alle innenfor gruppen ”80 år eller eldre” har krevende helse- og omsorgsbehov. Kommuner kan også unge innbyggere som er komplekst syke og krevende for tjenesteapparatet. Videre kan innbyggere over 80 år kan også være friske. Dette er imidlertid ikke mulig å si noe om, basert på disse tallene. Imidlertid kan andelen over 80 år, men kan allikevel være en god indikator på hvilke tjenester som kreves av kommuneapparatet, da denne folkegruppen til tross for det som er nevnt over statistisk er sykere og mer krevende. Et element som ikke blir belyst av ”andelen i yrkesaktiv alder” er at ikke alle i yrkesaktiv alder er kvalifisert for eller interessert i å jobbe innen helse- og omsorg. Videre kan også arbeidskraft komme utenfra kommunen. Også her ses det imidlertid på som en god indikator, og et interessant tall.

SSB definerer yrkesaktiv alder som befolkningsgruppen med alder 20-66 år. Denne aldersinndelingen er ikke gjort i diagrammet over, men tall fra ssb.no viser at den totale andelen i denne aldersgruppen i Eigersund og Sokndal kommune er hhv. 59,7 % og 56,8 %.

Sokndal kommune har en lavere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder. Den nasjonale andelen i yrkesaktiv alder på samme tidspunkt var på 61,8 %. Både Eigersund og Sokndal ligger under det nasjonale gjennomsnittet. Arbeidsstokken er liten, relativt til andelen eldre i begge kommunene, hvilket igjen kan være av betydning for muligheten til å rekruttere og holde på kompetent personale i kommunene.

Videre kan det være interessant å se på kjønns sammensetningen i denne befolkningsgruppen, da helse- og omsorg tradisjonelt har vært en kvinnedominert sektor. I Eigersund kommune var andelen kvinner i yrkesaktiv alder 47,6 % og 47,5 % i Sokndal kommune, altså lik. Det at andelen kvinner er mindre enn andelen menn kan imidlertid være en ytterligere indikator på poenget skissert over, nemlig at begge kommunene kan ha problemer med å tiltrekke seg tilstrekkelig eller tilstrekkelig kompetent arbeidskraft. Imidlertid er ikke dette nødvendigvis direkte knyttet til kommunestørrelse, men heller knyttet til balansen mellom innbyggerandelen over 80 år og andelen yrkesaktive i kommunen.

Respondentene fra kommuneadministrasjonen ble stilt spørsmål om hvordan de oppfattet den demografiske sammensetningen i kommunen. I Eigersund kommune fremmer den ene respondenten følgende:

*”Sammensetningen sånn den er nå er nok egentlig en typisk norsk mellomstor kommune. Der er sagt noe, og det var også noe av grunnen til at samhandlingsreformen trådte i kraft, at det er en forventning om en økende eldre befolkning. Det ser vi jo også i Eigersund, for folk lever lenger, de lever lenger med sine sykdommer og får mer sammensatte diagnoser (...) Men det er ikke noe unikt allikevel, med Eigersund kommune. Vi har nok vokst i en takt som vi skal, som vi forventet”* – Respondent 1, Eigersund kommune

Respondenten i Sokndal kommune omtaler en noe ulik situasjon:

*”Sokndal har jo i mange år hatt en relativt gammel befolkning. Vi har jo ligget betydelig over når det kommer til eldre over 80, og, ikke minst, over 90. Så det har vært vår utfordring.(...) Men det er klart at nå viser jo demografien nå fremover at vi ikke vil få noen flere eldre over 80 år de neste 10 til 15 årene, før den neste store utfordringen kommer til å møte på en betydelig vekst frem til 2040”* – Respondent, Sokndal kommune

Respondentenes svar sammenfaller med talldata. Sokndal kommunes befolkning er eldre enn Eigersunds. Et element som kommer frem i disse uttalelsene er imidlertid at befolkningsfremskrivningene i kommunene synes å være noe ulike, hvilket samsvarer med tallene fra tabell 6.2. I Eigersund er andelen innbyggere 80 år eller eldre relativt stabil, mens de i Sokndal har hatt en relativt gammel befolkning. Sokndal kommune står samtidig nå forut for en situasjon hvor denne andelen forventes å synke. Begge kommunene omtaler imidlertid at den demografiske situasjonen byr på utfordringer, om enn på noe ulikt vis. Dette sammenfaller også med situasjonen som blir beskrevet i Stortingsmeldingen: en stadig eldre befolkning, med stadig mer komplekse sykdomsbilder.

### **6.1.2 Kommuneøkonomi**

Kommuneøkonomi tenkes å være en relevant indikator ut fra flere vurderinger. For det første tenkes det at kommuner med god økonomi er i bedre stand til å tilby tjenester enn kommuner med dårligere økonomi. Dette bygger på en enkel tanke om at mer ressurser fører til bedre tjenester. Videre tenkes det at kommuner med større økonomisk handlingsrom potensielt også har ekstra ressurser til å tilby frivillige oppgaver. Det vurderes dithen at bedre økonomisk situasjon kan føre til økt handlingsrom og at dette handlingsrommet igjen kan ”brukes” på helse- og omsorgstjenester. På den andre side tenkes det at en svakere økonomisk situasjon kan føre til at det må gjøres strengere prioriteringer og at handlingsrommet er mindre. St. meld 47 (2008-2009) omtaler økonomi som et potensielt utfordrende element for kommunene, særskilt de minste. Det tenkes at om kommunen har større økonomisk handlingsrom vil de være mer robuste for økonomiske svingninger. Økonomelementet kan dermed være et viktig element for tjenestetilbudet i kommunen. I det følgende beskrives den økonomiske situasjonen i de to casekommunene.

### ***KOSTRA-gruppering***

For å beskrive den økonomiske situasjonen i kommunene tas det utgangspunkt i KOSTRA-grupperingene av norske kommuner. KOSTRA står for kommune-stat-rapportering, og er en database utviklet av SSB for å gi statistikk om ressursinnsats, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. I forbindelse med denne databasen er det utviklet en rapport som grupperer Norges kommuner for å kunne sammenligne kommunene etter økonomiske rammebetingelser. For å gjøre dette er det gjort en del tilpasninger. For det første er kommunene ordnet etter hvilke kostnader de står overfor for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Disse utgiftene varierer med en rekke forhold som demografiske, sosiale og geografiske forhold. For det andre vektlegges det at mindre kommuner skiller seg fra

større kommuner og det er dermed vurdert at grupperingen også må ta hensyn til kommunestørrelse (i betydning innbyggertall). KOSTRA-grupperingen opererer med samme inndeling som denne oppgaven gjør, altså små kommuner har 0 - 4 999 innbyggere, mellomstore kommuner 5 000 – 19 999 innbyggere og store kommuner har mer enn 20 000 innbyggere. Det tredje kriteriet som legges til grunn for grupperingen er kommunens frie disponible inntekter, altså inntektene som gjenstår når kommunen har dekket de grunnleggende minstestandardene og de lovpålagte oppgavene. Dette siste kriteriet sier noe om kommunens økonomiske handlingsfrihet (Langørgen m.fl, 2015, s. 4)

Basert på disse tre kriteriene er det gjort en gruppering som har resultert i i alt 27 grupper. Eigersund og Sokndal tilhører, ved å være ulik størrelse, ulike KOSTRA-grupper. Eigersund tilhører gruppe 7a: Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader og lave frie disponible inntekter. Sokndal tilhører gruppe 4a: Små kommuner med middels bundne kostnader og lave disponible inntekter. Det er to interessante elementer med denne gitte grupperingen. For det første tilsier det at de to kommunene har sammenlignbar økonomisk situasjon. De har begge middels store kostnader knyttet til å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Videre har de begge lite økonomisk handlingsrom ut over dette. Det vil dermed være vanskelig å tilskrive en eventuell forskjell i kommunens evne til å ivareta helse- og omsorgstjenester til forskjeller i økonomisk situasjon.

Et annet element som vektlegges av KOSTRA-grupperingsrapporten er at det kan være forskjeller i hvor effektive ulike kommuner utnytter sine ressurser. En kommune som utnytter sine ressurser bra kan dermed oppnå ”relativt gode resultater innen ulike områder av virksomheten” (Langørgen m.fl. 2015, s 20-21). Dette kan selvsagt være tilfellet for begge de to casekommunene. Det vil det imidlertid ikke være mulig å si noe sikkert om, med utgangspunkt i det datamaterialet som er tilgjengelig for denne oppgaven. KOSTRA-grupperingene som er omtalt over er gjort i 2013, altså etter at samhandlingsreformen hadde trådt i kraft. Det ble imidlertid også gjort en gruppering i 2008 og casekommunene tilhørte samme gruppe i denne grupperingen.

Kommuneøkonomien oppleves som anstrengt, også for respondentene i kommuneadministrasjonen. Den økonomiske situasjonen beskrives tilsvarende i de to kommunene. En av respondentene fra Eigersund kommune beskriver den oppfattede økonomiske situasjonen på følgende måte:

*”Kommunen har en anstrengt økonomi, det kommer man ikke vekk ifra, men jeg føler ikke at det samtidig er et veldig tema. Altså det er noe vi må forholde oss til at vi ville hatt mye mer ressurser kanskje heller, vi ville gjort mye mer. Men vi bruker de ressursene vi har.” –*

Respondent 2, Eigersund kommune

Dette kan være med på underbygge tallmaterialet over. Kommunene har begge begrenset økonomisk handlingsrom og opplever den økonomiske situasjonen som begrensende for tjenesteapparatet. Denne begrensningen knyttes til omfang av tjenester, heller enn kvaliteten på tjenestene. Kommunene vurderer at de i tilstrekkelig grad tilbyr trygge tjenester, men har problemer med å utvide tjenestetilbudet sitt ytterligere. Dette er tilsvarende i de to kommunene. Den økonomiske situasjonen ser dermed ut til å være av betydning for begge kommunenes tjenesteapparat, på tilsvarende begrensende måte. Begge kommunene vektlegger at de gjør det beste av situasjonen de står i, gitt ressursene de har.

## **6.2 Kommunen som politisk arena**

I det følgende presenteres de to casekommunene som politisk arena, med fokus først og fremst på helse- og omsorgspolitik. Det er undersøkt hvordan de to kommunene er innrettet på politisk nivå for å ivareta helse- og omsorgstjenester, og politikk knyttet til disse tjenestene. Det presenteres videre hvor hyppig helse- og omsorgssaker er tatt opp i kommunestyre og underliggende råd og utvalg, og administrasjonens rolle i dette arbeidet. Dette gjøres for å undersøke hvorvidt og eventuelt på hvilken politisk oppmerksomhet prege helse- og omsorgstjenester i de to casekommunene. Et annet interessant element som vil bli belyst er hvilke trekk ved kommunen som geografisk område som vektlegges i politisk behandling av helse- og omsorgspolitik. Dette gjøres for å vurdere hvilke vurderinger kommunene selv, på administrativt og politisk nivå, gjør i tilretteleggingen av helse- og omsorgstjenester, og hvilke utfordringer de ser knyttet til dette. Spørsmålet blir da hvorvidt kommunenes egne vurderinger av utfordringer samsvarer med utfordringene skissert i stortingsmeldingen.

Helse- og omsorgstjenester er en av de største utgiftspostene i en kommune og en av de mest ressurskrevende oppgavene kommunen skal ivareta. Spørsmålet er da hvor mye politisk oppmerksomhet feltet får i de to casekommunene. Er dette noe det er hyppige orienterings- og vedtakssaker om, eller er det noe som skjer uten politisk oppmerksomhet? Er det politisk



enighet på feltet eller er det politiske skillelinjer? Hvordan er da koblingen mellom kommunen som politisk arena og som tjenestetilbyder, mellom politikk og administrasjon? For å undersøke dette er det undersøkt hvor mange saker som kan knyttet til helse- og omsorgsfeltet som er blitt tatt opp i de to respektive kommunestyrene. Videre er det sett på aktivitet i underliggende råd og utvalg.

Tabell 6.3 Grunnleggende politisk fakta

	Eigersund kommune	Sokndal kommune
Politisk styreform	Kommunal parlamentarisme	Kommunal parlamentarisme
Ordfører (2011-2015)	AP	Krf
Varaordfører (2011-2015)	H	H
Politisk sammensetning kommunestyret (2011-2015)	31 medlemmer: Ap (8), H (8), KrF (6), FrP (4), V (2), SP (2), SV (1)	21 medlemmer: Ap (6), FrP (4) KrF (4), H (4), V (2) og SP (1)

(kilde: eigersund.kommune.no, sokndal.kommune.no)

Tabellen over viser den politiske sammensetningen i kommunestyrene i de to kommunene. Balansen mellom rødgrønne partier på den ene siden, og borgerlige partier på den andre er relativt lik i de to kommunene. I Eigersund kommune er balansen 11 representanter på rødgrønn side mot 20 borgerlige, i Sokndal er fordelingen tilsvarende 7 rødgrønne og 14 borgerlige (hvor borgerlige partier regnes som FrP, KrF, H og V og rødgrønne AP, SV og SP). Imidlertid var ordføreren da samhandlingsreformen trådte i kraft fra ulike politiske parti, og fra ulik politisk koalisjon, i alle fall om det tas utgangspunkt i de nasjonale politiske skillelinjene. Den politiske sammensetningen betraktes imidlertid som tilsvarende i de to kommunene basert på sammensetningen i kommunestyret. Dette anses som av større betydning for helse- og omsorgspolitikken i kommunen enn hvilken politisk tilhørighet ordføreren har. Bakgrunnen for denne vurderingen er at de helse- og omsorgspolitiske sakene som behandles av kommunene vil bli behandlet i formannskapet og kommunestyret, heller enn av ordføreren i de respektive kommunene.

### 6.2.1 Organisering av helse- og omsorgspolitikk

I Eigersund kommune ble helse- og omsorgspolitiske saker ivaretatt av helse- og omsorgsutvalget frem til dette ble vedtatt nedlagt av kommunestyret i slutten av 2010. Helse-

og omsorgsutvalget hadde sitt siste møte i oktober 2011. I tiden etter dette er helse- og omsorgssaker behandlet av Felles brukerutvalg. Dette utvalget har vært aktivt gjennom hele perioden som studeres i denne oppgaven (2011-2014), og er fortsatt aktivt. Felles brukerutvalg fungerer som et rådgivende organ og har spesielt ansvar for å uttale seg i saker som gjelder personer med nedsatt funksjonsevne, seniorer, flyktninger og innvandrere. Utvalget består av 9 medlemmer, hvorav 3 er pensjonister, 2 fra funksjonshemmedes interesseorganisasjoner, 2 er flyktninger eller innvandrere og de resterende to er politikere. Felles brukerutvalg har møter i forkant av møtene til levekårsutvalget og formannskapet. Dette utvalget har vært aktivt også før helse- og omsorgsutvalget ble avviklet. Det tenkes at dette utvalget kan ha ivaretatt funksjonen til Helse- og omsorgsutvalget.

I Sokndal ivaretas helse- og omsorgssaker gjennom Levekårsutvalget. Videre har kommunen også et ”Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne”. Dette rådet har samme funksjon som Felles brukerutvalg i Eigersund kommune. Dermed kan den politiske strukturen for helse- og omsorgssaker betraktes som tilsvarende i de to kommunene, i det minste strukturelt. Saksbehandlingen av helse- og omsorgspolitiske saker går, i begge kommunene, gjennom hhv Felles brukerutvalg og Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne” til de respektive levekårsutvalgene, før de behandles i formannskap og kommunestyre.

### 6.2.2 Helse- og omsorgspolitisk aktivitet

I det følgende presenteres det som oppfattes som den politiske oppmerksomheten på helse- og omsorgsfeltet. Her vises det hyppigheten av saker som er behandlet i kommunestyrene i de to casekommunene som synes å omhandle helse- og omsorgssaker.

#### *Helse- og omsorgspolitiske saker i kommunestyret i Eigersund*

Tabell 6.4 Antall helse- og omsorgssaker fordelt på kommunestyremøter, Eigersund

	Antall møter	Antall saker totalt
2011	7	3
2012	6	6
2013	6	3
2014	8	2

Tabellen viser at det har vært relativt få saker i kommunestyremøtene i kommunen. Imidlertid er det flere saker i årene rundt reformens ikrafttredelse. Reformen vektlegger lokale tilpasninger og at det skal være rom for prioriteringer. Dette synes ikke å reflekteres i det politiske fokuset. Om det er gjort lokale tilpasninger synes ikke disse å være politisk vedtatt. Sakene som er tatt opp i kommunestyret synes også å være relativt ukontroversielle rutinesaker, som eksempelvis betalingssatser. Disse er videre som hovedregel enstemmig vedtatt i samtlige instanser. Det virker dermed ikke som om helse- og omsorgspolitik er verken hyppig eller omfattende omtalt, men som om det er lite konfliktfylt og preget av å være rutinevedtak.

### **Aktivitet i råd og utvalg Eigersund**

Felles brukerutvalg holder, som tidligere nevnt, møter forut for møtene i levekårsutvalget (og før det Helse- og omsorgsutvalget) og formannskapsmøtene. Deres møter forventes dermed å reflektere aktiviteten i disse organene.

Tabell 6.5 Møtehyppighet i råd og utvalg Eigersund kommune

År	Antall møter	
	Helse- og omsorgsutvalget (t.o.m. 2011)	Felles brukerutvalg
2011	6	7
2012	-	7
2013	-	9
2014	-	9

(eigersund.kommune.no, 2016)

Felles brukerutvalg har hatt jevne og hyppige møter, med en liten opptrapping i 2013 og 2014. Denne opptrappingen sammenfaller imidlertid ikke med samhandlingsreformens ikrafttredelse. En respondent i kommunen omtaler råd- og utvalgsstrukturen på følgende måte:

*”Den er bra. nå har vi nettopp fått en ny politisk struktur. Vi har fått et eget levekårsutvalg, for kultur og oppvekst og helse og omsorg, som jeg tror vil være en styrke for helse og omsorg, for det vil være noen politikere som vil kjenne mer til vårt felt”* – Respondent 3, Eigersund kommune

Sitatet understreker at det vurderes som en styrke å ha en politisk struktur som underbygger og hjelper det administrative arbeidet med helse- og omsorgstjenester. Videre omtaler respondenten utvalgene som en styrke for politikeres kunnskap om feltet, hvilket igjen gjør det lettere for administrasjonen å få gjennom sin sak. Dette kan indikere at forholdet mellom administrasjon og politikk i stor grad er i form av at administrasjonen arbeider med politikerne for å få gjennomslag, heller enn motsatt. Dette er et forhold som også fremheves av en annen respondent i Eigersund:

*”De har jo blitt orientert, og ønsket å bli orientert, fortløpende. Og da har vi jo vært inne og fortalt om hverdagsrehabilitering, vi har vært inne og fortalt om frisklivssentralen, og politikerne, varaordføreren har vært tett på, blant annet med på en studietur for å finne ut mer om hverdagsrehabilitering. Og jeg tenker at de har jo gjennom den helse- og omsorgsplanen som jo ble politisk vedtatt. Det sier jo noe om at da har man en forankring i det politiske miljøet, tenker jeg. Det var ikke noen motvilje, nei. Også hadde de vel egentlig ingenting de skulle sagt, for samhandlingsreformen kom enten de ville eller ikke, så de var jo helt nødt til å være med å snu seg rundt de også.”* – Respondent 3, Eigersund kommune

Respondentene fremhever at helse- og omsorg oppfattes som et viktig politikkfelt. Dette knyttes først og fremst til omfanget av tjenester og størrelsen av sektoren.

*”Helse er jo en stor del av den totale pakken som kommunen er. Og vi kjenner jo på det at det er viktig at det er talspersoner politisk, som taler helse sin sak, samtidig som vi også må levere saker sånn at de er kjent med hva som skjer (...) Det er jo mange som brenner for forskjellige saker og taler helse sin sak”.* – Respondent 2, Eigersund kommune

En annen respondent i samme kommune har et litt annet syn på hvordan politiske aktører betrakter helse og omsorg som tjenestefelt

*”Jeg tenker nok at helse generelt ikke er den av de kommunale oppgavene som har hatt høyest status. Det tenker jeg (...) Helse og omsorg er jo en avdeling som forbruker penger. Man tjener ingenting i denne avdelingen, man bare forbruker.”* – Respondent 4, Eigersund kommune

Disse uttalelsene tilsier at helse og omsorg vurderes som et viktig politisk felt, og at politikerne i begge kommuner er opptatt av at helse- og omsorgstjenester skal leveres på en tilstrekkelig god måte. Imidlertid synes det å være et område som i stor grad drives frem av administrasjonen, som igjen er avhengige av å få støtte fra politiske vedtak. Denne støtten synes de å få, til tross for at det er et ressurskrevende felt. Det synes dermed ikke å være konflikt mellom politikere og administrasjon. Politikk synes heller ikke å verken fremme eller hemme helse og omsorg som tjenesteområde. Administrasjonen opplever at den får den støtte og de vedtakene som trengs for å gjøre det som vurderes som hensiktsmessig.

### **Helse- og omsorgspolitiske saker i kommunestyret i Sokndal**

Det er gjort en tilsvarende gjennomgang av kommunestyremøtene i Sokndal. Gjennomgangen viser følgende møte- og sakshyppighet.

**Tabell 6.6 Antall helse- og omsorgssaker fordelt på kommunestyremøter, Sokndal**

År	Antall møter	Antall saker totalt
2011	6	1
2012	6	7 (hvorav én er Kommunal planstrategi)
2013	6	2
2014	5	5

Oversikten viser at det har vært skiftende antall helsepolitiske saker fra år til år. Flest saker var det i kommunestyret i 2012. Flere av disse sakene er direkte knyttet til samhandlingsreformen. Dette er også ulikt fra Eigersund kommune. I Sokndal er det gjort en rekke aktive vedtak knyttet til implementeringen av samhandlingsreformen. Disse vedtakene finnes ikke på tilsvarende måte i Eigersund. De andre årene ser sakene stort sett like ut, og er preget av årlige, rutinemessige vedtak som for eksempel fastsetting av egenbetalingssetter. Sakene i kommunestyret ser heller ikke ut til å være kontroversielle, og flertallet av dem vedtas enstemmig og tilsvarer rådmannens innstilling. Dette tilsvarer den andre casekommunen.

### **Aktivitet i underliggende råd og utvalg Sokndal**

I Sokndal er det en tilsvarende struktur for råd og utvalg som behandler helse- og omsorgssaker. Sokndal har et Hovedutvalg for helse og omsorg, samt et Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne. Hovedutvalget for helse og omsorg var imidlertid aktiv gjennom hele perioden som ble studert i denne oppgaven. Det samme gjelder for rådet.

Dette skiller seg fra Eigersund kommune. Imidlertid fikk også denne kommunen opprettet et Hovedutvalg for levekår, som hadde sitt første møte i november 2015., som fra da av overtok for Hovedutvalg for helse og omsorg. I likhet med i Eigersund inkluderes ikke dette utvalget i tabellen under, da aktiviteten startet opp i etterkant av studerte tidsintervall. Den øvrige møtehyppigheten til nevnte råd og utvalg er presentert under:

Tabell 6.7 Møtehyppighet i råd og utvalg Sokndal kommune

År	Antall møter	
	Hovedutvalg for helse og omsorg	Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne
2011	1	3
2012	5	4
2013	4	3
2014	4	2

(sokndal.kommune.no, 2016)

Det er to hovedforskjeller på møtehyppigheten i råd og utvalg i Sokndal og Eigersund. Den tydeligste forskjellen er at Sokndals Hovedutvalg for helse og omsorg har vært aktivt gjennom hele den studerte perioden. Den andre forskjellen er at Råd for eldre mennesker med nedsatt funksjonsevne har betraktelig lavere møtehyppighet enn tilsvarende råd i Eigersund. Disse to rådene er imidlertid ikke helt like, og behandler ikke helt tilsvarende saker. Utvalget i Eigersund inkluderer også flyktninger, og flyktningesaker behandles i samme utvalg. Dette kan være med på å forklare noe av forskjellene i møtehyppighet.

Respondenten i Sokndal kommune beskrev den politiske stemningen i kommunen på følgende måte:

*”Det er kanskje det fagfeltet som har vekket størst interesse og størst oppmerksomhet (...) og jeg føler jo at det har vært lett å vinne fram i forhold til å få ressurser, i den grad det er mulig, for å møte de behovene som har vært”* – Respondent, Sokndal kommune

Dette beskriver en mer positiv stemning enn den som ble presentert av respondentene i Eigersund. Hovedtrekkene er imidlertid like. Det er politisk oppmerksomhet på helse- og omsorgssaker, og det er politisk vilje for å få gjennom saker. Det å få gjennom saker synes samtidig også her å være drevet frem av administrasjonen, som får den politiske støtten de

trenger for å gjennomføre tiltak de vurderer som hensiktsmessige. Dette underbygges av et annet sitat fra samme respondent:

*”Det har vært ganske sånn bred og tverrpolitisk enighet og forståelse for å satse på eldreomsorg. Så sånn sett så har vi egentlig hatt en bra dimensjonert eldreomsorg”* –

Respondent, Sokndal kommune

Den politiske stemningen synes å være relativt lik i de to casekommunene. Det er noe flere saker og noe mer oppmerksomhet i Sokndal. Den politiske stemningen på felte beskrives også som noe bedre i denne kommunen. De har videre hatt et aktivt Helse- og omsorgsutvalg i perioden hvor Eigersund kommune ikke har hatt det. Ut over dette beskrives situasjonen på tilsvarende måte. Begge oppfatter at de får den støtten de trenger, til tross for at den økonomiske situasjonen oppfattes som krevende. I begge kommunene synes det i stor grad å være et felt som blir drevet av administrasjonen, som fungerer både som en forbereder av saker og en informant til pågående politiske prosesser. Administrasjonen beskriver seg selv som en pådriver for utvikling i feltet, heller enn at det er politikerne i kommunen som presser dette.

### **6.3 Kommunen som tjenestetilbyder**

I det følgende beskrives trekk ved de to kommunene som tjenestetilbydere. Dette er primært strukturelle trekk ved tjenesteapparatet. Det teoretiske og metodologiske utgangspunktet tilsier at dette er en del av kommunen som tenkes både å bli påvirket av de andre kommunefunksjonene og å ha egne trekk som videre påvirker tjenestetilbudet i kommunen. I det følgende presenteres organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i de to kommunene og kompetanse, både alene og sammenholdt med geografisk sammensetning.

#### **6.3.1 Organiseringen av helse- og omsorgstjenester**

Helse og omsorg er to adskilte etater i Sokndal kommune. Omsorgsetaten i Sokndal er delt i to distrikt, A og B. Distrikt A består av sykehjemmet og nattevaktspersonalet. Distrikt B er resterende tjenester og består av hjemmetjenesten, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, to dagsenter, ett for mennesker med demenssykdommer og et mer åpent aktivitetssenter for eldre. Her er distriktene i større grad organisert ut fra tjenestetype enn geografi. Dette er annerledes enn i Eigersund kommune, hvor inndelingen er basert på geografi. Sokndal kommune har 35 omsorgsboliger, en PU-bolig med fem leiligheter og to brukerstyrte personlige assistentprosjekt. Alt dette sistnevnte organiseres under distrikt B. Samlet sett har

Sokndal kommune 36 plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner, alle sykehjemsplasser. Dette antallet har vært stabilt siden før samhandlingsreformen trådte i kraft (ssb.no, tabell 09928, lastet ned 10.03.16) Psykisk helsetjeneste ble en del omsorgsetaten fra og med 01.01.14 og inngår i distrikt B. Distriktene er ledet av hver sin distriktssjef. Omsorgsetaten i Sokndal kommune er ledet av en omsorgssjef og består administrativt av han, lederne av de to omsorgsdistriktene og en fagutvikler. Fagutviklerens stilling ble opprettet i 2014.

Helseetaten er delt inn i tre tjenesteområder. Dette er for det første *kurative tjenester* er legetjeneste og legevakt, ambulansetjeneste og fysioterapitjeneste. *Forebyggende tjenester* i form av miljørettet helsevern og *helseadministrasjon* tilhører også helseetaten. Helseetaten ledes av kommuneoverlegen, som er én av to faste ansatte leger i kommunen. Videre har Sokndal kommune eget legekontor. Dette er åpent på dagtid på hverdagens og består av to fastleger og en turnuslege. Legekantoret fungerer også som legevakt i kontortiden. Ut over kontortiden (dvs. kvelder, helger og helligdager) går alle legehenvendelser gjennom legevakten i Eigersund kommune. Denne legevakten bidrar også ved annen manglende legedekning i kommunen. Videre har kommunen heller ikke egen enhet med øyeblikkelig hjelp sengeplasser, men disponerer 0,47 sengeplasser på sengeposten til Eigersund kommune.

Helse- og omsorgsapparatet i Eigersund er betraktelig større enn i Sokndal. Helse og omsorg er ett samlet felt ledet av kommunalsjef for helse og omsorg med en tilhørende stab på tre personer: to fagkonsulenter og en helsefaglig ansvarlig. Alle disse fire har helsefaglig bakgrunn. Helse- og omsorgstjenestene i kommunen er videre sortert i en rekke botilbud og helse- og omsorgsenheter: to hjemmesykepleiedistrikt (organisert etter geografisk område), tre miljøtjenesteenheter, tre bo- og servicesenter og en korttidsavdeling, i tillegg til en mestringsenhet, interkommunalt bofellesskap, fysio- og ergoterapitjeneste, helsestasjon, legesenter og hverdagsrehabiliteringsenhet (se appendiks for organisasjonskart, eigersund.kommune.no, lastet ned 10.03.16). Dette utgjør (og utgjorde ved inngangen til 2012) totalt 58 plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner på kommunenivå, alle i sykehjem (ssb.no, tabell 09928, lastet ned 10.03.16).

Eigersund kommune tilbyr betraktelig flere helse- og omsorgstjenester enn Sokndal kommune. Det er en større kommune, med større pasientgrunnlag og større helse- og omsorgssektor, både administrativt og på operativt nivå. Dette gjør at det tilbys et videre spenn av tjenester enn i nabokommunen. Eksempelvis er Eigersund kommune vertskommune



for en rekke tjenester som Sokndal kommune kjøper, blant andre distriktpsikiatrisk senter (Dalane DPS), øyeblikkelig hjelp-sengeplasser, nevnte interkommunale bofellesskap og hverdagsrehabilitering, og døgnlegevakt.

Antall plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner utgjøres av plasser i aldershjem, plasser i sykehjem og ”annet” i SSBs tabell. Begge casekommunene har sykehjems plasser, og Eigersund har flest med sine 58, mot 36 i Sokndal. Igjen kan man imidlertid holde antallet plasser opp mot andelen av befolkningen over 80 år, for å forsøksvis justere for størrelse og behov. Dette vil gi følgende resultater:

Tabell 6.8 Institusjonsplasser

		2011	2012	2013	2014
Sokndal	Antall innbyggere 80+	209	214	210	205
	Antall plasser i institusjon	36	36	36	36
	<b>Antall 80+ per institusjonsplass</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>5,7</b>
	Andel 80+ i institusjon	16,8	18,1	19,5	16,3
Eigersund	Antall innbyggere 80+	609	593	613	626
	Antall plasser i institusjon	65	58	58	58
	<b>Antall 80+ per institusjonsplass</b>	<b>9,4</b>	<b>10,2</b>	<b>10,6</b>	<b>10,8</b>
	Andel 80+ i institusjon	7,1	7,5	6,9	6,8

(Kilde: ssb.no, tabell 07459, tabell 09928)

Om det justeres for størrelse og demografi, har Sokndal fortsatt flere institusjonsplasser enn Eigersund. Eigersund kommune ”mistet” også syv institusjonsplasser ved inngangen til 2012. Dette er plasser som er omdisponert til andre formål som for eksempel øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser. Tendensen i kommunen går imidlertid i retning av stadig økende antall innbyggere over 80 år, uten tilsvarende vekst i institusjonsplasser. I Sokndal kommune har antallet over 80 år per institusjonsplass vært mer stabilt, og på et lavere nivå enn i Eigersund. Dette kan tyde på at Sokndal kommune har bedre institusjonsinfrastruktur relativt til Eigersund.

I tabellen inkluderes også variabelen ”Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere i institusjon (prosent)”. Denne variabelen viser at Sokndal kommune har en betraktelig høyere andel av sine eldre innbyggere boende i institusjoner enn det Eigersund har. Dette kan ses

som uttrykk for at sykehjemsdekningen i kommunen er bedre i Eigersund. Denne variabelen kan være en styrke for Sokndal kommune relativ til Eigersund. Det antas at omsorgsnivået er høyere i institusjonene enn i hjemmene, og at høyere dekningsgrad i sykehjem vil være en styrke når det kommer til eksempelvis å ta imot utskrivningsklare pasienter. Imidlertid viser tallene ikke belegg i institusjonene. Det kan være fullt belegg, og sprengt kapasitet i begge tilfeller. Når det kommer til infrastruktur kan det likevel se ut som om Sokndal er relativt bedre rustet enn Eigersund.

### **Fagkoordinatorer**

Et element som fremheves av respondenter i begge kommunene har vært opprettelsen av en fagkonsulentstilling. I Eigersund ble denne stillingen opprettet i 2012, i forbindelse med samhandlingsreformens ikrafttredelse. Denne stillingen var i utgangspunktet opprettet som en prosjektstilling, men gikk senere over til fast stilling i rådmannens stab etter første året. Sokndal kommune fikk ikke denne stillingen før 2014. I Eigersund kommune var hensikten med denne stillingen, i følge en respondent i kommunen, at vedkommende skulle gjøre de nødvendige kartleggingene for hvilke tiltak som skulle iverksettes for å være ”mulig robust til å klare dette som kommuneorganisasjon”. Arbeidsoppgavene omtales av en annen aktør i kommuneadministrasjonen som følgende:

*”(...) å sette seg inn i den nye lovgivningen og forstå hva denne ville bety for vår kommune, for vår arbeidsplass og i forhold til tjenestemottakerne som vi skal yte tjenester til. Det var for å planlegge tjenestene på en best mulig måte i møtet med nye lover og nye krav” –*

Respondent 4, Eigersund kommune

Respondentene i Eigersund kommune tillegger denne posisjonen stor verdi, både i planleggingen, implementeringen og gjennomføringen av endringene samhandlingsreformen medførte:

*”Det tror jeg var ganske viktig, for hun var sentral på mange områder” – Respondent 3,*  
Eigersund kommune

I Sokndal kommune hadde fagkoordinatoren en noe annen rolle, knyttet til at stillingen ble opprettet senere. Opprettelsen av denne stillingen sammenfalt ikke med samhandlingsreformens ikrafttredelse. Stillingen omtales som en fagutvikler i Sokndal

kommune, og denne er ansvarlig for kompetanseutvikling samtidig som hun er ansvarlig for fagsystem. Respondenten i kommunen omtaler allikevel viktigheten av stillingen, og omtaler fagutvikleren som en strateg i systemet:

*”Vi har gjort ett grep, som var helt nødvendig. Vi har ansatt en egen fagutvikler. Nei, hun er vi helt avhengig av, helt åpenbart. Hun er veldig kunnskapsrik og veldig flink til å lese seg opp (...) det er jo en strateg i systemet, helt åpenbart. Uten den hadde vi nok slitt mer enn vi gjør. Det er en viktig tilvekst for oss, for å administrere det hele og holde oss oppegående og ”a jour” – Respondent, Sokndal kommune*

Videre fremheves det at det hadde vært en verdi å få på plass denne stillingen tidligere:

*”Vi fikk vel gjerne kanskje den stillingen inn litt for sent. Det hadde nok kvalitetssikret hele prosessen og gjort det litt enklere. Jeg ser det nå” – Respondent, Sokndal kommune*

Begge kommunene vektlegger betydningen av å ha ressurser i kommuneapparatet som kan jobbe aktivt med endringer som samhandlingsreformen medfører. I Eigersund er det i stor grad knyttet til endringer i lovverk og medførende endringer i oppgaver. I Sokndal er stillingen i større grad knyttet til kompetanseutvikling i tjenesteapparatet. Dette kan kobles sammen med det tidligere skillet mellom administrasjonstjenester og kompetansekrevende oppgaver. I Eigersund har stillingen i større grad preg av å være førstnevnte, i Sokndal er stillingen et ledd i å tilrettelegge for kompetansekrevende oppgaver i tjenesteapparatet. I følge stortingsmeldingen er dette sammenvirkende trekk, som hver for seg er ledd i retning av et mer robust og koordinert tjenesteapparat i kommunene. På dette punktet ligner kommunene hverandre og de skiller seg fra hverandre. De har samme gjort samme vurdering om at det har verdi å ha en aktør i administrasjonen som jobber med nye oppgaver og fungerer som en administrativ ressursperson for det tjenesteapparatet. Begge kommunene har også opprettet en slik stilling, og begge vektlegger viktigheten av denne. De har imidlertid gjort denne endringen på ulike tidspunkt, og Eigersund kommune var tidligere ute med å opprette stillingen. Om stillingen tillegges verdi, slik kommunene gjør, kan det være en styrke for Eigersund at de fikk denne stillingen på plass tidligere enn Sokndal, og en tilsvarende svakhet for Sokndal å ikke få stillingen før senere.

### 6.3.2 Helse- og omsorgsfaglig kompetanse

Kompetanse er en hovednøkkel i samhandlingsreformen, og stortingsmeldingen stiller strenge krav til kompetanse. Stortingsmeldingen vektlegger at en forutsetning er at oppgavene skal kunne løses lokalt, må det være tilstrekkelig kompetanse i kommuneapparatet. I det følgende omtales kompetansen på driftsnivå i kommunen, altså i helse- og omsorgsapparatet.

Her er det studert flere forhold. For det første er det undersøkt kompetanse i sin enkleste form: hvilken type kompetanse har de to kommunene og omfanget av denne gitte kompetanse. Videre er dette justert for kommunestørrelse, for å gi et enkelt sammenligningsgrunnlag mellom de to kommunene. Dette gjøres for å forsøksvis undersøke kompetansen i kommunene, uavhengig av innbyggertall direkte. Avslutningsvis er dette justert for demografisk sammensetning. Ved å gjøre det, studeres kompetansesammensetningen holdt opp mot kommunens befolkning på 80 år eller eldre. Denne justeringen bygger på samme argument som i flere tidligere ledd, altså at befolkningen over 80 år vil være mer krevende for tjenesteapparatet enn andre befolkningsgrupper, rent statistisk. Dermed vil denne justeringen potensielt gi en god indikator på kompetansen i kommunen holdt opp mot behovet i gitte kommune. Ved å se på den demografiske sammensetningen i Sokndal kommune, som har noe høyere andel innbyggere over 80 år, kan det også være interessant å undersøke om dette reflekteres i hvor mange sykepleierårsverk kommunen har - og om det er gjort bevisste justeringer for å kompensere for relativt høy andel eldre innbyggere. Tilsvarende er det interessant å se på disse tallene for Eigersund kommune og sammenligne sykepleierdekningen i de to kommunene.

SSBs tabell som viser årsverk knyttet til kompetanse er mer kompleks enn tabellen som brukes her. Her er tallene slått sammen og forenklet til større kategorier. Dette gjøres primært for å gjøre sammenligningsgrunnlaget enklere. I første omgang er denne forenklingen gjort ved å slå sammen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeider og annet til en kategori: helsefaglig utdanning på lavere nivå. Når kompetanse knyttes opp til innbyggertall, er denne forenklingen gjort ytterligere, ved å bare se på antallet sykepleierårsverk, hvor sykepleiere med spesialistutdanning er slått sammen med sykepleiere uten spesialistkompetanse.

I tabellene under er det hentet tall fra 2011 til 2014. Kompetanseheving kan tenkes å skje på to ulike måter: enten gjennom rekruttering eller gjennom videreutdanning av eksisterende ansatte. Det tenkes at dette er noe som vil ta tid, og det er dermed hentet inn tall fra

situasjonen før samhandlingsreformen trådte i kraft, og fra årene etterpå. Dette er gjennomgående for alle tallene på dette punktet, også der tallene er justert for befolkningsmengde og alder. Grunnlaget for valget av tidsrom var at det tenkes å kunne besvare spørsmålet knyttet til hvorvidt kommunen har vært i stand til å heve sin kompetanse i årene etter reformen har trådt i kraft. Dette forutsetter imidlertid at kommunen ikke hadde tilstrekkelig kompetanse ved inngangen til reformen, noe som kan være en problematisk til å forutsette. For å ytterligere undersøke disse forholdene er informantene i kommuneadministrasjonen spurt om hvordan de opplever ressursituasjonen når det kommer til kompetanse i tjenesteapparatet.

Tabell 6.9 Kompetanse (årsverk)

Sokndal	2011	2012	2013	2014
Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten (avtalte årsverk)	10,1	10,0	9,9	9,9
Sykepleiere med spesialistkompetanse	3,58	3	3	4,29
Sykepleiere uten spesialitet/videreutdanning	15,87	16,58	13,57	14,53
Helsefaglig utdanning på lavere nivå	53,15	58,41	52,89	57,66
Administrativt personell	2,27	1,85	1,85	1,85
Eigersund	2011	2012	2013	2014
Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten (avtalte årsverk)	10,2	10,1	9,9	9,9
Sykepleiere med spesialistkompetanse	4,84	6,64	8,7	9,77
Sykepleiere uten spesialitet/videreutdanning	64,39	68,52	67,16	72,93
Helsefaglig utdanning på lavere nivå	191,62	191,31	201,84*	197,77
Administrativt personell	2,80	2,27	3,25	2,27

(Kilde: ssb.no, 2015, tabell 09934)

Tabellen over viser årsverkene i de to casekommunene knyttet til somatiske helse- og omsorgstjenester. Disse tallene er ikke justert for kommunestørrelse, foruten legeårsverkene. Legedekning justert for innbyggertall er en lovfestet størrelse, og vil derfor være lik i de to kommunene. Sokndal kommune har tilgang på legetjenester i egen kommune i kontortid i ukedagene. Foruten denne kontortiden må innbyggere i Sokndal kommune benytte seg av legevakten i Eigersund kommune.

Et ytterligere interessant forhold er forholdet mellom sykepleierdekning og andelen i befolkningen over 80 år. Tabellen under viser antall ansatte over 80 år per sykepleierårsverk i

de fire utvalgte årene. Også her omfatter sykepleierårsverk både sykepleierårsverk med og uten spesialistkompetanse.

Tabell 6.10 Antall innbyggere over 80 år per sykepleierårsverk

		2011	2012	2013	2014
Sokndal	Antallet innbyggere 80 år og eldre	209	214	210	205
	Sykepleierårsverk	19,5	19,6	16,6	18,8
	<b>Antall innbyggere 80 år og eldre pr sykepleierårsverk</b>	<b>10,7</b>	<b>10,9</b>	<b>12,7</b>	<b>10,9</b>
Eigersund	Antallet innbyggere 80 år og eldre	609	593	613	626
	Sykepleierårsverk	68,8	75,2	75,9	82,7
	<b>Antall innbyggere 80 år og eldre pr sykepleierårsverk</b>	<b>8,9</b>	<b>7,9</b>	<b>8,1</b>	<b>7,6</b>

(Kilde ssb.no, 2015 (tabell 09934, tabell 07459))

I tabellen justert for folkemengden på 80 år og eldre ser vi en annen tendens enn i tabellen som bare er justert for befolkningens mengde. Denne tabellen viser at Sokndal kommune har flere innbyggere 80 år eller eldre fordelt på sine årsverk enn det Eigersund kommune har. Dette har vært gjennomgående for samtlige av de utvalgte årene. Også denne tabellen, som den forrige, viser at Sokndal kommune hadde relativt få sykepleierårsverk i 2013 i at antallet innbyggere 80 år og eldre er betraktelig høyere dette året. Eigersund kommune har også hatt noen svingninger, men de er ikke tilsvarende store som i Sokndal.

Eigersund kommune har også en økning i antall sykepleierårsverk i løpet av den valgte perioden, hvor Sokndal ikke har hatt samme tendens. Dette kan være en indikator på at Eigersund kommune har gjort aktive grep for å heve kompetansen i kommunen. Svingninger i antallet innbyggere over 80 år gjør imidlertid at det også blir svingninger i dekningsgraden. I Sokndal kommune er det svingninger både i antallet innbyggere over 80 år og i sykepleierårsverk.

Igjen sammenholdes disse tallene med nasjonale tall:

Tabell 6.11 Antall innbyggere over 80 år per sykepleierårsverk kommunalt og nasjonalt

	2011	2012	2013	2014
Sokndal kommune	10,7	10,9	12,7	10,9
Eigersund kommune	8,9	7,9	8,1	7,6
<b>Nasjonalt</b>	<b>9,2</b>	<b>8,8</b>	<b>8,5</b>	<b>8,3</b>

(kilde: ssb.no, tabell 00934)

De nasjonale tallene viser en nedgang i antall innbyggere over 80 år per sykepleierårsverk. Dette skiller seg fra tendensen i de to kommunene, hvor tallene svinger mer og ikke har tilsvarende nedadgående tendens. Tabellen viser at Sokndal kommune har betraktelig flere eldre per sykepleier og Eigersund har noe under landsgjennomsnittet. Dette kan tolkes som en styrke for Eigersund relativt til Sokndal. Det antas at det er gunstig å ha færrest mulig innbyggere over 80 år per sykepleier, da dette tolkes som en bedre situasjon med tanke på kompetanse og dekningsgrad. Eigersund kommune har mer kompetanseressurser enn Sokndal. Dette er en reell forskjell mellom de to kommunene.

Videre viser tabellen at svingningene er større kommunene enn det er nasjonalt. Her kan man kanskje se igjen at svingninger blir større i små kommuner. Ser at verken antallet eldre eller antallet årsverk endrer seg så mye fra år til år, men det fører allikevel til relativt store svingninger i ”dekningsgraden”.

Respondentene i de to kommunene omtaler dette som en utfordring, men en utfordring som de jobber med å møte:

*”Det er de midlene vi har fått gjennom fylkeskommunen på kompetanseløftet. Det har vært et viktig bidrag. Sånn at vår kompetanseplan er jo da helt klart uformet i forhold til de behovene vi nå har sett at vi har fått, og vil få, også har vi fått finansiert dette gjennom kompetanseløftet. Så det har vært et bra tilskudd, for hadde vi ikke hatt de midlene så hadde vi ikke kommet så langt som vi har kommet i dag. for vi har videreutdannet ganske mange av våre sykepleiere, det har vi gjort.”* – Respondent, Sokndal kommune

En tilsvarende situasjon beskrives av flere av respondentene i Eigersund:

*”Vi har nok knapphet på ressurser. Og jeg tror nok at de der ute kjenner enda mer på det, som møter innbyggerne direkte. Og samtidig da så prøver vi jo selvfølgelig at vi skal gjøre det beste ut av det vi har og at vi har fokus på, i kompetanseplaner, og når vi planlegger hvordan vi skal heve kompetansen”* – Respondent 1, Eigersund kommune

*”Og det vil jeg absolutt si at vi ser en endring på. Og vi omjusterer littegranne hvordan man er organisert for å sikre at man har den rette kompetansen på rett plass og til rett tid”* – Respondent 2, Eigersund kommune

En av respondentene fra Eigersund kommune omtaler også den demografiske situasjonen knyttet til oppgavedifferensiering:

*”Jeg tenker jo at vi hadde hatt nytte av å vært enda større kommune og hatt enda større fagmiljø (...) Du har så mange spesielle diagnoser som krever spisskompetanse og pasient grupper som hadde hatt nytte av spisskompetanse. (...) Da trenger du kanskje et litt større befolkningsgrunnlag. Så jeg tenker at selv en mellomstor kommune vil ha nytte av å bli større. Vi burde vært dobbelt så store! (...) For da hadde du fått differensiert det litt mer, enn det vi har i dag (...).”* – Respondent 4, Eigersund kommune

Dette er også en utfordring som tidligere er omtalt; at små kommuner vil ha problemer med å eksempelvis ansette spesialister i store nok stillinger, da pasientgrunlaget ikke er tilstrekkelig. Kompetanse er altså, som forventet, en utfordring for begge de to kommunene.

#### **6.4 Kommunen som del av nasjonalstaten**

I beskrivelsen av kommunen som en del av nasjonalstaten er kommunene studert i et flernivåsystem, hvor det er studert hvordan hver av kommunene samarbeider både vertikalt og horisontalt i systemet. Dette innebærer i dettet tilfellet samarbeid med helseforetaket og samarbeid med nabokommuner vertikalt.



### Samarbeid med helseforetak

Begge kommunene omtaler det daglige samarbeidet med helseforetaket som godt:

*”Veldig ok. Og det tror jeg henger mye sammen med at vi har et velfungerende samhandlingsutvalg som koordinerer og tar opp, på overordnet nivå, det som er av utfordringer. De har jevnlig møter og diskuterer da både kommunen sine utfordringer og samhandlingsavdelingen der inne er veldig lette å få tak i”, Respondent 1, Eigersund kommune*

*”Jeg synes nok at i all hovedsak så fungerer det greit i forhold til SUS, men fortsatt så er det noen utfordringer” – Respondent, Sokndal kommune*

Dette betraktes som en tilsvarende situasjon for de to kommunene. I utformingen av de lovpålagte samarbeidsavtalene gikk sør-kommunene i Rogaland sammen i forhandlinger med Helse Stavanger. Dette omtales som en styrke:

*”Det kan nok være at det av og til heller litt mot at helseforetakene har vært store. Og de har vært dominerende i utarbeidelsen (av samarbeidsavtalene)” – Respondent 2, Eigersund kommune*

*”Nå valgte jo sør-Rogaland å gå sammen. Altså alle atten gikk sammen (...)i samarbeid med Helse Stavanger. Og det var helt klart en styrke da disse samarbeidsavtalene skulle utarbeides, for den enkelte kommune hadde blitt veldig liten i forhold til Helse Stavanger. Så jeg tror det at der gjorde kommunene et veldig lurt grep”. – Respondent 3, Eigersund kommune*

Igjen synes dette å være likt for de to casekommunene. Forholdet til helseforetaket vurderes å være tilstrekkelig bra for begge.

### Samarbeid med nabokommuner

I stortingsmeldingen blir interkommunale samarbeid presentert som en løsning for små kommuner for å kunne ivareta alle oppgaver som de forventes å ivareta. Det blir dermed en måte å møte utfordringen å være liten på. Det er noe interkommunalt samarbeid mellom Eigersund og Sokndal, også på helse- og omsorgsfeltet. I disse tilfellene benytter de seg av en

vertskommunemodell, hvor Eigersund kommune tilbyr tjenesten, og Sokndal kjøper tjenester fra dem. Begge kommunene omtaler dette samarbeidet som velfungerende:

*”Vi synes at det er lærerikt å jobbe sammen. Vi har lært hverandre å kjenne og vet hvilke personer vi kjapt skal kontakte. Og at flere hoder kan tenke sammen.”* – Respondent 2, Eigersund kommune

*”Jeg tenker det fungerer fint. For det tenker jeg at er små kommuner som vil ha en utfordring med å kunne ivareta det selv”* – Respondent 4, Eigersund kommune

*”Det er gode samarbeid og rutiner. Men det er nok gjerne litt knyttet til den vertskommunemodellen, i forhold til økonomi og drift og sånne ting som kanskje kan være litt utfordrende”* – Respondent, Sokndal kommune

Det interkommunale samarbeidet synes å fungere bra mellom de to casekommunene. Det brukes imidlertid ikke i utstrakt grad på helse- og omsorgsfeltet. De største samarbeidsområdene som faller inn under avgrensningene til denne oppgaven er samarbeidene på legedekning og legevakt, samt øyeblikkelig-hjelp-sengeplassene. Dette er begge interkommunale samarbeid etter vertskommunemodellen. Det trekkes frem av stortingsmeldingen som et verktøy i møtet med utfordringer knyttet til små kommuner, men den lille kommunen i denne oppgaven benytter seg i liten grad av dette verktøyet. I den grad den benytter seg av det synes det imidlertid at samarbeidet fungerer tilstrekkelig bra.

## 6.5 Avhengig variabel

### Beviste justeringer

Det er tydelig at de to casekommunene har noe ulik tilnærming til sin rolle som tjenestetilbyder. For det første er de organisert ulikt. Eigersund kommune tilbyr betraktelig flere tjenester selv, og Sokndal kommune kjøper noen av disse tjenestene fra Eigersund. Vurderes så ulike utfallene av den avhengige variabelen synes Eigersund kommune å tilby alle de lovpålagte tjenestene selv. I tillegg tilbyr de noen frivillige tjenester, som hverdagsrehabiliteringstjenesten. Dette var kommunen også tidlig ute med å tilby. Slik kan Eigersund betraktes som en kommune som gjør mer enn ”minstekravet” til oppgaver. Sokndal på den andre side, har ikke tilsvarende ressurser i eget kommuneapparat, og er avhengige av å kjøpe tjenester fra sin nabokommune. Dette gjelder alt fra legedekning og legevakt til

øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser. Sokndal kommune kan slik betraktes som en kommune som ikke er i stand til å yte alle tjenestene selv, men allikevel ivaretar sitt ansvar gjennom å kjøpe tjenester fra Eigersund.

En annen forskjell i organiseringen av helsetjenester i de to kommunene er at Eigersund var tidlig ute med å ansette en fagkonsulent, begrunnet med at denne aktøren skulle jobbe aktiv for å forberede kommunen på det utvidede ansvaret samhandlingsreformen skulle medføre. Sokndal fikk ikke på plass tilsvarende stilling før betraktelig senere. Begge kommunene vektlegger viktigheten av en slik stilling og det å ha ressurser administrativ til å drive med planlegging og kartlegging. Samtidig er kommuneadministrasjonen som sådan betraktelig større i Eigersund kommune enn i Sokndal. Begge kommunene omtaler imidlertid styrker ved sin administrasjonsstørrelse:

*”Vi har jo bygget opp en viss erfaring på å overlappe hverandre. Så vi er veldig transparente i de arbeidsoppgavene. Så vi vet jo hverandres arbeidsoppgaver og kan jo klare å dekke det opp, til en viss grad”* – Respondent, Sokndal kommune

Her omtales liten administrasjon som en styrke, da samtlige aktører i administrasjonen fungerer som generalister som til en hver tid kan overta andres oppgaver ved sykdom eller liknende. I Eigersund kommune er situasjonen noe ulik:

*”I hver enkelt enhet så er det frigitte personer, det vil si de har av og til muligheten til å tre ut og delta og vi kobler dem ofte med i diverse prosjekter. Så på den måten tenker jeg at vi klarer å jobbe, håper jeg, på best mulig måte for innbyggerne”* – Respondent 2, Eigersund kommune

Eigersund kommune fremstår som å ha systemer som er store og fleksible nok til at enkeltpersoner kan flyttes for å utføre andre, spesialiserte arbeidsoppgaver og at styrken i systemet ligger i denne fleksibiliteten.

En annen forskjell som skiller de to kommunenes innretning er hvorvidt de synes å være forberedte på hva den nye kommunerollen ville innebære. Eigersund kommune har en helse- og omsorgsplan som ble påbegynt ved ansettelsen av den nye fagkonsulenten i 2008. Denne

ble vurdert som viktig i arbeidet med samhandlingsreformen, og helse- og omsorgstjenester generelt:

*”Det klargjorde (...) en hel del som jeg ikke tror vi hadde sett om vi ikke hadde gjort dette arbeidet.”* – Respondent 1, Eigersund kommune

Sokndal har ikke en tilsvarende helse- og omsorgsplan, og respondenten beskriver en situasjon hvor planlegging har vært utfordrende, grunnet liten tid og ressurser i administrasjonen.

*”Vi er jo på en måte inne i en situasjon nå, der vi kan planlegge (...) Vi har hatt det stykkevis og delt, kan du si (...) Også er det litt også i erkjennelsen av at hvis vi ikke gjør noe, hvis vi ikke tar noen grunnleggende valg og noen analyser nå, så er jo ikke mulig å løse det, økonomisk. Og det er ikke ønskelig heller”* - Respondent, Sokndal kommune

Muligheten til å planlegge synes å ha vært et problem i Sokndal kommune, som det ikke har vært rom til å prioritere før nå. Dette er en indikator på at kommunen ikke var like forberedt som Eigersund kommune på utfordringer som kunne komme med samhandlingsreformen, og hvordan disse utfordringene kunne bli møtt. Dette er igjen grunnet mindre ressurser i kommuneadministrasjonen.

Dette gjenspeiles noe i hvordan respondentene i de to kommunene omtaler implementeringsfasen til samhandlingsreformen. Eigersund kommune omtaler det som en relativt enkel prosess, grunnet god planlegging:

*”Vi var fort inne i driftsfasen. Jeg tror den implementeringsfasen egentlig ble gjort veldig tidlig i Eigersund (...) Planleggingsfasen er viktig, det har vi en gode folk som er flinke til å tenke på mulige fallgruver og bruke tid på planlegging, så jeg tenker at implementeringsfasen er ikke så lang, for planleggingsfasen er så god”* – Respondent 3, Eigersund kommune

En annen respondent knytter dette til det faktum at de nye oppgavene reformen medførte var lovpålagte, og at lovendringene trådte i kraft samtidig med reformen:

*”Man var veldig raskt over i drift. Det ble jo forventet at ifra loven trådte i kraft, så ble jo forventningene til at man skulle oppfylle lovens nye krav. Så jeg ville nesten sagt at det var vel lite rom.. Det var få som snakket om at nå skal vi ha en implementeringsfase” – Respondent 4, Eigersund kommune*

Sokndal kommune beskriver en tilsvarende situasjon knyttet til lovendringene og de lovpålagte oppgavene. Imidlertid er beskriver respondenten en noe mer problematisk første periode etter ikrafttredelsen:

*”Implementeringsfasen, den første perioden, var vel preget av ganske mye kommunikasjon med helseforetakene i forhold til avviksrapportering.. av feil. For det ble gjort ganske mange feil i starten. Og det blir fortsatt gjort feil (...) altså nå føler jeg vel egentlig at vi har rimelig god kontroll” – Respondent, Sokndal kommune*

Hvorvidt disse problemene i oppstartsfasen var knyttet til manglende planlegging før reformen er vanskelig å se. Imidlertid beskriver respondentene i de to kommunene en noe ulik situasjon, når det kommer til planlegging og når det kommer til implementering av endringene. Det synes å kunne trekkes linjer mellom planlegging og problemer med implementering og nye oppgaver, men det kan også være andre beskrivende faktorer som bidrar til dette.

## **6.6 Oppsummering**

Fremstillingen viser at de to casekommunene er relativt like, noe som kan gi grunnlag for å støtte utgangspunktet for undersøkelsen. Det er noen hovedfunn. For det første synes kommunene å ha tilsvarende demografiske utfordringer og i forlengelsen av dette begge har utfordringer i rekrutteringen av kompetent personale. Den noe større kommunen opplever noe av de samme utfordringene som den mindre. Dette er et interessant, da teorien skulle tilsi at den minste kommunen ville ha større problemer med rekruttering av kompetanse. Begge kommunene synes å knytte denne utfordringen sammen med geografisk beliggenhet, mer enn kommunestørrelse. Eigersund kommune har samtidig mer kompetanseressurser enn Sokndal kommune, og har færre innbyggere over 80 år pr. sykepleierårsverk. Dette er en betydelig forskjell mellom de to kommunene.

Videre har de to kommunene ulik organisering av helse- og omsorgsapparat, - tjenester og – politikk. Noe av dette synes å være direkte koblet til størrelse. Eigersund er en større kommune med flere pasienter og flere ansatte og driftsnivået har en annen organisasjonsstruktur enn i Sokndal kommune. Også administrasjonen er ulik. Dette synes også å være preget av kommunestørrelse. Eigersund, som en større kommune, har større kommuneadministrasjon, og dermed større helse- og omsorgsadministrasjon. Dette gir kommunen noe mer fleksibilitet og differensiering av arbeidsoppgaver administrativt.

Eigersund kommune tilbyr et videre spekter av tjenester enn Sokndal. Også dette kan kobles til størrelse. Pasientgrunnlaget er større, og rommet for differensiering av tjenester er dermed større. Størrelse synes å være av betydning for kommunens innretning for å ivareta helse- og omsorgstjenester.

## Kapittel 7 – Analyse av sentrale empiriske funn

Som presentert tidligere er det ulikheter i kommunene, både på uavhengig og avhengig variabel. Kommunene har ulike trekk og det ser ut til å være sammenheng mellom disse trekkene og hvordan de har innrettet seg etter samhandlingsreformens nye oppgaver. Kommunestørrelse ser også ut til å være en sentral faktor i denne ulike innretningen. Respondenter i kommunene mener at geografisk beliggenhet er en sentral forutsetning, eller i disse tilfellene hindring, for kommunens evne til å tilby utvidede tjenester. Det teoretiske grunnlaget i denne oppgaven tilsier at system- eller kommunestørrelse er av betydning for kommunenes mulighet til å tilby tjenester. Det er imidlertid ikke tydelig på hvilken måte størrelse vil påvirke kommunene, og i forlengelse av dette, tjenestetilbudet. I det følgende brukes oppgavens teoretiske utgangspunkt for å besvare på hvilken måte kommunestørrelse synes å gjøre seg gjeldende for de to kommunenes innretning i ivaretagelsen av utvidede ansvar og oppgaver gitt av samhandlingsreformen.

### 7.1 Kommunestørrelse og systemkapasitet

Dahl og Tufte teori om systemkapasitet og borgereffektivitet tilsier at større systemer har bedre forutsetninger for endring og oppgaveløsning, grunnet størrelse alene. Størrelse medfører direkte større fleksibilitet. Dahl og Tufte trekker på den måten en linje fra størrelse til tjenestekvalitet, ved at større kommuner har mer ressurser som kan mobiliseres i tjenesteproduksjon. Dette skulle tilsi at Eigersund kommune vil være bedre i stand til å påta seg oppgaver og ansvar i forbindelse med samhandlingsreformen enn Sokndal kommune ut fra størrelse alene. Empirisk vil det være vanskelig å vurdere hvorvidt denne enkle koblingen er mulig. I det videre drøftes Jacobsen og Holtskogs tre punkter for hvordan kommunestørrelse vil påvirke tjenestetilbudet.

Jacobsen og Holtskogs første punkt er at større systemer kvantitativt vil ha mer ressurser som kan mobiliseres. Eksempler på slike ressurser er sykepleiere og sykehjemsplasser. Mer ressurser som kan mobiliseres vil føre til større kapasitet for oppgave- og problemløsning i systemet, hvilket igjen vil føre til et bedre tjenestetilbud. Større kommuner vil, ut fra denne logikken, ha bedre forutsetninger for å tilby tjenester ut fra størrelse alene og dermed ha bedre forutsetninger for å utvide tjenestetilbudet. Studien av de to casekommunene synes underbygge dette. Eigersund kommune yter et mer omfattende sett av tjenester enn Sokndal, og Sokndal har problemer med å selv ivareta grunnleggende lovpålagte tjenester. Videre har Eigersund også større kompetanseressurser enn Sokndal kommune, og flere sykepleierårsverk

som kan mobiliseres. Disse punktene i sum synes å være en relativt enkel kobling mellom kommunestørrelse og tjenestetilbud.

Det andre punktet er at større systemer vil ha en rekke stordriftsfordeler. Jacobsen og Holtskog hevder at dette i praksis vil bety at jo større en enhet er, desto mindre sårbare vil de være for svingninger i sykdomsbilder, demografisk utvikling og utskrivningsklare pasienter. Problemet med svingninger vektlegges også i stortingsmeldingen, hvor det påpekes at dette vil være særskilt problematisk for de aller minste kommunene. Dette underbygges av funnene fra de to casekommunene. Eigersund kommune synes å være stor nok til å tåle noe svingninger, mens Sokndal kommune har større problemer. Særlig gjelder det svingninger i sykdomsbildet. Sokndal kommune har relativt få sykehjemsplasser og en krevende pasient vil ta relativt ”større plass” i Sokndal enn i Eigersund. En krevende pasient tenkes å kreve relativt mye ressurser i en liten kommune, som igjen kan gå på bekostning av andre pasienter i en allerede presset ressursituasjon. Denne situasjonen er ikke like krevende i Eigersund kommune, da systemet er relativt større og svingninger i sykdomsbildet ikke vil være like avgjørende. Store svingninger i antallet utskrivningsklare pasienter vil være mer krevende i mindre kommuner enn større. Dette punktet blir dermed også beskrivende for hvordan kommunestørrelse synes være av betydning for tjenestetilbudet i de casekommunene.

Det tredje punktet fremmet av Jacobsen og Holtskog er at større systemer vil ha større rom for spesialisering og oppgavedifferensiering. Dette punktet presenteres også i Stortingsmeldingen. Spesialisering og oppgavedifferensiering vil videre avhenge av to forhold, i følge Jacobsen og Holtskog. For det første avhenger det av kompetanse i kommunen, og hvorvidt det er tilstrekkelig kompetanse til å bygge og opprettholde, eller i beste fall utvikle, spesialiserte fagmiljø. På den andre side avhenger det av å ha tilstrekkelig pasientgrunnlag til at det vil være hensiktsmessig å differensiere tjenester. Det må eksempelvis være tilstrekkelig mange unge menn med demenssykdommer for at det skal være hensiktsmessig å opprette en eget tjenestetilbud for disse. Dernest vil et eventuelt tjenestetilbud til denne gruppen være avhengig av at det er tilstrekkelig kompetanse til å utvikle tjenester på dette området. Teorien tilsier at større kommuner vil ha bedre forutsetninger på begge disse punktene. Eigersund kommune beskriver en situasjon hvor omfanget av tjenester og pasientgrunnlaget er tilstrekkelig stort til å differensiere tjenesteapparatet noe. Kommunen har samtidig problemer med å skaffe tilstrekkelig kompetanse til alle deler av tjenesteapparatet. Dette kan være en indikator på at kommunen er



litt for liten til å være i stand til å bygge sterke fagmiljø på samtlige områder, men tilstrekkelig stor til å ha pasientgrunnlag for en rekke ulike tjenester. Sokndal kommune tilbyr grunnleggende lovpålagte helse- og omsorgstjenester, men lite ut over dette. Det teoretiske utgangspunktet vil da tilsi at kommunen er for liten til at det er rom for spesialisering og oppgavedifferensiering. Sokndal kommune beskriver en situasjon hvor rekruttering av kompetanse er en utfordring. Jacobsen og Holtskogs tredje punkt er beskrivende for forutsetningene i de to casekommunene.

### **Fleksibilitet**

Felles for Jacobsen og Holtskogs tre punkter er at større systemer har større fleksibilitet enn mindre systemer, hvilket de igjen hevder vil føre til bedre tjenester. Det er tydelige forskjeller mellom de to kommunene når det kommer til fleksibilitet i tjenesteapparatet.

I Eigersund kommune oppfatter respondentene at det er fleksibilitet i systemet til å omorganisere resurser innad i kommunen. Det å kunne mobilisere ressurser som allerede finnes, i form av eksempelvis kompetanse og infrastruktur, omtales som en styrke. Denne fleksibiliteten ble utnyttet i forbindelse med samhandlingsreformens ikrafttredelse i Eigersund kommune. For det første ble det synlig gjennom omorganiseringen av hjemmesykepleien, ved å opprette de to nye distriktene. Hensikten med denne omorganiseringen var å møte reformens krav om tydeligere arbeidsdeling og klarere kommunikasjonslinjer. Kommunen benyttet her eksisterende ressurser, i form av tjenesteapparat, og endret dette for å bedre møte de nye oppgavene samhandlingsreformen medførte. Videre er opprettelsen av øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser på sykehjemsavdelingen 2 Vest et annet eksempel. Her ble en rekke eksisterende sykehjems plasser omdisponert til øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser for å dekke det lovpålagte kravet til både egen kommune, Sokndal kommune og deler av Lund. Et tredje eksempel er opprettelsen av hverdagsrehabiliteringstjenesten. Denne tjenesten består i stor grad av eksisterende personell i kommunen, som er satt til å fylle en ny funksjon i kommunen og dermed tilby en ytterligere tjeneste.

Sokndal kommune beskriver en noe annen ressursituasjon. Kommunen opplever mindre fleksibilitet i tjenesteapparatet. Respondenten i kommunen beskriver en situasjon hvor de er bundet av den allerede eksisterende strukturen i tjenesteapparatet for å innfri et minimum av lovfestede tjenester, og å tilby disse tjenestene på en tilstrekkelig måte. Det finnes ikke

fleksibilitet i systemet til store endringer eller utvidelser. Denne manglende fleksibiliteten oppfattes som en begrensning.

## **7.2 Kommunestørrelse og problemløsningskapasitet**

En ytterligere spesifisering av hvordan systemstørrelse kan påvirke tjenestetilbud er gjennom de fire problemløsningskapasitetene. Problemløsningskapasitetene viser andre likheter og forskjeller mellom de to kommunene.

### **7.2.1 Kommunenes leveransekapasitet**

Kommunens leveransekapasitet er knyttet til strukturelle forhold i kommunen, og hvilke ressurser kommunen kan mobilisere for å løse problemer. Slik det presenteres av Lodge og Wegrich vil dette omhandle økonomiske forutsetninger, men også andre strukturelle forhold som infrastruktur, tilgang på teknologi og personalressurser. Her skiller de to casekommunene seg noe fra hverandre. Ut fra KOSTRA-grupperingen har Eigersund og Sokndal kommune tilsvarende økonomiske forutsetninger for problemløsning. Infrastrukturen er imidlertid ulik. Eigersund kommune har flere sykehjemsplasser, som de har benyttet eksempelvis til å opprette øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser.

Når det kommer til kompetanse er situasjonen noe ulik. Sokndal kommune har betraktelig flere innbyggere over 80 år per sykepleierårsverk enn Eigersund kommune og det nasjonale gjennomsnittet. Dette kan være en indikator på at Sokndal kommune vil ha redusert leveransekapasitet sammenlignet med Eigersund. Sammenholdt med at kommunen har færre sykehjemsplasser og dårligere infrastruktur skulle dette tilsi at Eigersund har bedre forutsetninger for å levere tjenester til sine innbyggere. Funnene fra datainnsamlingen underbygger dette. Eigersund kommune leverer flere tjenester enn Sokndal, og har større fleksibilitet i kommuneapparatet til å tilpasse seg utvidet ansvar.

### **7.2.2 Kommunenes reguleringskapasitet**

Kommunenes reguleringskapasitet avhenger av hvorvidt de er i stand til å regulere forhold internt i kommunen. Begge kommunene beskriver en situasjon hvor de er små nok til å ha god oversikt over eget tjenesteapparat og klare informasjons- og kommandolinjer. Dette kan videre ses i lys av borgereffektivitet, slik det fremstilles av Dahl og Tuft. Borgereffektivitet handler om både avstanden fra borgerne til politikere, og deres evne til å påvirke politikk, og om politikere og administrasjonens nærhet til problemer og borgere. Begge kommunene vurderer selv at de er små nok til å ivareta borgereffektivitet til en viss grad, i kraft av å være

relativt små. Reguleringskapasiteten vurderes som stor, hvilket er en viktig forutsetning for at begge kommunene skal kunne ivareta stadig økende oppgaver og ansvar. Eigersund og Sokndal beskriver en relativt lik situasjon på dette punktet, hvor begge kommunene mener de er i stand til å regulere tjenesteapparatet og å få gjennomført nødvendige justeringer.

### **7.2.3 Kommunenes samordningskapasitet**

Samordningskapasitet har i denne oppgaven handlet om kommunens evne til å koordinere både horisontalt, med andre kommuner og samarbeidspartnere på samme nivå, og vertikalt med helseforetaket. Begge kommunene omtaler kommunikasjon og samarbeid med spesialisthelsetjenesten som bra. Dette gjelder både samarbeid med Helse Stavanger HF og i Sokndals tilfelle også Helse Sørlandet HF. Respondenter i både Eigersund og Sokndal uttrykker at de respektive kommunene føler seg små i møtet med helseforetaket, og at kommunenes forhandlingsstyrke er liten i møte med det de oppfatter som et stort system. Aktører i kommunen opprettholder samtidig at det har vært en nødvendighet å alliere seg med nabokommunene i forhandlinger med helseforetaket. En slik allianse hevder de gjorde prosessen med utforming av samarbeidsavtaler god, og at den daglige kommunikasjonen med helseforetaket fungerer tilstrekkelig bra. Ved å gå sammen mener de å ha større forhandlingskraft i møtet med helseforetaket. I tillegg omtaler begge kommunene samarbeidet med hverandre som konstruktivt og nyttig for begge parter.

### **7.2.4 Kommunenes analytiske kapasitet**

Analytisk kapasitet handler om en kommunes evne til å innhente informasjon og å sette seg inn i denne for å løse problemer. Dette er en todelt kapasitet som på den ene siden handler om å innhente informasjon om kommunens situasjon og utfordringer, og dernest å finne en hensiktsmessig løsning på disse eventuelle utfordringene. Både for å innhente informasjon, og å finne løsning på problemer, kreves det analytisk kapasitet i systemet. På dette punktet er det klar forskjell mellom de to kommunene. Begge beskriver en situasjon hvor det er nærhet til brukere, og god informasjon om aktuelle utfordringer. Det er bare Eigersund kommune som har formalisert informasjonen og vurderingene gjennom et samlet planverk for helse- og omsorgstjenester. Sokndal manglet en slik plan da samhandlingsreformen trådte i kraft.

Eigersund kommune oppfatter implementeringen av samhandlingsreformen og utvidelsen av oppgaver i forbindelse med denne som vellykket og en positiv prosess. Informantene tilskriver mye av årsaken til dette til at kommunen tidlig var i stand til å planlegge for hvilke implikasjoner reformen ville ha for kommunen, gitt de forutsetningene og utfordringene

kommunen stod overfor. I den forbindelse var den nyopprettede fagkonsulentstillingen av særlig betydning. Sokndal kommune hadde ikke en tilsvarende stilling på plass forut for samhandlingsreformens ikrafttredelse. Informanten i kommunen beskriver en situasjon hvor kommunens tjenesteapparat måtte gjøre det beste ut av eksisterende ressurser, og at noen av endringene kom ”brått på”.

Kommunenes analytiske kapasitet synes å være av særlig betydning for deres evne til å ivareta utvidede tjenester. Eigersund kommune hadde ressurser og fleksibilitet i systemet til å gjøre en rekke forberedende tiltak på administrativt nivå. Sokndal var ikke i samme situasjon, og beskriver at det var problematisk i møtet med en rekke nye utfordringer, som samhandlingsreformen medførte.

### 7.3 Relevante faktorer og forhold

Hva så med problemstillingen som var utgangspunktet for denne oppgaven? Hvordan kan den besvares ut fra det teoretiske rammeverket?

*Hvilke faktorer og forhold er relevante for hvordan kommuner er i stand til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret samhandlingsreformen medfører?*

Kommunestørrelse vurderes å være et sentralt forhold som påvirker kommunens mulighet til å ivareta de nye oppgavene og ansvaret som samhandlingsreformen medførte. Den største kommunen i studien var tilstrekkelig stor til å ha fleksibilitet både i administrasjon og på driftsnivå til å kunne gjøre avgjørende forberedelse før reformens ikrafttredelse og større strukturelle endringer i etterkant. Den mindre kommunen manglet tilsvarende fleksibilitet og infrastruktur, samt kapasitet i kommuneadministrasjonen til å gjennomføre omfattende planlegging i forkant av reformens ikrafttredelse. Videre er geografisk beliggenhet et forhold som synes å prege tjenestetilbudet i kommunene, gjennom at dette, vel så mye som størrelse, påvirker kommunens mulighet til å rekruttere kompetanse til tjenesteapparatet.

Det kan tenkes at Eigersund kommune prioriterte mer ressurser til helse- og omsorgstjenester. En indikator på dette er at kommunen har gjort en opprustning av sykepleierårsverk. Over den studerte tidsperioden har Eigersund kommune hatt en stigning i dette antallet, hvor Sokndal kommune ikke har opplevd samme utvikling. Det kan potensielt være et spørsmål om

rekruttering, og at Eigersund kommune i større grad enn Sokndal har vært i stand til å rekruttere ytterligere sykepleiere til kommuneapparatet.

Eigersund kommune har prioritert analytisk fleksibilitet i kommuneapparatet, og har vektlagt viktigheten av å kunne frikjøpe ressurser i administrasjonen til å jobbe aktivt med planlegging for, og implementering av, samhandlingsreformen. Sokndal kommune hadde ikke fleksibilitet til å gjøre samme prioriteringer. Kommunen hadde ikke ressurser i kommuneapparatet som kunne frikjøpes, og de stod dermed uten mulighet til å gjøre tilsvarende omfattende plan- og oppfølgingsarbeid som Eigersund. Sokndal kommune har dermed betraktelig dårligere analytisk kapasitet, som en direkte konsekvens av kommunestørrelse. Dette synes å være avgjørende for kommunens evne til å tilpasse seg økte oppgaver og ansvar.

Faktorer som kommunens økonomiske situasjon, den politiske fargen i kommunen og samarbeid med andre relevante aktører er relativt likt i de to casekommunene. Dette gjør det vanskeligere å trekke konkrete slutninger om hvilken påvirkning disse forholdene kan ha på tjenestetilbudet. Begge kommunene har knapt med økonomisk handlingsfrihet. Dette kan bety at økonomiske forutsetninger ikke er av tilsvarende betydning som fleksibilitet i administrasjon og tjenesteapparat er viktigere. Mulighet til å mobilisere personalressurser, kompetanse og tid til planlegging synes å være av større betydning enn økonomiske forutsetninger.

Et annet forhold som vil være vanskelig å vurdere betydningen av er politisk aktivitet og stemning. Begge kommunene beskriver en situasjon hvor de får tilstrekkelig politisk oppmerksomhet til å gjennomføre ønskede tiltak, og at helse- og omsorg er politikkområder som vekker engasjement og følelser. De beskriver en situasjon hvor helse- og omsorgstjenester i stor grad er drevet frem av administrasjonen, heller enn av politisk styring i kommunen. Det blir da problematisk å vurdere hvorvidt politisk velvilje er en forutsetning eller hvorvidt det er irrelevant for tjenestetilbudet i kommunen.

Begge de to casekommunene er mindre enn Vabo-utvalgets anbefalinger. Eigersund kommunen er allikevel i stand til å tilby både minimumet av lovpålagte tjenester i egen kommune og påta seg en rekke frivillige tjenester ut over disse. Dette kan være en indikator på at Vabo-utvalgets terskel er relativt presis da den foreslår at ingen kommuner bør være

mindre enn 15 000 innbyggere. Sokndal kommune, som er betraktelig mindre, har problemer med å tilby tilsvarende sett med tjenester innad i egen kommune.

#### 7.4 Refleksjoner

Denne masteroppgaven bygger på et mangfoldig metodegrunnlag. Stortingsmelding 47 (2008-2009), i kombinasjon med de teoretiske bidragene, var i stor grad retningsgivende for både valg av metode og casekommuner. Utvalget synes å være interessant og mange av antakelsene i forkant av datainnsamlingen ble bekreftet. Det synes å være samsvar mellom de potensielle utfordringene stortingsmeldingen skisserer for kommunenivået og den faktiske situasjonen i de valgte kommunene. De ulike typene data vurderes å ha belyst problemstillingen på en hensiktsmessig måte.

Denne oppgaven har vært eksplorerende i sin tilnærming. Det var noen antakelser som ble undersøkt, men oppgavens utgangspunkt var å være åpen for nye, uventede faktorer og forhold. Som en konsekvens av dette ble funnene noe generelle. Det ble i liten grad undersøkt kausalsammenhenger. Det er heller ikke klare konklusjoner knyttet til hvordan kommunestørrelse faktisk påvirker tjenesteapparatet, men indikatorer som synes å være interessante. Videre er det også få case og få informanter i hver kommune. Alle disse informantene er også fra ett nivå i flernivåsystemet og fra ett nivå i kommunen. Dette kan ha ført til at situasjonen i kommunen blir noe ensidig belyst og at det kan være vanskelig å generalisere på bakgrunn av resultatene som er fremkommet. Oppgaven kunne hatt flere informanter, kunne studert flere nivåer og kunne hatt lenger tidsperspektiv. En mer historisk tilnærming kan tenkes å gi andre funn. Det kan tenkes at kommunene har ulik erfaring med helse- og omsorgstjenester og store reformer. I tillegg kunne det også vært interessant å gått videre med noen av funnene. Forskningsstrategien og undersøkelsesopplegget er utformet med et mål om å få belyst flest mulig forhold i de to valgte casene og å få frem så mange elementer som mulig, for å gi et helhetlig bilde av situasjonen i de to kommunene. Å velge og gå videre med enkeltfunn kunne gått på bekostning av dette målet.

Med utgangspunkt i tidligere presenterte funn og foregående analyse synes noen teorier å være særlig beskrivende for situasjonen i de to valgte casekommunene. For det første synes teorien om systemkapasitet slik det fremstilles av Jacobsen og Holtskog å være beskrivende. De to kommunene skiller seg fra hverandre på at Eigersund kommune har mer ressurser og dermed er mer fleksible til å mobilisere disse på ulike måter etter hva som vurderes å være

hensiktsmessig. Alle de tre punktene for hvordan kommunestørrelse og systemkapasitet påvirker en kommunes tjenestetilbud finnes igjen i de to casekommunene.

Teorien om problemløsningskapasitetene synes å være beskrivende for situasjonen i kommunene. De er relativt like når det kommer til både samordningskapasitet og reguleringskapasitet. Når det kommer til leveransekapasitet og analytisk kapasitet skiller de seg fra hverandre. Informantene i kommunene knytter leveransekapasitet og analytisk kapasitet sammen, ved å vurdere analytisk kapasitet i administrasjonen som avgjørende for muligheten til å levere tjenester. Analytisk kapasitet, og fleksibilitet i systemet til å mobilisere denne kapasiteten, beskrives som avgjørende for de to kommunenes evne til å innrette seg etter reformen og ivareta de nye oppgavene og ansvaret denne medførte.

Kombinasjonen av disse to teoretiske bidragene synes dermed å være hensiktsmessig for å beskrive situasjonen i de to casekommunene. Teoriene fremstår som presise, konkrete og treffende.

## 7.5 Videre forskning

Teoriene og analysene vurderer i liten grad sammenhengen mellom kommunestørrelse og kvalitet i tjenestene. Denne studien er i større grad en studie av sammenhengene mellom kommunestørrelse og tjenestetilbud. Kvalitet kan være krevende og problematisk å måle, og en slik analyse vil være krevende. Et videre interessant studie kan være hvilken påvirkning kommunestørrelse har på kommunenes tjenestetilbud, og hvordan denne koblingen igjen kan påvirke tjenestekvalitet. Det er ikke gitt at et større og mer differensiert tjenestetilbud fører til bedre kvalitet på gitte tjenester. Videre er det heller ingen gitt kobling mellom at et generelt og ikke like differensiert vil føre til økt tjenestekvalitet. Sammenhengen mellom systemstørrelse og tjenestekvalitet vil være et interessant studiefelt. I den forbindelse kunne det også vært relevant og trukket inn brukeropplevelser, og hvordan brukerne oppfattet tjenesteapparatet og møtet med dette.

Et annet område som vil være interessant å studere er den faktiske sammenhengen mellom kommunestørrelse og mulighet for å rekruttere og bygge kompetanse. Denne studien indikerer at det kan være andre faktorer, som kommunens beliggenhet, som vil være vel så viktig for kommunens mulighet til å tiltrekke seg tilstrekkelig og riktig kompetanse.

Et ytterligere element som kommer frem i studien av de to kommunene er at de beskriver avstanden til nærmeste helseforetak som en forutsetning for å innrette tjenestetilbudet slik de har gjort. Begge kommunene beskriver at de ligger såpass langt unna nærmeste helseforetak at de er avhengige av å kunne tilby et relativt robust sett av tjenester til sine innbyggere, for å være en reell avlastning for sykehusene. Kommunene beskriver at reisetiden til sykehuset er avgjørende for hvor mye kompetanse og ressurser som kreves av kommunen selv, og at det faktisk at det er over en time reisetid til nærmeste sykehus er en pådriver for at kommunen må løse en rekke oppgaver selv. Hvordan avstand til nærmeste sykehus påvirker kommunens tjenesteapparat og –tilbud kan være et interessant studie, i forlengelsen av denne oppgaven.

Denne oppgaven har utelukkende tatt utgangspunkt i å studere kommunenivået.

Samhandlingsreformen hadde også klare implikasjoner for helseforetakene. Dermed kunne det også vært interessant å gjennomføre et tilsvarende studie på dette forvaltningsnivået, for å se hvilke trekk ved helseforetakene som hemmer eller fremmer deres evne til å tilpasse seg samhandlingsreformen.



## Kilder

### Litteratur

Adcock, R., Collier, D. (2001), *Measurement Validity: A Shared Standard for Qualitative and Quantitative Research*. American Political Science Review.

Baldersheim, H. og Smith, E. (2011), *Lokalt demokrati uten kommunalt selvstyre?*, Oslo, Abstrakt forlag

Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G., Røvik, K. A. (2009), *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Oslo, Universitetsforlaget

Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P og Aars, J. (2014) *Forvaltning og politikk*, Oslo, Universitetsforlaget

Dahl, R. A. og Tufte, E. R. (1973) *Size and democracy*, Stanford, Stanford University Press.

Fimreite, A. L., og Grindheim, J. E. (2007) *Offentlig forvaltning*, Oslo, Universitetsforlaget

George, A. og Bennett, A. (2005), *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, Massachusetts, MIT Press

Gerring, J (2007), Case selection for case-study analysis: qualitative and quantitative techniques i ”The Oxford Handbook of Political Methodology”, edited by Box-Steffensmeier, J. M., Brandy, H. E. og Collier, D. s. 645-684

Grønlie, T (1991), Velferdskommunen. I: Nagel, A-H. (red), *Velferdskommunen – Kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen, Alma mater forlag AS, s. 43-60.

Grønmo, S. (2004), *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen, Fagbokforlaget

Helgesen, M. K og Hansen, G. S. (2014) ”Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen”, *Tidsskrift for velferdsforskning*, Årgang 17, nr. 3, s. 41-53

Jacobsen, D. I. (2009), *Perspektiver på Kommune-Norge – en innføring i kommunalkunnskap*, Bergen, Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I., Holtskog, K. H. S. (2013) ”Nærhetseffekten – kommunal service, kommunestørrelse og ny teknologi”, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, VOL 54, nr. 4, s. 407-436

Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.A., Kassah, A. K. (2014), *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen, Fagbokforlaget

Klausen, J. E., Renå, H. og Winsvold, M. (2014) ”En demokratireform for mer robuste kommuner?” *Plan*, 2/2014, s. 16-21

Lodge, M og Wegrich, K (red), (2014), *The Problem-solving Capacity of the Modern State – Governance Challenges and Administrative Capacities*, Oxford, Oxford University Press

Nagel, A. (red) (1991), *Velferdskommunen – Kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Bergen, Alma Mater Forlag.

Sørensen, R (1995), Kriterier for fordeling av oppgaver mellom stat, kommune og fylkeskommune. I: Hansen, T og Offerdal, A, *Borgere, tjenesteytere og beslutningstakere*. Oslo, TANO, s. 188-205.

Yin, R (2014), *Case study research: Design and methods*, United States, Sage Publications Inc.

## Stortingsmeldinger og lover

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, St.meld.nr.47 (2008-2009). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Tilgjengelig fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> , [Lest 02.02.15].

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, Meld. St. 16 (2010-2011). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf> , [Lest 22.05.15].

Helse- og omsorgsdepartementet (2011), *Informasjon om gjennomføring av samhandlingsreformen (av 21.12.12)*, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-om-gjennomforingen-av-samhan/id667775/> [Lest 23.01.16].

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.06.11. nr. 30* (hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> ) [Lest 20.05.15]

Helseforetaksloven (2001), *Lov om helseforetak m. m. av 15.06.2001 nr. 93* (hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>) [Lest 26.04.15]

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m. m. av 02.07.99 nr. 61* (hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> ) [Lest 26.04.15]

## Internettkilder

Finansdepartementet, *Statsbudsjettet fra A til Å*, [Internett], Finansdepartementet. Tilgjengelig fra <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2015/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Kommunal-medfinansiering/#artikkel> [Lest 07.05.15].

Hadland, S. (13.04.15) *Kommunestyret*, [Internett], Eigersund kommune. Tilgjengelig fra <http://www.eigersund.kommune.no/kommunestyret.156981.no.html> [Lest 20.04.15]

Helse- og omsorgsdepartementet (2011), *Samhandlingsreformen – informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/> [Lest 03.04.16].

Langørgen, A., Løkken, S. A. og Aaberge, A. (2015), *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013*, Statistisk sentralbyrås rapport. Tilgjengelig fra [https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/225199?\\_ts=14ce4c230d0](https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?_ts=14ce4c230d0) [Lest 03.04.16].

Statistisk sentralbyrå (19.02.15), *Folkemengde, 1. januar 2015*, (tabell 218730 og 07459) Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: ["http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar/2015-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=218730"](http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar/2015-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=218730) [Lest 08.03.15].

Statistisk sentralbyrå (2015) *Statistikkbanken – Kommunehelsetjenesten*, (tabell 03807) Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=helsetjk&CMSSubjectArea=helse&checked=true> [Lest 15.03.15]

Statistisk sentralbyrå (2015) *Statistikkbanken - Pleie- og omsorgstjenester* (tabell 00928, 09934) Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=pleie&CMSSubjectArea=helse&checked=true> [Lest 15.03.15]

Vestbøstad, M. L. (08.04.15) *Nemnder, råd og utvalg 2011-2015* [Internett], Sokndal kommune. Tilgjengelig fra: <http://www.sokndal.kommune.no/internett/hovedmeny/politikk/nemnder-raad-og-utvalg>, [Lest 20.04.15]

## Appendiks

### 1. Intervjuguide

I starten vil jeg gjerne vektlegge at jeg ikke er ute etter fasitsvar. Det jeg er interessert i er din oppfatning av situasjonen og forholdene i kommunen.

#### *Innledning – om informanten*

- Hvilken posisjon har du og hva er dine arbeidsoppgaver?
- Hvilke av disse oppfatter du som direkte tilknyttet samhandlingsreformen?
- Hva var din rolle i innføringen av samhandlingsreformen?
  - Hadde du en annen stilling da?
- I hvilken grad har dine arbeidsoppgaver blitt endret etter innføringen av samhandlingsreformen?

#### *Om kommunen*

- Hvordan oppfatter du den demografiske situasjonen i din kommune? Eldrebølge?
  - Er det en demografisk utvikling, eller er den stabil?
- Er kommunen organisert for å ivareta denne demografiske profilen?
  - Er det et bevisst geriatrifokus?

#### *Om reformens innhold og implikasjoner*

- Hvordan oppfatter du den nye kommunerollen etter innføringen av samhandlingsreformen?
  - Hvorvidt har den medført en reell endring av kommunerollen?
- Medførte reformen nye arbeidsoppgaver på kommunenivået? I tilfelle hvilke(n)?
- Hvilke faktiske tiltak/endringer medførte reformen?
- Er det gjort særskilte grep?
  - Omorganiseringer?
  - Rutineendringer?
  - Endringer i daglig drift?
- I hvilken grad har kommunen vært i stand til å tilpasse seg reformen?
- Hvor lang tid tok innkjøringsfasen? (Før endringene var ”ferdig implementert”)?
  - Er endringene ”ferdig implementert”? – Om nei: Hva gjenstår?
- Var kommunen tilstrekkelig beredt?
  - Klare for eventuelle endringer?
- Ble kommunene tilført nye ressurser for å implementere de nye oppgavene?
  - Var disse tilførselene tilstrekkelige?
  - Er det et behov at man blir tildelt ekstra ressurser, eller er det mulig å gjøre tilsvarende endringer ved å omdisponere allerede eksisterende ressurser?
- Ble det faktisk flyttet på ressurser internt i kommunen?
  - Evt fra hvor til hvor?
  - Ble det opprettet nye stillinger? Evt hvor kom disse midlene fra?

- Ble det flyttet på folk internt i kommunen? Nyansettelser?
- Hvordan oppfatter du kommunens evne til fleksibilitet?
- Hvordan opplever du ressurs situasjonen før og etter reformen?
  - Sektorøkonomi, personalressurser, kapasitet til å løse oppgaver/til drift
- Hvordan vil du beskrive endringsviljen i kommunen?
- Hvilke forhold / faktorer i kommunen gjør dere bedre eller dårligere egnet til å implementere en reform som denne?
  - Strukturelle forhold? Distriktssykehus, robuste fagmiljøer, engasjerte ansatte, kommuneøkonomi, handlingsrom...
- Hva burde vært til stede for at dere skulle ha taklet oppgaveimplementeringen bedre?
  - Er det faktorer som manglet eller forhold som skulle vært anderledes?

### **Samarbeid**

- Har du kjennskap til samarbeidsavtalene mellom kommunen og SUS?
- Hvordan er din oppfatning av disse samarbeidsavtalene?
  - Vet du noe om prosessen?
  - Hvordan oppfatter du kommunens forhandlingsstyrke overfor SUS?
  - Er det klart hvem som skal gjøre hva, også i hverdagen? (Er oppgavedelingen og ansvarsdelingen tydelig nok?)
  - Hvordan brukes de? (Har kommuneansatte et bevisst og aktivt forhold til dem?)
  - Revideres de?
  - I hvilken grad er det rom for lokale tilpasninger?
    - Hvilke ytterligere tilpasninger kunne evt vært gjort?
- I hvilken grad benyttes interkommunale samarbeid?
  - Hvilket omfang? Ut over avtalerammeverket?
  - På hvilket område? Eller i hvilke situasjoner?
  - Hvordan fungerer dette samarbeidet?
- *Dere har en særavtale som omhandler øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser. Har du kjennskap til denne?*
  - *Disse plassene "bor" på 2 Vest men benyttes av Sokndal, Eigersund og Lund. Er dere tre kommunene likeverdige parter?*
  - *Benytter de andre kommunene seg av plassene? I større eller mindre grad enn det avtaleverket forventer og foreskriver?*
  - *Revideres denne fordelingen? Evt hvem tar initiativ til det?*
- Hvordan oppfatter du samarbeidet mellom din kommune og spesialisthelsetjenesten (SUS) ellers?
  - Hvor avgjørende er dette for at dere får tilbudt tjenestene som forventes av dere/ivarettatt ansvaret dere er pålagt?

### **Om prosessen:**

- Var administrasjon og avdelinger (tilstrekkelig) informert om hva reformen medførte når det kommer til arbeidsoppgaver og ansvar?

- Faktiske implikasjoner?
  - Hvordan var oppfølgingen i forkant?
  - Hvem var det som informerte og hvordan?
- Hvordan var den politiske stemningen i forkant av innføringen?
  - Positiv eller negativ?
- Hadde administrasjon og avdelinger troen på reformen? Var det positive krefter i kommuneadministrasjonen?
- Har det vært enkeltpersoner som har vært av betydning for reformens implementering?
  - Drivkrefter.
  - Hvem?
  - På hvilken måte?
- Hvordan er frivillighetskulturen i kommunen?
  - Har den vært av betydning?
  - Kompenserer den for eventuelle manglende administrative forhold?

## 2. Nøkkeltall kommunalt og nasjonalt nivå

### 2.1 Demografisk sammensetning

SSBs tabell 07459

#### *Eigersund kommune*

0 år	186	163	195	151
1-5 år	945	977	972	990
6-12 år	1327	1314	1314	1308
13-15 år	643	624	639	616
16-19 år	879	896	865	882
20-44 år	4669	4688	4760	4846
45-66 år	3895	3957	4012	4080
67-79 år	1193	1263	1266	1312
80-89 år	532	502	515	520
90 år eller eldre	77	91	98	106
Innbyggertall totalt	14346	14475	14636	14811

#### *Sokndal kommune*

0 år	50	32	41	47
1-5 år	227	240	237	234
6-12 år	269	263	271	294
13-15 år	140	140	133	117
16-19 år	198	185	191	185
20-44 år	932	935	938	967
45-66 år	918	925	934	928
67-79 år	322	323	331	326
80-89 år	167	177	167	164
90 år eller eldre	42	37	43	41
Innbyggertall totalt	3265	3257	3286	3303



### Nasjonalt

0 år	61652	60466	60530	59335
1-5 år	306924	311972	314484	316409
6-12 år	424638	424921	426509	428077
13-15 år	192810	191488	190264	190040
16-19 år	259309	259718	261666	262789
20-44 år	1678123	1703611	1728068	1744961
45-66 år	1359812	1379093	1396542	1408723
67-79 år	415884	433018	451627	477962
80-89 år	182902	181642	180524	178365
90 år eller eldre	38251	39941	41061	42395
Innbyggere totalt	4920305	4985870	5051275	5109056

## 2.2 Infrastruktur og kompetanse

SSBs tabell 09928, 09934

### Eigersund kommune

	2011	2012	2013	2014
Tjenestetilbud				
Antall plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner (sykehjemsavdelingsplasser)	65	58	58	58
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon (prosent)	7,1	7,5	6,9	6,8
Kompetanse (årsverk)				
Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten (avtalte årsverk)	10,2	10,1	9,9	9,9
Geriatrisk sykepleier	3,19	3,75	2,89	2,93
Annen sykepleier med spesialitet/videreutdanning	1,65	2,24	5,81	6,84
Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning	64,39	68,52	67,16	72,93
Hjelpepleier	117,13	115,87	114,62	110,69
Omsorgsarbeider	57,01	52,48	39,38	34,85
Helsefagarbeider	7,45	10,91	38,44	40,97
Annet personal med helsefagutdanning	10,03	12,05	9,40	11,26
Administrativt personell	2,80	2,27	3,25	2,27
Ergoterapeut	4,45	3,72	5,08	3,73

### Sokndal kommune

	2011	2012	2013	2014
Antall plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner (sykehjemsavdelingsplasser)	36	36	36	36
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon (prosent)	16,8	18,1	19,5	16,3
Kompetanse (årsverk)				
Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten (avtalte årsverk)	10,1	10,0	9,9	9,9
Geriatrisk sykepleier	3,00	3,00	3,00	3,29
Annen sykepleier med spesialitet/videreutdanning	0,58	:	:	1,00

Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning	15,87	16,58	13,57	14,53
Hjelpepleier	39,18	36,70	34,42	35,95
Omsorgsarbeider	11,00	12,63	8,45	7,24
Helsefagarbeider	0,28	3,33	5,76	9,29
Annet personal med helsefagutdanning	2,69	5,75	4,26	5,18
Administrativt personell	2,27	1,85	1,85	1,85
Ergoterapeut	:	:	:	:

### *Kompetanse nasjonalt*

	2011	2012	2013	2014
	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk
Utdanning i alt	128901,9	131179,95	132694,22	134323,76
Geriatrisk sjukepleiar	1472,32	1552,78	1672,35	1727,31
Annan sjukepleiar med spesialitet/vidareutdanning	2307,81	2518,1	2693,94	2891,28
Sykepleiar utan spesialitet/vidareutdanning	20262,89	21114,22	21605,75	22013,08
Antall innbyggere 80 år eller eldre (nasjonalt)	221153	221583	221585	220760
Sum sykepleierårsverk	24043	25185	25972	26632
Antall innbyggere 80+ pr sykepleierårsverk (nasjonalt)	9,20	8,80	8,53	8,29
Hjelpepleiar	34113,92	32895,66	31447,23	29968,82
Ergoterapeut	782,35	819,65	875	976,42
Omsorgsarbeidar	8996,48	8524,5	7033,68	6286,5
Helsefagarbeidar	2440	4260	7444	9948
Anna personell med helseutd.	4328,03	5076,85	5382,07	5500,98
Administrativt personell	1829,88	1847,06	1777,88	1767,66

### 3. Organisasjonskart Eigersund kommune



## EIGERSUND KOMMUNE

### Organisasjonskart helse og omsorg

