

Randi Kristiansen og Anneline Skårsmoen

## Styringsutfordringer i kommuner

En studie av innføringen av samhandlingsreformen i Gran, Lunner og  
Oppdal kommuner

Trondheim, mai 2013



Høgskolen i Sør-Trøndelag  
Avdeling Handelshøgskolen i Trondheim

## FORORD

Denne masteroppgaven er vårt avsluttende arbeid på et toårig masterstudium i økonomi og administrasjon, hovedprofil økonomistyring, ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling Handelshøyskolen i Trondheim. Oppgaven er skrevet våren 2013 og teller 30 studiepoeng.

Målet for oppgaven har vært å studere hvilke styringsutfordringer som kan oppstå i forskjellige kommuner når de skal innføre en standardisert reform. For å belyse denne problemstillingen har vi studert tre case. Det har vært gjennomført dokumentanalyser og intervjuer med sentrale personer i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen i kommunene.

Arbeidet med denne oppgaven har vært utfordrende og spennende, samt veldig lærerikt. Gjennom prosessen har vi tilegnet oss ny kunnskap og gode erfaringer. Vi ønsker å rette en spesiell takk til vår veileder Inger Johanne Pettersen for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen.

Vi ønsker også å rette en takk til våre informanter og samarbeidspartnere i Gran, Lunner og Oppdal kommuner som har vært samarbeidsvillige gjennom hele prosessen og tok seg tid til å bli intervjuet.

Innholdet i denne masteroppgaven står for forfatterens egen regning.

Trondheim, mai 2013

---

Randi Kristiansen

---

Anneline Skårsmoen

## SAMMENDRAG

Helsesektoren har generelt vært forbundet med lite effektiv drift og høyt overforbruk. Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.2012, og vil innføres gradvis over tid. Kommunene spiller en nøkkelrolle i forbindelse med innføringen og gjennomføringen av reformen. Selv om det finnes en del retningslinjer for hvordan kommunene skal utforme styringsmodellen og de ulike kontraktene, vil de likevel velge å utforme disse på forskjellige måter. Med bakgrunn i dette har vi valgt følgende problemstilling i vår masteroppgave: *Hvilke styringsutfordringer oppstår når en standardisert reform blir innført i forskjellige kommuner?* For å avgrense oppgaven har vi valgt en flercasestudie av økonomiske rammebetingelser i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner.

For å kunne besvare problemstillingen har vi benyttet oss av et teoretisk rammeverk som inkluderer økonomistyring, styringsutfordringer i offentlig sektor, institusjonell teori, prinsippal-agent-teori og betingelsesteori. Vi har benyttet et kvalitativt forskningsdesign for å kunne besvare våre problemstilling, og har brukt både dokumentstudie og intervjuer som innsamlingsmetode. For å få mer utfyllende kunnskap om funnene i dokumentstudien, har vi foretatt ni intervjuer av sentrale personer som arbeider med samhandlingsreformen i kommunene

I denne oppgaven har vi fem empiriske hovedfunn: 1) Det oppstår en dekobling mellom reformens intensjoner og hvordan kommunene faktisk velger å innføre den. 2) Det nye økonomiske ansvaret i reformen skaper økt usikkerhet og uklare insentiver for økonomistyringen i kommunene. 3) Innføringen av en slik standardisert reform i kommunene er påvirket av institusjonelle omgivelser. 4) Innføringen av en slik standardisert reform fører meg seg mange prinsippal-agent-relasjoner. 5) En slik standardisert reform vil innføres forskjellig i kommunene på grunn av ulike forutsetninger for samhandling. I analysen er de empiriske hovedfunnene knyttet opp mot vårt teoretiske rammeverk. Ut i fra disse funnene konkluderer vi med at kommunene møter en rekke forskjellige styringsutfordringer ved innføringen av samhandlingsreformen.

## ABSTRACT

The public healthcare sector is generally associated with inefficient operations and overconsumption. The Coordination Reform came into force 01.01.2012 and will be introduced gradually over time. The local authorities play a key role in the introduction and realization of the reform. Although there are some guidelines for the municipalities on how to design their management model and the various contracts, they still choose to design the contracts in different ways. Given this context, we have developed the following research question: *What management challenges arise when a standardized reform is being introduced in different municipalities?* In order to narrow the scope in our thesis we have chosen a multi-case study of economic conditions associated to the introduction of the Coordination Reform in Gran, Lunner and Oppdal municipalities.

In order to answer our research question, we have made use of a theoretical framework which includes management control, governance challenges in the public sector, institutional theory, theory of principal and agent and contingency theory. We have used a qualitative research design, and data is generated through both document analysis and interviews. To gain more detailed knowledge about the findings in the document study, we conducted nine interviews with people who work with the Coordination Reform in the municipalities.

In this paper we point out five main findings: 1) There is a decoupling between the intentions of the reform and how the municipalities actually choose to implement it. 2) The new financial responsibility in the reform creates larger uncertainty and unclear incentives for the management control in the municipalities. 3) The introduction of a standardized reform in municipalities is affected by an institutional environment. 4) The introduction of a standardized reform entails several principal-agent relationships. 5) A standardized reform will be differently introduced in municipalities due to various preconditions for interaction. The analysis attributed the main empirical findings up to our theoretical framework. From these findings, we conclude that municipalities face a variety of management challenges in the introduction of the Coordination Reform.

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	I
Sammendrag .....	II
Abstract.....	III
Innholdsfortegnelse.....	IV
Tabelloversikt .....	VIII
Figurliste .....	VIII
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	1
1.2 Motivasjon.....	2
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.5 Oppgavens struktur .....	4
2 Teori.....	6
2.1 Økonomistyring.....	6
2.1.1 Definisjon.....	6
2.1.2 Styrings sirkelen.....	7
2.1.3 Økonomistyring i offentlig sektor.....	8
2.1.4 New Public Management.....	10
2.2 Styringsutfordringer i offentlig sektor.....	11
2.2.1 Prestasjonsstyring i offentlig sektor.....	12
2.2.2 Horisontal og vertikal styring .....	14
2.3 Institusjonell teori.....	15
2.4 Prinsipal-agent-teori.....	18

2.4.1	Definisjon av prinsipal-agent relasjonen .....	19
2.4.2	Agentproblemer .....	19
2.4.3	Agentkostander .....	20
2.4.4	Kommunalt samarbeid med interorganisatorisk perspektiv .....	21
2.4.5	Kritikk av prinsipal-agent teorien .....	22
2.5	Betingelsesteorien .....	22
2.6	Oppsummering .....	26
3	Metode .....	27
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted .....	27
3.2	Forberedelse .....	28
3.3	Datainnsamling.....	30
3.3.1	Valg av metode .....	30
3.3.2	Dokumentstudier.....	31
3.3.3	Intervjuer og utvelgelse av informanter .....	33
3.4	Dataanalyse og rapportering.....	36
3.5	Forskningsetikk .....	37
3.6	Kvalitet i forskningen.....	38
3.6.1	Pålitelighet .....	38
3.6.2	Gyldighet.....	39
3.6.3	Generalisering .....	40
3.6.4	Transparens .....	40
4	Empiri .....	41
4.1	Kontekst .....	41
4.1.1	Samhandlingsreformen .....	41
4.1.2	Oppdal kommune og samhandlingsreformen .....	42

4.1.3	Gran kommune og samhandlingsreformen .....	45
4.1.4	Lunner kommune og samhandlingsreformen .....	46
4.1.5	Hadeland og «Samhandlingsreformen på Hadeland» .....	48
4.2	Sammenligning av kontekster .....	50
4.3	Samhandlingsreformen og økonomistyring .....	56
4.3.1	Oppsummering.....	59
4.4	Økonomistyring i kommunene.....	59
4.4.1	Kommunal medfinansiering.....	59
4.4.2	Utskrivningsklare pasienter .....	64
4.4.3	Oppsummering.....	65
4.5	En standardisert reform og institusjonelle omgivelser.....	65
4.5.1	Oversettelse fra reform til praksis.....	67
4.5.2	Legitimitet i reformprosessen .....	68
4.5.3	Oppsummering.....	69
4.6	Reformen ut fra et kontraktsperspektiv .....	69
4.6.1	Relasjonen til fylkeskommune og sykehuset.....	70
4.6.2	Relasjon mellom samarbeidskommuner .....	71
4.6.3	Relasjon mellom kommunenes politikere og administrasjon .....	73
4.6.4	Oppsummering.....	75
4.7	Ulike forutsetninger for samhandling .....	75
4.7.1	Ulike omgivelser.....	75
4.7.2	Ulike kulturer .....	78
4.7.3	Ulike størrelser.....	80
4.7.4	Oppsummering.....	83
4.8	Oppsummering av empiriske funn .....	83

5	Analyse .....	85
5.1	Samhandlingsreformen og den normative styringsprosessen .....	85
5.2	Nye styringsutfordringer i kommunene .....	87
5.3	Institusjonelle omgivelser .....	90
5.4	Uklare og mange prinsippal agent-relasjoner.....	93
5.4.1	Fylkeskommune og sykehus .....	93
5.4.2	Mellom kommuner.....	95
5.4.3	Mellom politikere og administrasjon .....	96
5.4.4	Oppsummering.....	98
5.5	Ulike forutsetninger gir ulik innføring.....	98
5.5.1	Omgivelser .....	98
5.5.2	Kultur .....	99
5.5.3	Størrelse .....	100
5.5.4	Oppsummering.....	101
6	Konklusjon.....	102
	Litteraturliste.....	105
	Vedlegg.....	i
	Vedlegg 1 Informasjonsskriv.....	i
	Vedlegg 2 Intervjuguide 1 .....	iii
	Vedlegg 3 Intervjuguide 2 .....	ix
	Vedlegg 4 Organisasjonskart .....	xi



## TABELLOVERSIKT

<i>Tabell 1 Dokumentliste</i> .....	33
<i>Tabell 2 Informantoversikt</i> .....	34
<i>Tabell 3 Oversikt over milepæler</i> .....	54
<i>Tabell 4 Oppsummering styringsutfordringer</i> .....	104

## FIGURLISTE

<i>Figur 1 Styringssirkelen tilpasset fra Anthony og Young (1999)</i> .....	8
<i>Figur 2 Kunnskap om mål-middelrelasjon og konsekvenser for styringsform, tilpasset fra Ouchi (1977)</i> .....	13
<i>Figur 3 Kart over Sør-Trøndelag (Statens Kartverk, 2013)</i> .....	42
<i>Figur 4 Kart over Hadeland (Google Maps, 2013)</i> .....	48
<i>Figur 5 Oppsummering utredningstid og oppstart</i> .....	56

# 1 INNLEDNING

Innledningsvis i dette kapitlet redegjør vi for bakgrunnen og motivasjonen for valg av tema i denne masteroppgaven. Deretter presenterer vi vår problemstilling. Videre gir vi en begrepsavklaring på begrepene som er brukt i problemstillingen. Vi avslutter dette kapitlet med å forklare strukturen på resten av oppgaven.

## 1.1 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN

Helsesektoren har generelt vært forbundet med lite effektiv drift og høyt overforbruk. Samhandlingsreformen er et resultat av et mål om bedre effektivitet i en allerede god helse- og omsorgstjeneste. Slike reformer som samhandlingsreformen kan forklares ved hjelp av New Public Management (NPM). NPM kan beskrives som de moderniserings- og omstillingsprosessene som foregår i offentlig sektor i den vestlige verden, der den offentlige sektor vil forsøke å etterligne privat sektors metoder og styringsverktøy for å forbedre forvaltningen av samfunnets ressurser (Ramsdal og Skorstad, 2004). I tillegg er befolkningens helsetilstand i stadig forandring. Blant annet er folks levealder økende, og flere og flere eldre får kroniske og sammensatte sykdommer. Endringene vil føre til et behov for flere ressurser, og det oppstår samtidig behov for nye effektivitets- og ressursløsninger i forbindelse med kommunenes helsetjenestetilbud.

Stortingsmelding nr. 47 ((2008-2009)) *Samhandlingsreformen* ble presentert av regjeringen i 2009. Underteksten til reformen lyder slik: "Rett behandling - på rett sted - til rett tid". Hovedlinjene i reformen ble vedtatt ved stortingsbehandling, og regjeringen har deretter konkretisert reformen ved å vedta to nye lover, nye økonomiske virkemidler og lagt frem Stortingsmelding om nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). De nye lovene består av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid. Reformen og lovene trådte i kraft 1.januar 2012. Reformen vil gradvis innføres over tid, og første del av innføringen vil følge nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (Prop. 115 S, (2010-2011)). I St.meld. nr. 47 ((2008-2009)) skisseres det tre hovedutfordringer som staten vil stå ovenfor i diskusjonen rundt viktige velferdsordninger i Norge. Den første utfordringen handler om at helse- og

omsorgstjenestene tradisjonelt sett er for fragmenterte. Pasientene har behov for mer koordinerte tjenester som fokuserer på det helhetlige pasientforløpet. Den andre går ut på at det har inntil i dag vært for mye fokus på reparering, og for lite på forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Helseminister Jonas Gahr Støre hadde følgende utsagn på Arbeiderpartiets landsmøte i 2013: «Det er bedre å bygge friske barn, enn å reparere syke voksne» (Adressa, 2013). Den siste utfordringen vil være problemer knyttet til demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet i det norske samfunn. Slike utfordringer vil kunne knyttes til samfunnets økonomiske bæreevne.

## 1.2 MOTIVASJON

Kommunene vil spille en nøkkelrolle i forbindelse med gjennomføringen av samhandlingsreformen. “Kommunene skal 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. nr. 47, (2008-2009), s. 15). Selv om det finnes en del retningslinjer for hvordan kommunene skal utforme styringsmodellen og de ulike kontraktene, vil ulike kommuner velge å utforme de ulike delene på forskjellige måter. Mye av ansvaret som tidligere var statlig er blitt overført til kommunene. Dette vil føre til store endringsprosesser i både statlig og kommunal organisering. Vi synes derfor det vil være interessant å studere hvilke styringsutfordringer som oppstår i kommunene når en slik standardisert reform skal innføres.

I vår masteroppgave har vi valgt å studere Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Disse kommunene er interessante fordi alle er kategorisert som mellomstore kommuner. Den minste kommunen er Oppdal kommune med ca. 6700 innbyggere, mens Gran kommune er den største med ca. 13 500 innbyggere. I tillegg har alle kommunene en relativt lang reiseavstand til sitt lokalsykehus. Likevel observerer vi at kommunene har valgt å innføre samhandlingsreformen på ulike måter, og det vil derfor være viktig å studere nærmere hva som er avgjørende for hvordan kommunene velger å innføre reformen, spesielt med tanke på hvordan de skal overholde det som kreves i henhold til nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). «Samhandlingsreformen på Hadeland» er Gran og Lunner kommuner sin tilnærming for innføre reformen der de har valgt å gjennomføre deler av reformen som et interkommunalt samarbeid, mens Oppdal kommune har

valgt å gjennomføre reformen i egen regi. Det anbefales i St.meld. nr.47 (2008-2009) at kommunene bør inngå samarbeid for å løse de utfordringene som skisseres. Vi synes derfor det vil være spennende å studere hvordan de ulike kommunene velger å innføre samhandlingsreformen, og hvilke styringsutfordringer som oppstår i møte med slike standardiserte reformer.

### 1.3 PROBLEMSTILLING

Styringsutfordringer er et stort og omfattende tema. Vi har derfor valgt å avgrense oppgaven ved å studere styringsutfordringer ved innføringen av samhandlingsreformen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Vi har valgt følgende problemstilling for vår oppgave:

*Hvilke styringsutfordringer oppstår når en standardisert reform blir innført i forskjellige kommuner?*

- En flercasestudie av økonomiske rammebetingelser i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner.

Vi vil i denne oppgaven legge vekt på hvilke styringsutfordringer som oppstår når en standardisert reform blir innført i forskjellige kommuner. For å avgrense oppgaven ytterligere ønsker vi spesielt å fokusere på de økonomiske rammebetingelsene i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Hensikten med denne oppgaven vil være å vise leseren hvordan en standardisert samhandlingsreform vil kunne gi ulike løsninger for hvordan kommunene velger å innføre den, og at det oppstår flere ulike styringsutfordringer for kommunene i møte med reformen.

### 1.4 BEGREPSAVKLARING

For å forstå hva begrepet styringsutfordringer betyr må vi først avklare hva vi mener med styring. Christensen et al. (2009, s. 121) oppfatter begrepet styring som: «(...) et lederskaps forsøk på å fatte kollektive beslutninger og påvirke atferd gjennom et sett eller system av formelle styringsinstrumenter.» For å få en bredere forståelse av begrepet velger vi å bruke Pettersen et al. (2008, s.132) sin oppfattelse av begrepet i tillegg. «(...) styring dreier seg om å

velge. Dette medfører at vi med utgangspunkt i økonomisk tankegang bør forstå at vi ikke kan få “både i pose og sekk”». Med utfordring mener vi at kommunene står ovenfor en situasjon der de har noe å bryne seg på og som krever hardt arbeid. Vi forstår begrepet styringsutfordringer som at det oppstår problemer og utfordringer mellom strategi, planer, handling og mål i organisasjonen. Altså at organisasjonen kan oppleve vanskeligheter i forhold til å optimalisere ressursbruken.

For å forstå hva som menes med begrepet en standardisert reform må vi først avgrense hva vi mener med reform. Vi velger å ta utgangspunkt i Christensen et al. (2009, s. 149) sin definisjon: «Med reformer menes aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjoner». Med standardisert mener vi at det gis løsninger for gjentatt anvendelse på problemer, for å ta sikte på å oppnå høyest mulig grad av orden i en bestemt sammenheng (Store Norske Leksikon, 2007). Begrepet en standardisert reform forstår vi derfor som statens bevisste forsøk på å forbedre eller endre ulike forhold i samfunnet.

Begrepet forskjellige kommuner forstår vi som at kommuner har ulike forutsetninger for å innføre en slik standardisert reform.

For å forstå hva som menes med begrepet økonomiske rammebetingelser vil vi først dele begrepet rammebetingelse inn i ordene ramme og betingelse. Med ramme mener vi avgrensning, og med betingelse mener vi vilkår. På bakgrunn av dette forstår vi begrepet økonomiske rammebetingelser som at kommunene har fått tildelt en viss mengde ressurser, og skal innenfor gitte rammer og forutsetninger bruke disse til å gjennomføre bestemte aktiviteter.

## 1.5 OPPGAVENS STRUKTUR

**I kapittel 2** presenterer vi det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven. Det teoretiske rammeverket skal belyse og besvare vår valgte problemstilling.

**I kapittel 3** gjør vi rede for vårt vitenskapsteoretiske ståsted samt våre valg av metode. Vi vil her gjøre rede for datainnsamling og oppgavens reliabilitet og validitet.

**Kapittel 4** er empirikapitlet. Her vil vi presentere relevant informasjon om samhandlingsreformen og hva denne reformen innebærer for kommunene, samt beskrivelser av våre tre casekommuner. I tillegg presenteres de empiriske data som er kommet frem gjennom de intervjuene og dokumentstudiene som vi har foretatt.

I **kapittel 5** analyserer vi våre funn for å kunne svare på problemstillingen. Empirien vil analyseres opp mot vårt teoretiske rammeverk.

**Kapittel 6** består av vår konklusjon som er basert på analysen av funnene. Til slutt presenterer vi forslag til videre forskning på området.

## 2 TEORI

I dette kapitlet vil vi presentere det teoretiske rammeverket som vi har lagt til grunn i vår oppgave. Vi vil først definere økonomistyring og forklare styringssirkelen og New Public Management som et reformgrunnlag. Sentralt i denne delen vil være økonomistyring i offentlig sektor, da dette er noe forskjellig fra økonomistyring i privat sektor. Her vil vi presentere prestasjonsmåling og styringsutfordringer i offentlig sektor. Videre har vi sett på horisontal og vertikal styring, da offentlig sektor har gått fra vertikal styring til mer horisontal styring. Deretter vil vi skissere institusjonell teori fordi samhandlingsreformen er en oppskrift gitt av staten. Videre vil vi presentere prinsippal agent-teori fordi vi antar at en slik reform fører med seg mange prinsippal agent-relasjoner. Til slutt presenterer vi betingelsesteorien da vi antar at kontekstspesifikke faktorer vil være medvirkende når en standardisert reform skal innføres i forskjellige kommuner.

### 2.1 ØKONOMISTYRING

I dette delkapitlet presenterer vi først vår valgte definisjon på økonomistyring, for deretter å skissere styringssirkelen. Videre vil vi beskrive økonomistyring i offentlig sektor før vi til slutt presenterer New Public Management.

#### 2.1.1 DEFINISJON

Alle virksomheter må ta stilling til knappe ressurser, og det vil være nødvendig med en form for styring der ytelse og ressursbruk prioriteres etter hva som er virksomhetenes overordnede mål. Økonomistyring er en kontinuerlig prosess for alle virksomheter. Den mest klassiske definisjonen av økonomistyring er presentert av Robert Anthony (1965): «...the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives» (Anthony, 1965, s. 17). Anthony (1965) sin definisjon har en normativ tilnærming der økonomistyring beskrives som bindeleddet mellom virksomhetens strategiske prosesser og operasjonelle kontroll. Dette skal sikre at virksomheten oppnår sine overordnede mål.

Offentlige organisasjoner blir stadig presset på grunn av samfunnsmessige og teknologiske endringer. Samtidig vil økt kompetanse i samfunnet sette nye krav til organisasjon og ledelse, og forventningene fra de institusjonelle omgivelsene blir stadig mer fremtredende. Dette skaper store styringsmessige utfordringer for de offentlige organisasjonene (Busch, 2000). Med bakgrunn i dette velger vi å ta utgangspunkt i Busch (2000) sin definisjon av økonomistyring i vår oppgave:

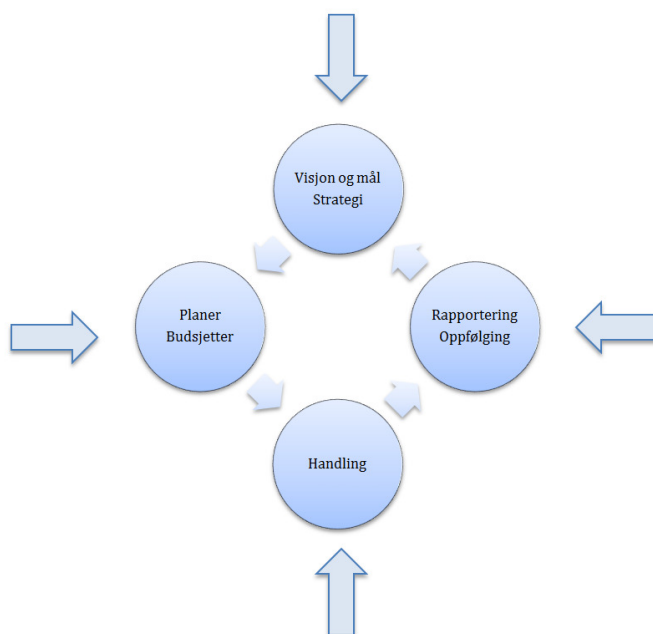
*«Økonomistyring er en selvstendig atferdsdimensjon, bestående av et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill, rettet mot utvikling og oppfylling av vertikale, horisontale og eksterne kontrakter, konstruksjon av sosiale kontrollmekanismer og forvaltning av organisasjonens legitimitet, knyttet til anskaffelse og anvendelse av ressurser med sikte på å sikre organisasjonens fremtidige eksistensgrunnlag.» (Busch, 2000, s. 29)*

Definisjonen har en bred beskrivelse og omfatter flere fagfelt. Med en deskriptiv basis gir den et mer helhetlig og samlet syn på begrepet økonomistyring (Busch, 2000).

### 2.1.2 STYRINGSSIRKELEN

Styringssirkelen har en normativ tilnærming, og den forutsetter blant annet målkonsistens, samsvar i koblingen mellom mål og virkemidler og at det ikke vil forekomme interessekonflikter mellom aktørene. Figuren ble introdusert av Anthony og Young (1999). For at styringen skal være rasjonell må elementene komme i en bestemt rekkefølge, og planene må svare til de handlingene som faktisk gjennomføres i virksomheten. Den ideelle økonomiske styringssirkelen omfatter fire elementer og den forutsetter at det er kobling mellom de enkelte delene.





*Figur 1 Styrings sirkelen tilpasset fra Anthony og Young (1999)*

Styringsprosessen starter på det strategiske, overordnede nivået hvor det defineres mål og visjon, samt at det utformes en strategisk plan (Pettersen et al., 2008). Dette vil fungere som en virksomhetsplan. Bindeleddet mellom det strategiske og det operative nivået er økonomiplanen, og vil være det administrative nivåets ansvar. Budsjetter brukes for å følge opp de strategiske planene, og handlingene vil bli dokumentert gjennom regnskapet. Dette danner et grunnlag for evaluering og oppfølging. Regnskapet evalueres gjennom å sammenligne de ulike budsjettene og planene. Evalueringsprosessen vil være et utgangspunkt for nye strategiske mål, som igjen legger føringer for nye planer og budsjetter. Figuren illustrerer samtidig at styringsprosessen kan bli påvirket av eksterne forhold som for eksempel teknologisk utvikling og oppslag i media.

### 2.1.3 ØKONOMISTYRING I OFFENTLIG SEKTOR

I Norge har den offentlige sektor en svært dominerende rolle og vi er daglig i kontakt med flere av de offentlige tjenestene (Siverbo, 2012b). Det er store forskjeller mellom økonomistyringen i offentlig sektor og privat sektor. Forskjellene er for eksempel betydelige i forbindelse med hvilke mål det arbeides etter. Private virksomheter har som oftest et primærmål om å sikre at investorene får avkastning på investert kapital, mens offentlige virksomheter opererer med

primærmål knyttet til blant annet velferd, rettferdighet og sosial likhet blant befolkningen. Det vil med andre ord være en del verdier som er viktigere enn effektivitet i offentlig forvaltning, og slike ikke-finansielle mål er ofte vanskelige å kvantifisere. Styringen i offentlig sektor handler om fordeling av knappe ressurser, og det må tas hensyn til makt og politisk virksomhet, målkonflikter og tvetydighet. Økonomisk formålsrasjonalitet utfordres av andre rasjonalitetsnormer som har legitimitet hos betydningsfulle interessenter (Busch, Johnsen og Vanebo, 2009).

Den offentlige forvaltning vil være styrt av demokratiske prosesser. Slike prosesser tar lang tid, men har likevel en verdi i seg selv. Hvilke politiske partier som sitter i regjering, og på Stortinget, vil til enhver tid være med på å bestemme hvordan de offentlige virksomhetene former sin styringsmodell. Dette gjør at den langsiktige planleggingen i offentlige virksomheter kan bli problematisk på grunn av en manglende forutsigbarhet. I tillegg opererer offentlige virksomheter under andre rammebetingelser enn private virksomheter, og dermed vil også økonomistyringen bli forskjellig. Offentlige organisasjoner er i stor grad styrt gjennom regelverk, juridiske bestemmelser og forordninger, og disse rammene gjør at ledelsens handlingsrom vil bli redusert (Busch, Johnsen og Vanebo, 2009).

Forvaltningsnivåene, staten, helseregionene og kommunene, har et delt ansvar for å sette i gang de vedtakene som fattes om landets helsetjenester. Staten har det overordnede ansvaret, mens de regionale helseforetakene (heretter kalt RHF) har tatt over fylkeskommunenes ansvar i forhold til blant annet planlegging, utbygging og drift av helseinstitusjoner. Styret i de ulike helseforetakene opptrer som agenter for staten, og helseforetakene er delt inn i fire ulike geografiske ansvarsområder (Pettersen et al., 2008).

Vi har valgt å studere innføringen av samhandlingsreformen i tre ulike kommuners perspektiv, og på bakgrunn av dette har vi også skrevet kort om økonomistyring i kommunal sektor. Kommunene er selvstendige politiske aktører, men vil, i likhet med helseforetakene, på mange måter være statens forlengede arm (Pettersen et al., 2008). Kommunene er, i tillegg til helsesektoren, den viktigste leverandøren av velferdstjenester i landet (Ramsdal og Skorstad, 2004). De er bærere av et forvaltnings- og ressursansvar (Pettersen et al., 2008), og det er

ønskelig at befolkningen skal kunne oppleve en forutsigbarhet og stabilitet i det kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbudet over tid (NOU, 1997). For å oppnå dette vil det være hensiktsmessig med lite konjunkturavhengighet i de lokale skattefundamentene, i tillegg til at det finnes en stabil finansiering av kommunesektoren. Kommunenes tre hovedinntektskilder er statens overføringer, brukerbetaling og lokale skatteinnbetalinger (NOU, 1997), og det er kommunene selv som er ansvarlige for blant annet lokale tilbud i forbindelse med sykehjem, forebyggende og kurative helsetjenester og eldre- og funksjonshemmingsomsorg (Pettersen et al., 2008). Tilbudet av helsetjenester i en kommune vil samtidig påvirke befolkningens etterspørsel etter sykehustjenester, eksempelvis kommunenes forutsetninger for å kunne ta i mot utskrivningsklare pasienter (Pettersen et al., 2008). En sentral begrunnelse for at kommunene selv skal være ansvarlige for de ulike tjenester og oppgaver som tilbys, er at de i større grad kan tilpasse tjenestene til lokalbefolkningens ønsker og lokale kostnadsforhold (NOU, 1997).

NOU (1997) opererer med to samfunnsøkonomiske krav i forbindelse med kommunenes effektive ressursbruk, dette er kravene om kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet. Kostnadseffektivitet går ut på at kommunene ønsker å produsere tjenestene til så lave kostnader som mulig, mens prioriteringseffektiviteten handler om at de skal tilby tjenester som maksimerer innbyggernes velferd i høyest mulig grad. I følge Pettersen et al. (2008) er helsesektoren en betydningsfull del av samfunnet vårt, og den måten sektoren anvender midlene sine på vil ha betydning både for det norske folks helse, og landets totale sysselsetting og økonomi.

#### *2.1.4 NEW PUBLIC MANAGEMENT*

Offentlig sektor har i løpet av de siste tiårene gått gjennom en systematisk endring i måten virksomheten styres på. Sektoren ble tidligere sett på som “gammeldags” og byråkratisk. New Public Management (heretter kalt NPM) er en samlebetegnelse for reformer for modernisering av sektoren, og kan brukes som en fellesnevner for alle forandringene som har skjedd innenfor området for økonomistyring i offentlig sektor siden ca. 1980-tallet (Busch og Ramstad, 2004). Denne formen for modernisering vil tilpasses de enkelte land, og trenden springer ut fra en internasjonal utvikling mot en økt markedsorientering (Pettersen et al., 2008). Tanken bak den vil være å legge til rette for bestemte endringsprosesser i organiseringen av offentlige virksomheter (Ramsdal og Skorstad, 2004).

I NPM reverseres noen av forskjellene mellom den private og den offentlige sektor. Offentlig sektor går fra atferdstyring til resultatstyring, og det er høyere tiltro til private forretningsmodeller og markedsstyring i offentlig sektor. NPM er tradisjonelt assosiert med sju dimensjoner for endring (Hood, 1995):

1. Større desentralisering i offentlige virksomheter
2. Høyere konkurranse mellom offentlige virksomheter, og mellom offentlige og private virksomheter
3. En styringsstil lik den som praktiseres i privat sektor
4. Større vekt på disiplin og kostnadseffektive løsninger
5. Aktiv kontroll i offentlige virksomheter av synlige toppledere som utøver diskret makt
6. Bruk av tydelige målbare ytelsesindikatorer
7. Prestasjonsmåling

NPM kan sies å bestå av to søyler (Klausen, 2011). Den første kalles for den økonomiske søyle. Søylene handler om en ønsket liberalistisk markedsorientering av offentlig sektor. Orienteringen begrunnes ut i fra ny-institusjonell økonomisk teori, herunder prinsippal-agent-teori, transaksjonskostnadsteori og public choice-teori, og har blant annet ført til økt privatisering, konkurranseutsetting og kontraktsstyring og frie forbrukervalg. Den andre søylen i NPM kalles for den managerialistiske, og knyttes opp mot organisasjon og ledelse (Klausen, 2011). Tanken bak denne søylen er å overføre kjente styrings- og organisasjonsprinsipper fra det private over til det offentlige. Eksempelvis kan dette være målstyring, strategisk ledelse og økonomistyring (Busch og Ramstad, 2004).

## 2.2 STYRINGSUTFORDRINGER I OFFENTLIG SEKTOR

I offentlig sektor eksisterer det i realiteten et brudd med den normative styrings sirkelen da det er manglende integrering mellom strategi, budsjett, handlinger og regnskap. Det er løse koblinger til styringsprosessen, og hvert av områdene i modellen kan ses på som egne verdener (Pettersen et al., 2008). Den ene verdenen med visjon og mål er relativt frikoblet fra planer og handling. Dette kan gå ut på at organisasjonen lager planer uten å ta hensyn til de økonomiske konsekvensene. Samtidig viser erfaring at regnskapsinformasjonen i verdenen for rapportering

og oppfølging i liten grad brukes som feedback for strategiske valg og beslutningsgrunnlag. Ofte kan det være manglende kobling mellom de kostnadene og aktivitetene som er registrert i regnskapet. Dette skaper ufullstendige regnskapsrapporteringer og de kan dermed ikke legges til grunn for økonomiske beslutninger i virksomheten. Eksemplene ovenfor kan på mange måter være med på å beskrive de økonomiske styringsutfordringene som finnes i offentlig sektor (Pettersen et al., 2008).

Det vil alltid være konflikter knyttet til fordelingen av knappe ressurser i offentlig sektor, samtidig kan økonomiske betraktninger komme i konflikt med viktige samfunnsoppgaver (Busch, Johnsen og Vanebo, 2009). Styring i helsesektoren vil i vesentlige forhold angå prioriteringene mellom helsetiltak og pasientgrupper. Ønsket er å velge de rette løsningene til de riktige pasientene. Pasientene skal oppleve at de får, på best mulig måte, tilpasset presise tjenestetilbud ut ifra hvilke behov de har. Ofte er det manglende samsvar mellom de økonomiske og styringsmessige planer og den raske teknologiske utviklingen i dagens samfunn. Dette vil sette grenser for hva helsetjenesten kan utrette. I Norge finansieres helsetjenestene indirekte gjennom blant annet skatteinnbetalinger fra befolkningen, og det vil være ønskelig at disse skatteinnbetalingene forvaltes på en mest mulig fornuftig måte. Et slikt finansieringssystem legger til rette for at etterspørselen av helsetjenester vil være prisuavhengig. Det vil alltid være et etterspørselsoverskudd etter disse tjenestene, og det vil eksistere køer og fordelingsproblematikk. Et slikt system skaper konsekvenser for ressurs- og kapasitetsutnyttningen og prioriteringer i sektoren, og det vil oppstå omfattende styringsutfordringer (Pettersen et al., 2008).

### *2.2.1 PRESTASJONSSTYRING I OFFENTLIG SEKTOR*

I følge Ouchi (1977) vil det kun være to forhold som kan måles og knyttes opp mot en organisasjons overordnede målsetning. Organisasjonen kan enten måle aktørenes atferd eller resultatene av aktørenes atferd. Ouchi (1977) presenterer fire ulike styringsprinsipper i sitt rammeverk, og hvilket prinsipp en organisasjon velger å styre etter vil avhenge av to forhold. Det første forholdet handler om god eller dårlig kausalkunnskap, altså sammenhengen mellom årsak og virkning. For at en organisasjon skal kunne nå sine mål, må den forstå hvilken atferd og ressursinnsats som gjør at den ønskede effekten oppnås. Det andre forholdet handler om resultatenes målbarhet, altså hvor klare eller uklare resultatmål organisasjonen opererer med.

(Pettersen et al., 2008). Figuren nedenfor viser hvordan de to forholdene, kausalkunnskap og resultatenes målbarhet, vil føre til ulike behov for styring.

		Kausalkunnskap	
		Gode	Dårlige
Resultatmål	Klare	(1) Resultat og atferdsstyring	(2) Resultatstyring
	Uklare	(3) Atferdsstyring	(4) Rituell/ profesjonsstyring

Figur 2 Kunnskap om mål-middelrelasjon og konsekvenser for styringsform, tilpasset fra Ouchi (1977)

Rammeverket kan brukes som et utgangspunkt for beskrivelse av ulike forutsetninger for styring (Ouchi, 1977). Atferdsstyring handler om å styre hvordan aktørene utfører handlingene, mens resultatstyring vil si å styre det aktørene får ut av handlingene. I situasjoner med uklare resultatmål, og dårlig kausalkunnskap vil det derimot være vanskelig å styre etter atferd og resultat, og styringen av slike organisasjoner vil kunne ta form som et ritual eller en norm. Det er en tvetydig sammenheng mellom ressursinnsats og resultat slik at profesjonelt skjønn og vurdering vil brukes som beslutnings- og styringsgrunnlag i organisasjonen. Dette kan også kalles profesjonsstyring. Det vil som oftest være vanskelig å få entydig målbare resultater innenfor de fleste deler av helsesektoren, og det må derfor utvikles resultatindikatorer basert på skjønn (Pettersen et al., 2008).

De Bruijn (2002) skriver i sin artikkel om prestasjonsmåling i offentlige virksomheter og hvilke effekter disse prestasjonsmålene kan føre med seg. Prestasjonsmåling går ut på at offentlige organisasjoner budsjetterer og prognostiserer fremtidige prestasjoner, og angir deretter hvordan disse skal måles ved å definere ulike ytelsesindikatorer (De Bruijn, 2002). Offentlige virksomheters prestasjoner er imidlertid vanskelige å måle (Smith, 1993, i De Bruijn, 2002), noe som fører til at ytelsesindikatorerne ofte vil basere seg på skjønnsmessige vurderinger (Pettersen et al., 2008). I følge Siverbo (2012b) er det flere fordeler med å bruke prestasjonsmåling i styringen, dette vil blant annet gå ut på at det er lett å bruke for intern styring og ansvarliggjøring av de ulike enhetene i organisasjonen. De Bruijn (2002) mener at prestasjonsmål fører til en større transparens i organisasjonen. «What gets measured, gets done» (Osborne og Gaebler,

1992, i De Bruijn, 2002 s. 580). I tillegg mener De Bruijn (2002) at det er en god måte å få virksomhetene til å redegjøre for egne prestasjoner på siden prestasjonene måles systematisk og kvantitativt. Det er enkelt å kommunisere slike prestasjonsmål ut til omgivelsene, imidlertid kan prestasjonsmål føre med seg ulike negative effekter som for eksempel at det skapes «gaming» gjennom en dysfunksjonell og kortsiktig tankegang. I tillegg kan prestasjonsindikatorer basert på kvantitative måltall gjøre det vanskelig å fange opp den profesjonalismen og det kvalitetsnivået som faktisk eksisterer i virksomheten.

I følge Bouwens og Speklé (2007) er det viktig å være oppmerksom på sensitivitet, støy og målforskyvning når virksomheten skal utforme sine prestasjonsmål. Det er ønskelig med prestasjonsmål som er sensitive, har lite støy og er målkongruente. Sensitive prestasjonsmål handler om i hvor stor grad det er samsvar mellom det arbeidet som er gjort og den prestasjonen som er målt. Støy går ut på om prestasjonsmålingen påvirkes av andre ikke-målbare faktorer, og målforskyvning oppstår når det er inkongruens mellom det organisasjonen måler og de overordnede målene i virksomheten. I offentlig sektor vil det ofte være prestasjonsmål som er lite sensitive og målinkongruente samt at de inneholder mye støy (Siverbo, 2012c).

### 2.2.2 *HORISONTAL OG VERTIKAL STYRING*

I offentlig sektor har styringsmåten tradisjonelt vært preget av vertikale kontraktsutforminger. I dag er det en tendens til større fokusering på en helhetlig verdikjedetankegang i form av mer horisontale relasjoner. Den vertikale styringsmåten har ført til en oppsplittet verdikjede med avgrensede ansvarsområder, og dette skaper utfordringer i forbindelse med hvordan organisasjoner skal koordinere aktiviteter som former en horisontal verdikjede i organisasjonene (Busch, 2000). I vår masteroppgave har vi valgt å konsentrere oss om hvilke styringsutfordringer som oppstår når en standardisert reform innføres i kommunene. Samhandlingsreformen legger opp til en mer horisontal og prosessfokustert styring av helse- og omsorgstjenestene enn tidligere. Det vil dermed være naturlig å ta med et kapittel om vertikal og horisontal styring i denne oppgaven.

Vertikal styring er en sentralisert styringsstruktur. Budsjettering og planlegging av ulike prosesser bestemmes sentralt i virksomheten (Siverbo, 2012a). Styringen er hierarkisk og

karakteriseres som et “push-system”. Dette betyr at de detaljerte planene for hva den enkelte enhet skal produsere, og når det skal produseres, er basert på estimater om den fremtidige etterspørselen (Hansen og Mouritsen, 2007). De ansatte motiveres ved at de får tildelt ansvar for spesifikke arbeidsoppgaver. Ledelsen kontrollerer de ansattes arbeid gjennom bruk av ulike finansielle prestasjonsmål der prestasjonsmålene bestemmes sentralt. Det er mangel på samarbeid og horisontal kommunikasjon mellom enhetene. Dette gjør at det lett kan oppstå flaskehals i ulike prosesser i organisasjonen (Siverbo, 2012a).

En horisontal styringsmåte kjennetegnes av en desentralisert styringsstruktur. Styringsmåten er prosessfokusert og karakteriseres av et “pull-system”. Systemet går ut på at produksjonen tilrettelegges slik at den møter kundenes etterspørsel direkte (Hansen og Mouritsen, 2007). Dette krever samhandling og samarbeid, kompetanseutvikling og en helhetlig forståelse av prosessene i organisasjonen. De ansatte motiveres gjennom at de blir tildelt ansvar og autoritet for ulike aktiviteter, og de kontrolleres gjennom selvaluering av ulike prosessmål (Siverbo, 2012a).

Christensen og Lægreid (2008) skriver i sin artikkel at NPM som reformgrunnlag har skapt en økende fragmentering i offentlig sektor. NPM fremmer blant annet en konkurranse- og effektivitetsorientert ideologi (Self, 2000, i Christensen og Lægreid, 2007), og et styringsprinsipp som taler for både sentralisering og desentralisering av kontroll (Christensen og Lægreid, 2007). Dette kan bidra til potensielle kapasitets- og koordineringsutfordringer, og samtidig problematisere den horisontale samordningen innad i sektoren (Christensen og Lægreid, 2008). I følge Christensen og Lægreid (2007) er fragmenteringen et resultat av økning i både horisontal og vertikal samordning. Gregory (2003, i Christensen og Lægreid, 2007) mener at vertikal kontroll i offentlig sektor praktiseres gjennom nye lovvedtak og omorganiseringer, mens nye koordineringsmekanismer og tverrsektorielle prosjekter tas i bruk for å modifisere den horisontale fragmenteringen. (Christensen og Lægreid, 2007).

### 2.3 INSTITUSJONELL TEORI

Tradisjonelle økonomiske teorier bygger på mål/middel rasjonalitet, og beskrives ofte som normative modeller. Institusjonelle teorier setter spørsmål ved den tradisjonelle økonomiske beslutningsmodellen og den økonomiske rasjonaliteten. De institusjonelle teoriene beskrives ofte



som beskrivende eller deskriptive modeller, og uttrykker at moderne organisasjoners søken etter aksept og legitimitet i omgivelsene er vel så viktig som det å oppnå effektivitet. Gjennom å uttrykke at kommunene har innført sentrale reformer vil de bli oppfattet som legitime i omgivelsene rundt organisasjonen. Institusjonell teori vil her være viktig fordi offentlig sektor til stadighet blir utsatt for ideer og oppskrifter som kommer utenfra og som ønskes innpasset i ulike organisasjoner. Samhandlingsreformen er en slik oppskrift og idé. Samfunnet inneholder en rekke institusjonaliserte regler og mønstre i form av rasjonaliserte myter som gir en ramme for utvikling av formelle organisasjoner (Meyer og Rowan, 1977). Strukturelle endringer vil i dag være vel så mye drevet av et ønske om likhet, heller enn et ønske om bedret effektivitet, og byråkratiet vil derfor fortsatt være en dominerende organisasjonsform. Størrelse og teknologi er antatt å øke kompleksiteten i interne relasjoner.

Det vil kunne oppstå konflikter mellom prosesser som skaper effektivitet og prosesser som skaper legitimitet. Konsekvensen av dette er at det vil være en løs kobling mellom den formelle, vedtatte strukturen og de faktiske operasjonelle aktivitetene. Dette er det som av Meyer og Rowan (1977) betegnes som dekobling, det vil si at det ikke alltid er sammenheng mellom det organisasjonen sier de gjør, og det de faktisk gjør. Offentlige ledere kan for eksempel snakke om reformer på en måte som gjør at folk tror de setter de ut i livet, mens de i realiteten gjør lite for det. Dette skillet mellom tale og handling er det som betegnes som hykleri av Brunsson (Christensen et al., 2007). Organisasjonen vil forsøke å tilpasse seg til sine institusjonelle omgivelser og isomorfisme vil da være en vesentlig prosess (DiMaggio og Powell, 1983). Organisasjoner vil altså velge en organisasjonsform, et styringssystem, et konsept eller en tankemodell ut fra det som anses som riktig eller moderne i omgivelsene (Busch, 2000).

Isomorfisme betegner her likheten mellom to organisasjoner og at organisasjoner stadig blir mer og mer like. Det finnes tre ulike typer av institusjonell isomorfisme (DiMaggio og Powell, 1983). Tvangsmessig isomorfisme er et resultat av både formelt og uformelt press mellom organisasjoner. Denne typen isomorfisme kan være et resultat av statlige vedtak. Imiteringsmessig isomorfisme bygger på at organisasjoner imiterer og kopierer hverandre. Organisasjoner vil forsøke å etterligne de organisasjonene som gjør det godt og som fungerer som rollemodeller, mens de vil ønske å ta avstand fra de organisasjonene som omverdenen har

negative holdninger til. Imitasjon kan føre til likheter eller variasjoner, altså til mer av det samme som organisasjonen har eller innovasjoner. Normativ isomorfisme handler om at ulike profesjoner fremmer spesielle konsepter for å fremme og legitimere sin egen yrkesstatus.

Christensen et al. (2007) forsøker å forklare hvordan effektiviserende oppskrifter blir adoptert og implementert i offentlige organisasjoner. De uttrykker at det kan være et skille mellom idé og praksis, og med det menes at selv om en formell beslutning blir adoptert vil det ikke nødvendigvis si at den blir implementert. Det identifiseres tre ulike måter å implementere ulike oppskrifter på. Rask tilkøpling oppstår når oppskriften blir implementert raskt og vil gi de positive effektene som er forventet. Det forutsettes imidlertid at prosessen forgår etter de planer som bevisst er lagt på forhånd. Dette vil være oppskrifter og prinsipper som allerede er nøye testet og vil derfor være enkle å implementere. Frastøting kan skje når organisasjonene er komplekse, og når oppskriftene blir presentert som forenklete, populære og vage ideer, tatt ut fra sin opprinnelige kontekst.

Oppskriftene vil ofte komme i konflikt med den allerede eksisterende kulturen, og forsøket med å implementere slike oppskrifter vil dermed kunne ses på som inkompatible og lite egnet. Dette kan være årsaken til at helsesektoren kan ha problemer med å implementere effektiviserende tiltak. Christensen et al. (2007) mener også at det kan oppstå en dekobling. Dette vil skje når organisasjoner føler et press til å adoptere konsepter for å kunne oppnå legitimitet, men at konseptet ikke nødvendigvis skaper bedre effektivitet for organisasjonen. Organisasjonen vil derfor uttrykke at de har implementert konseptet, men handlingen vil tilsa at de ikke benytter konseptet. Det vil derfor være en dekobling fordi organisasjoner adopterer moderne konsepter, men det vil få lite eller ingen påvirkning på aktivitetene.

Rask tilkøpling, frastøting og dekobling er kritisert for ikke å ta særlig hensyn til tidsaspektet. Det vil derfor være aktuelt å se på to andre teorier der tidsaspektet er inkludert. Virusteorien går ut på at når organisasjoner adopterer et konsept eller en oppskrift, vil de samtidig adoptere en velutviklet idé med tilhørende begrepsapparat. Ved en dekobling vil de allikevel bruke begrepene slik at det i et langsiktig perspektiv blir en del av organisasjonens rutiner og praksis. Dette kan ses på en type språklig smitte. Translasjonsteorien gir uttrykk for at oppskrifter vil

tilpasses og forandres i møte med organisasjonen, og en bestemt oppskrift vil derfor kunne forandre seg etter som den sprer seg (Christensen et al., 2007). Som vi ser kan adopsjon og implementering av oppskrifter og konsepter forstås på flere ulike måter. På grunn av ufullstendig kunnskap om konseptets innhold blant de som skal iverksette det, vil det også kunne få en uintentert oversettelse og omforming.

## 2.4 PRINSIPAL-AGENT-TEORI

Prinsipal-agent-teorien er basert på generell kontraktsteori og ønsker å forklare hvordan kontraktene utformes når aktørene har forskjellige mål, ulik holdning til risiko og asymmetrisk informasjon (Fama, 1980). Denne teorien består av en eller flere prinsipaler og agenter, alt ettersom hvilke nivå i organisasjonen det fokuseres på. Prinsipalen er en oppdragsgiver som ønsker å få løst sine oppgaver ved hjelp fra en annen. Agenten vil ofte ha en spesialkompetanse som prinsipalen mangler og vil derfor utføre oppgaver på vegne av prinsipalen (Douma og Schreuder, 2008). Agentteorien baserer seg på ulike forutsetninger om menneskelig atferd (Eisenhardt, 1989):

- Individet har en egeninteresse og søker å maksimere egen nytte
- Individet er begrenset rasjonell, det vil si at det har begrenset evne til å skaffe seg fullstendig oversikt, forståelse og klar kommunikasjon. Dette resulterer i at individet velger praktiske løsninger, der løsningene ikke nødvendigvis er de beste, men de er gode nok.
- Individet er risikoavers, det vil si at individet ikke er villig til å ta på seg risiko.

Vi har valgt å inkludere prinsipal-agent teori i vår oppgave fordi prinsipal-agent teori gir innsikt i og forståelse for hvordan offentlig sektor fungerer. I offentlig sektor vil et departement være prinsipal og den underliggende etaten vil da være agenten i følge Busch og Vanebo (2011). I kommunesektoren vil politikerne være prinsipaler og rådmannen og andre administrativt ansatte vil være agentene. I helsesektoren vil det eksistere et hav av prinsipal-agent relasjoner og det vil derfor være vesentlig å drøfte denne teorien opp i mot en slik reform som samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen vil bestå av et stort nettverk av ulike prinsipaler og agenter som må fungere sammen, for å kunne skape et bedre og mer helhetlig helsevesen. Den enkelte kommune og det enkelte sykehus blir agenter for staten for å kunne ivareta helsen til

innbyggerne. Fastlegene vil være agenter for kommunene, og skal sikre riktig behandling til rett tid på rett sted. Det som er viktig i denne relasjonen er at mange av fastlegene er privat organisert og kan derfor ha andre målsetninger enn kommunene. Det vil også være et prinsipal-agent forhold mellom kommuner som samarbeider.

#### *2.4.1 DEFINISJON AV PRINSIPAL-AGENT RELASJONEN*

Jensen og Meckling (1976 s. 308) definerer prinsipal-agent relasjonen slik: "...a contract under which one or more persons (the principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent." Relasjonen mellom prinsipalen og agenten vil være preget av et avhengighetsforhold basert på både formelle og uformelle kontrakter (Douma og Schreuder, 2008). På grunn av agentens spesialkompetanse vil prinsipalen være avhengig av agenten for å kunne løse sine oppgaver, og vil derfor ønske at de jobber mot et felles mål. Teorien belyser både utfordringer og forutsetninger i relasjonen mellom prinsipal og agent.

#### *2.4.2 AGENTPROBLEMER*

Utfordringen som oppstår er at agenten tar beslutninger som ikke nødvendigvis er til prinsipalens beste (Solomon, 2010). Agenten og prinsipalen vil i mange tilfeller ha ulik målstruktur og det kan derfor oppstå målkonflikter. Dette oppstår på bakgrunn av at kontraktene mellom prinsipalen og agenten er ufullstendige, og at dette gir rom for at agenten kan ivareta egne interesser (Busch og Vanebo, 2003). Det kan føre til opportunistisk atferd, dersom agentens mål går mot prinsipalens mål. Opportunistisk atferd kan forekomme dersom aktørene prioriterer personlige mål foran organisasjonens mål. I agentteorien regnes ikke opportunistisk atferd som en menneskelig egenskap, men det er en atferd som kan oppstå. Hovedårsaken til at opportunistisk atferd oppstår, er at samspillet mellom leder og medarbeidere ikke fungerer (Busch og Vanebo, 2003).

I følge Busch (2000) vil det eksistere mange kontraktsformer som ligger mellom rene markedskontrakter og rene hierarkiske kontrakter. Disse mellomformene kalles ofte for relasjonskontrakter der den viktigste styringsmekanismen er tillit, men det vil også stilles krav til resultat og atferd. I rene markedskontrakter brukes pris som den viktigste styringsmekanismen

og transaksjonen spesifiseres så godt som mulig. I rene hierarkiske kontrakter er autoritet den viktigste styringsmekanismen og her vil det stilles krav til både atferd og resultat.

Prinsipal-agent relasjonen er preget av at de ulike partene har ulikt forhold til risiko. Dersom prinsipalen er risikoavers og agentene ikke i like stor grad er risikoaverse, vil det oppstå problemer der agentene tar større risiko enn det som er ønskelig fra prinsipalens side (Busch og Vanebo, 2003).

I forholdet mellom agenten og prinsipalen vil det som nevnt være en utfordring rundt informasjonsasymmetri, nærmere bestemt at agenten har kunnskap som ikke er tilgjengelig for prinsipalen. Dette kan være et problem for prinsipalen av følgende årsaker (Douma og Schreuder, 2008):

1. Hidden action (skjulte handlinger): Prinsipalen kan ikke observere agentens handlinger eller kostnadene ved å observere blir store.
2. Hidden information (skjult informasjon): Informasjonen som agenten baserer sine handlinger på, er ukjent for prinsipalen.
3. Moralsk hasard: Prinsipalen kan observere resultatet, men mangler kjennskap til innsatsen til agenten. Det er ikke noe klart forhold mellom innsats og resultat, da det vil være andre faktorer utenfor agentens kontroll som påvirker dette. Moralsk hasard er når det blir inngått ordninger som endrer atferden til den enkelte aktør.

#### *2.4.3 AGENTKOSTANDER*

Den opportunistiske atferden vil ha en kostnadsside, og det er dette som karakteriseres som agentkostander (Busch og Vanebo, 2011). Disse kostnadene kan deles inn i to ulike grupper som prinsipalens styringskostnader og resttap. Prinsipalens styringskostnader er alle kostnader knyttet til overvåking og kontrollmekanismer slik at prinsipalen har kontroll over agentenes handling og måling av resultater. Resttap er den endringen prinsipalen får i sin måloppnåelse fordi agenten handler på en annen måte enn hva prinsipalen ville gjort i samme situasjon (Busch og Vanebo, 2011).

#### 2.4.4 KOMMUNALT SAMARBEID MED INTERORGANISATORISK PERSPEKTIV

Det teoretiske perspektivet som legges til grunn her vil være å betrakte forholdet mellom kommuner som forholdet mellom organisasjoner (Weigård, 1991). Kommunalt samarbeid kan studeres i et interorganisatorisk perspektiv der fokuset vil være på relasjonene mellom organisasjonene i et felles handlingsmiljø. Fordi to av våre kommuner inngår i et interkommunalt samarbeid ser vi det nødvendig å ha med denne teorien for å kunne se blant annet hvilken type interkommunalt samarbeid det er og hva som kan være utfordringene ved en slik løsning.

Den interorganisatoriske relasjonen mellom kommunene vil kunne bestå av mange former for og grader av kontakt (Weigård, 1991). Weigård (1991) tar utgangspunkt i fire begreper som tar utgangspunkt i Beck Jørgensens (1977) typologier.

- Hierarkisk modell er en modell preget av sterke bånd mellom organisasjonene, og kjennetegnes ved at en overordnet instans pålegger underordnede organisasjoner visse oppgaver eller løsninger. Relasjonen mellom stat og kommune kan beskrives ved hjelp av denne modellen.
- Den føderative modellen går ut på at en gruppe organisasjoner frivillig går sammen om å løse enkelte oppgaver i fellesskap, gjennom en egen over- eller mellomliggende organisatorisk enhet. Mange interkommunale samarbeid vil i følge Weigård (1991) falle innenfor denne modellen.
- En sidekoblet organisasjonsmodell innebærer en mindre forpliktende form for samarbeid blant en gruppe organisasjoner. Denne modellen handler om utveksling av informasjon og gjensidig koordinering av politikk, og det vil derfor ikke være en oppbygging av egne organisatoriske strukturer.
- Kontraktsmodellen vil innebære at to eller flere organisasjoner går inn i en forpliktende avtale om bytte av klart spesifiserte ressurser innenfor en spesifisert ramme. Dette vil være en frivillig avtale mellom selvstendige parter, der det vil være kjøp og salg av varer og tjenester mellom kommuner. Løsningen vil ivareta hensynet til kontroll for medlemsorganisasjonene. Denne modellen er den som Gran og Lunner kommuner tar i bruk når de inngår et interkommunalt samarbeid.

Det vil være viktig å avdekke medlemsmakten og systemmakten i forholdet. Medlemsmakt forstås som hvilken makt den enkelte aktør har i samarbeidet, og systemmakt vil si hvilken makt som ligger i den interorganisatoriske strukturen. Medlemsmakten vil være større når samarbeidet er løsere, og det vil være stor systemmakt når de interorganisatoriske relasjonene er sterke. Det bør også drøftes hvordan de ulike samarbeidsformenes effektivitet er med hensyn til å fatte beslutninger. Dersom beslutninger fattes med vanlig flertall er dette et uttrykk for beslutningseffektivitet. Innholdet i kontraktene vil være avhengig av i hvor stor grad partene ser sine interesser tjent gjennom samarbeidet. Det vil lette samarbeidet og kontraktsinngåelsen om det er få parter i samarbeidet. I et interorganisatorisk samarbeid vil det være viktig å ikke “overkjøre” de andre organisasjonene, da dette kan føre til at de overkjørte kommunene trekker seg ut av samarbeidet. Deltagerne i interorganisatorisk samarbeid står følgelig ovenfor dilemmaet mellom enten å ofre medlemsmakten på bekostning av beslutningseffektiviteten, eller å ofre beslutningseffektivitet for å beholde en større grad av medlemskontroll (Weigård, 1991).

#### *2.4.5 KRITIKK AV PRINSIPAL-AGENT TEORIEN*

Prinsipal-agent teorien er kritisert for å fremme et negativt menneskesyn gjennom argumentet om at det finnes opportunister blant agentene. Utfordringen med dette negative menneskesynet er at det fort kan bli en selvoppfyllende profeti, der overvåking og kontrollmekanismer kan føre til opportunisme (Busch og Vanebo, 2011). Det vil også være verdt å merke seg at prinsipalen sjelden møter en agent alene, men at det vil være flere agenter som sammen kan ha organisert seg.

### 2.5 BETINGELSESTEORIEN

Vi har en intensjon om å benytte betingelsesteorien til å drøfte hvordan ulike kontekstspesifikke faktorer i kommunene vi har valgt å studere, vil skape styringsutfordringer når en standardisert reform blir overført til forskjellige kommuner. Vi ønsker å studere hvilke spesielle faktorer i konteksten som bidrar til at kommunene velger ulike løsninger for innføringen av samhandlingsreformen.

Betingelsesteori, contingency theory på engelsk, ble utviklet tidlig på 1960-tallet innenfor organisasjonsteorien, men ble først referert i økonomistyringslitteratur i midten av 1970-årene. Betingelsesteoriens tilnærming går ut på at det finnes ingen universelt riktige styringssystemer som er effektive for alle organisasjoner i alle situasjoner, men det hele kommer an på ulike situasjonsbestemte faktorer. Styringssystemet vil, for enhver organisasjon, måtte tilpasses slik at det passer til den konteksten som organisasjonen opererer i (Otley, 1980). Gjennom å tolke resultater av empirisk forskning hevder Otley (1980) at forklaringen på hvorfor styringssystemene varierer fra situasjon til situasjon kan ses ut ifra tre ulike kontekstvariabler. Disse variablene er teknologi, organisasjonsstruktur og omgivelser.

Chenhall (2003) tar utgangspunkt i empiriske studier utført de siste tyve årene. Han viser til at det er flere variabler enn kun de tre variablene som Otley (1980) pekte på, som vil være av betydning for hvordan en organisasjon vil designe styringssystemet sitt. I betingelsesteoretisk forskning er det forutsatt at ledere vedtar endringer i den hensikt at organisasjonene skal være tilpasset til omgivelsene og med et ønske om forbedret produktivitet. I artikkelen studerer Chenhall (2003) seks ulike kontekstvariabler som påvirker hvordan økonomistyringen foregår i en organisasjon. I tillegg til teknologi, organisasjonsstruktur og eksterne omgivelser mener han at variablene for størrelse, strategi og nasjonal kultur også spiller en rolle for hvordan styringssystemet i en organisasjon utformes.

Nedenfor vil vi redegjøre kort for hver enkelt kontekstvariabel som Chenhall (2003) presenterer i sin artikkel:

#### *Eksterne omgivelser*

Organisasjoners eksterne omgivelser er av vesentlig betydning i forhold til hvordan organisasjonen velger å utforme økonomistyringssystemet sitt. Miljømessige karakteristikk som har en påvirkende kraft er usikkerhet, turbulens, fiendtlighet, mangfold og kompleksitet. Usikkerhet i de eksterne omgivelsene vil trekke i retning av et styringsverktøy som har et eksternt fokus og en ikke-finansiell orientering. Dersom organisasjoner opplever at de eksterne omgivelsene er turbulente og fiendtlige, vil de ha et behov for formell kontroll og vektlegging av tradisjonelle budsjetter og planer.



### *Teknologi*

Det finnes tre generiske typer teknologi som er viktige for valg av økonomistyringssystem. Disse er kompleksitet, oppgaveusikkerhet og gjensidig avhengighet. Jo mer standardiserte og automatiserte prosesser, desto større grad av formell kontroll vil brukes gjennom prosesskontrollering og budsjettering med mindre slakk. Teknologi som forbindes med høy oppgaveusikkerhet vil ha behov for mer uformelle kontrolltyper. Dette kan gå ut på at organisasjonen et operativt nivå er mindre avhengig av prosedyrer, planer, regnskapsmessige prestasjonsmål og atferdskontroller ved å ha et sterkere fokus på personlig kontroll og klankontroll. Organisasjonen vil også ha behov for mer uformelle kontrolltyper og styringsverktøy jo mer gjensidig avhengig teknologien er. Dette kan være i form av at de har færre driftsprosedyrer, uformelle koordineringer, mindre vektlegging av budsjetter og hyppigere interaksjoner mellom over- og underordnede. Under slike omstendigheter vil et aggregert og integrert styringssystem være en nødvendighet.

### *Struktur*

Organisasjonsstrukturen påvirker effektiviteten og informasjonsflyten i organisasjonen, motivasjonen til de ansatte og kontrollsystemene. Store organisasjoner med avansert teknologi og stort mangfold, og desentraliserte strukturer er assosiert med mer formelle og tradisjonelle styringssystemer. Sammenlignet med markedsføringsavdelingen, har forskning og utviklingsavdelingen (FOU) en høyere oppgaveusikkerhet, og vil assosieres med deltakende budsjettering. Ved å sammenligne markedsføringsavdelingen og produksjonsavdelingen, vil markedsføringsavdelingen møte en høyere grad av usikkerhet i eksterne omgivelser og kjennetegnes ved et mer åpent og uformelt styringssystem. En høy grad av desentralisering assosieres med aggregerte og integrerte styringssystem, og kjennetegnet ved teambaserte strukturer er deltakelse hvor det brukes omfattende prestasjonsmål som belønningsgrunnlag. Organiske organisasjonsstrukturer kjennetegnes ved antakelser om at fremtidsrettede styringsverktøy er mer hensiktsmessige, og ved en effektiv implementering av aktivitetsanalyse og aktivitetskostnadsanalyse.

### *Størrelse*

Størrelsen på en organisasjon kan bidra til å forbedre effektiviteten, og gir muligheter for spesialisering og arbeidsdeling. Store organisasjoner tenderer til å redusere usikkerheten ved å oppnå stordriftsfordeler. Imidlertid må ledelsen håndtere større mengder med informasjon jo større organisasjonen blir. Dette vil kreve mer diversifiserte operasjoner, formaliserte prosedyrer og spesialiserte funksjoner. De store organisasjonene har en mer divisjonalisert organisasjonsstruktur, og et fokus på budsjetter og kontroll, samt deltakelse i budsjetteringen.

### *Strategi*

Organisasjoner med en konservativ, forsvarsorientert og kostnadslederskapsbasert strategi vil i større grad assosieres med formelle og tradisjonelle styringssystemer hvor de er opptatt av kostnadskontroll, operasjonelle mål og budsjetter med tilhørende strenge budsjettkontroller, i forhold til strategier som er entreprenørbaserte og produkt differensieringsbaserte. I produkt differensieringsstrategiene vil organisasjoner benytte en konkurransefokusert strategi og en tilpasningsstrategi. Den konkurransefokuserte strategien kjennetegnes ved et bredt styringssystem som brukes til planleggingsformål, og tilpasningsstrategien assosieres med aggregerte, integrerte og tidsriktige styringssystem i den hensikt å ta operasjonelle beslutninger. Entreprenørstrategier kjennetegnes både ved formelle, tradisjonelle styringssystemer og organiske beslutningsprosesser og kommunikasjon. Sammenlignet med undersøkende strategier som krever mer uformelle, åpne og subjektive styringssystemer, vil forsvarsstrategier karakteriseres ved formelle prestasjonsmålingssystemer hvor budsjettmessige resultatmål er inkludert.

### *Nasjonal kultur*

Nasjonal kultur vil ha en direkte effekt på styringssystemet på grunn av at kontrollproblemer er atferdsproblemer, og organisasjonen vil måtte tilpasse styringen etter kulturen som de opererer i. Kultur vil være en aktuell faktor å ta hensyn til ved et styringssystem nettopp fordi forskjellige land har spesielle kulturelle kjennetegn. Eksempelvis er maktdistanse, kortsiktig/langsiktig orientering, kollektivism/individualisme, maskulinitet og usikkerhetsunnvikelse egenskaper som har vært brukt til å studere hvilken innflytelse kulturen har i forbindelse med hvordan land velger å utforme sine styringssystemer. Imidlertid har ikke forskningen om kulturens effekt på

styringssystemene ført til noe konkret resultat, og det er få entydige funn. Det eneste som er sikkert er at nasjonal kultur påvirker hvordan land designer sitt styringssystem.

## 2.6 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi presentert det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for vår analyse. Teorier om reformer i offentlig sektor kan forklare hvorfor økonomistyringen i offentlig sektor er forskjellig fra privat sektor. Teoriene bidrar til en forståelse for hvilke styringsutfordringer sektoren står ovenfor når reformer skal innføres i kommunene. Det vil blant annet kunne oppstå utfordringer knyttet til løse koblinger i styringsprosessene. Det er et større fokus på prestasjonsmåling og horisontal styring enn det har vært tidligere, og dette illustreres gjennom teoriene om økonomistyring i offentlig sektor. Videre antar vi at innføringen av reformer vil være påvirket av institusjonelle omgivelser. Reformen brukes som et legitimerende verktøy uavhengig om de skaper en bedret effektivitet for kommunene. I tillegg vil innføringen av reformer kunne føre med seg mange prinsippal agent-relasjoner. Prinsippal agent-teorien vil gi innsikt og forståelse for hvordan offentlig sektor fungerer. Avslutningsvis antar vi at innføringen av reformer i kommunene vil påvirkes av kontekstspesifikke faktorer. Dette illustreres ved hjelp av betingelsesteorien. Teorispennet i oppgaven vil bidra til at diskusjonen av de empiriske funnene klargjør hvilke styringsutfordringer som oppstår når en standardisert reform blir innført i forskjellige kommuner.

### 3 METODE

I dette kapittelet vil vi presentere og begrunne de metodevalgene som er tatt i oppgaven vår. Vi vil her først presentere vårt vitenskapsteoretiske ståsted, for deretter å begrunne hvordan datainnsamlingen er gjennomført og hvilke metoder vi har brukt når vi har analysert datamaterialet. I tillegg vil vi drøfte noen etiske problemstillinger som kan oppstå ved denne typen forskning. Vi vil avslutte med våre refleksjoner rundt oppgavens validitet og reliabilitet.

#### 3.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED

Valg av metode vil være farget av vårt syn på virkeligheten og hvilken type kunnskap vi mener er relevant. Hva vi mener eksisterer vil være med å legge premissene for vårt kunnskapssyn. Og det vil ikke være mulig å ta velbegrunnede metodevalg uten å være bevisst om hvordan valg av metode henger sammen med vårt ontologiske plan og våre epistemologiske kriterier (Nyeng, 2004). Nyeng (2004, s. 212) definerer ontologi slik: «Læren om det værende, det vil si hva det vil si for ulike ting å eksistere». Vårt ontologiske fundament handler om forståelsen av verdensbildet, og hva virkeligheten er bygd opp av. I tillegg vil menneskesynet og vår forståelse av mennesket være en del av de ontologiske forutsetningene (Nyeng, 2004). Nyeng (2004, s. 209) definerer epistemologi slik: «Erkjennelseslære - læren om kunnskap og kunnskapstilegnelse». Før data skal samles inn er det viktig å gjøre seg en oppfatning om hva kunnskap er, og hvilken type kunnskap forskeren ønsker å finne ut noe mer om (Nyeng, 2004).

Innenfor enhver menneskevitenskapelig forskning finnes det to hovedretninger for hvordan forskeren kan nærme seg den sosiale virkeligheten, enten gjennom en hermeneutisk tilnærming eller en positivistisk tilnærming. Disse tilnærmingene til den sosiale virkeligheten er vesensforskjellige ved at deres ontologiske og epistemologiske syn avviker fra hverandre. Positivismen baserer seg på naturvitenskapen, og tror på lovmessigheter. Retningen har et objektivt virkelighetssyn, og ønsker å avdekke generelle fenomener basert på kvantifiserbar fakta, for så å formulere teorier om disse (Nyeng, 2004).

Hermeneutikk betyr forståelselære, og har en fortolkende tilnærming. I hermeneutikken er det et ønske å forstå meningsfulle fenomener, og disse må ses i lys av en større kontekst for å kunne forstå betydningen av dem. Hermeneutikken har et sosialt konstruert virkelighetssyn og søker

forståelse gjennom forskning. Den hermeneutiske sirkel betegner at ens egne fortolkninger alltid blir begrunnet ved å vise til andre fortolkninger. Delene vil kun forstås ut ifra den helheten som de inngår i, og helheten vil kun forstås ut ifra delene (Nyeng, 2004).

Vår oppgave er en flercasestudie av hvilke styringsutfordringer kommunene opplever når de skal innføre en standardisert reform. Valget av teoretisk rammeverk gir et positivistisk ståsted. Men siden vi her har en kvalitativ studie, vil vi også ha en hermeneutisk tilnærming til fenomenene vi studerer. I intervjuene har vi søkt etter bedre kunnskap til å forstå hvilke styringsutfordringer kommunene møter når de innfører en standardisert reform. Ved at informantene sitter i ulike posisjoner i kommunene, med tilhørende ulike perspektiver for hvordan prosessene kan løses, har vi fått en bred og mangfoldig forståelse av våre case. Gjennom en slik tilnærming vil vi ikke kunne generalisere og si at dette gjelder for alle kommunene i Norge, men vi håper derimot at de kan bidra med en viss overførbarhet av kunnskap som kan bidra til en bedre forståelse av konkrete systemer (Nyeng, 2004).

En forskningsprosess foregår i følge Johannesen, Tufte og Kristoffersen (2011) i fire faser. Disse fasene er forberedelse, datainnsamling, dataanalyse og rapportering.

### 3.2 FORBEREDELSE

Både forskning og studentprosjekter starter med en eller annen virkelighet som man ønsker mer kunnskap om (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011, s. 36). I den forberedende fasen vil vi utvikle en problemstilling som følge av de spørsmålene vi ønsker å finne svar på. Her vil vi også ta stilling til hva vi mener er formålet med forskningen og hva denne forskningen kan bidra med. Problemstillingen vil bidra til å bestemme hvilke teorier og forskningsmetode som vil være naturlig i forskningen. Den bidrar også til å avgrense og gi retning for det videre arbeidet. Når vi har utformet problemstillingen vil vi velge forskningsdesign som gjør at vi kan besvare problemstillingen. Denne planen for hvordan vi skal besvare forskningsspørsmålene kan klassifiseres etter ulike dimensjoner. Jacobsen (2005) velger følgende:

1. Om studien er ekstensiv eller intensiv?
2. Om studien er beskrivende eller forklarende?

Den første går ut på om vi velger å gå i dybden eller i bredden, altså hvor mange variabler og enheter vi ønsker å studere. Grunnen til at vi bør ta en avveining her er at det enten vil bli kostnadskrevenende eller tidkrevenende å gjøre begge deler. Vi velger å gjennomføre en casestudie hvor vi skal undersøke hvilke styringsutfordringer som oppstår når Oppdal, Gran og Lunner kommuner skal innføre samhandlingsreformen. Vi ønsker derfor å se på mange variabler og få enheter. Vi har velger dermed en intensiv design. Årsaken til dette er at vi ønsker å få et helhetlig bilde av et fenomen, en hendelse eller en situasjon med så mange nyanser og detaljer som mulig.

Tjora (2010, s. 192) definerer en casestudium som «en undersøkelse som gjøres i en situasjon/sted/enhet som har en naturlig avgrensning, uavhengig av forskningsprosjektet, for eksempel en organisasjon, en institusjon, en festival, en bygd eller en medisinsk diagnose». En casestudium egner seg når vi ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse, når vi ønsker å beskrive hva som er spesifikt med et spesielt sted eller når vi ønsker å utvikle teorier (Jacobsen, 2005). Casestudier vil ofte kunne betegnes som eksplorative da forskeren ikke vet hva han kommer til å finne (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2011). Vår oppgave kan defineres som en flercasestudie, da dette er en undersøkelse av flere ulike case for å avdekke forskjeller eller likheter mellom dem (Tjora, 2010). Årsaken til at vi har valgt akkurat disse tre casene er fordi Oppdal som er en middels stor kommune har valgt å gjennomføre reformen i egen regi, noe som er ganske uvanlig. Gran og Lunner kommuner er valgt fordi de velger å løse deler av reformen som et interkommunalt samarbeid med kun disse to kommunene, og har dermed ikke knyttet seg til et større samarbeid.

Analyseenhetene i vår oppgave er enkeltindivider med sentrale posisjoner i forhold til samhandlingsreformen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Når disse enkeltindividene referer kun til seg selv vil de kalles absolutte enheter (Jacobsen, 2005). Våre case er på et høyere nivå, da vi ser på flere kollektive enheter i form av Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Disse kollektive enhetene består av flere ulike personer og grupper. Vi ønsker å beskrive situasjonen i de ulike kommunene ut fra hva vi tolker gjennom det som blir sagt i intervjuene med enkeltpersoner og de dokumentene vi leser.

Undersøkelsesoppleggets andre dimensjon går ut på om forskeren ønsker å beskrive eller forklare. I en forklarende studie vil forskeren ønske å si noe om årsak og virkning. Vår studie blir dermed en beskrivende studie, der vi ønsker å beskrive hvilke styringsutfordringer kommunene møter når de innfører en standardisert reform.

### 3.3 DATAINNSAMLING

Det er mange ulike måter å gjennomføre undersøkelser på og det er mange former for data (Johannessen, Tufto og Christoffersen, 2011). I denne fasen må det vurderes hvem som kan delta i forskningen, og det må tas stilling til utvalgsstørrelse, utvalgsstrategi og rekruttering.

#### 3.3.1 VALG AV METODE

Vår forskningsprosess kan betegnes som induktiv. Tjora (2010) definerer induktiv som forskning som er eksplorerende og/eller empiridrevet. Vår tilnærming er ikke fullstendig induktiv, da vi etter datainnsamlingen har gått tilbake og justert vår problemstilling. I denne fasen må vi skille mellom kvalitative data og kvantitative data, da det er forskjell på hvilken informasjon som hentes inn i de ulike metodene. Kvantitative data er empiri i form av tall, enten naturlige tallstørrelser eller symboler for ord. Kvalitative data er empiri i form av ord som formidler mening (Jacobsen, 2005 s. 124). Vi ønsket i vår oppgave å få frem flest mulig nyanser for best mulig å kunne beskrive situasjonen i våre ulike case, og det har derfor vært hensiktsmessig å samle inn kvalitative data. Flere av årsakene til at vi valgte en kvalitativ metode er sammenfallende med årsakene til at vi valgte en intensiv design. Vi har strukturert informasjonen etter ulike kategorier og variabler etter at informasjonen er samlet inn.

Jacobsen (2005) trekker frem ulike fordeler og ulemper ved å foreta en kvalitativ studie. Vi vil her nevne noen av dem vi mener er relevante for vår oppgave. Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at den er relativt åpen, fordi informanten får muligheten til å gi den informasjonen han eller hun ønsker. En annen styrke ved den kvalitative metoden er at dataene som hentes inn er nyanserte, det vil si at den enkelte respondent gir sine meninger og fortolkninger. I utgangspunktet har vi en problemstilling som vi ønsker svar på, men denne kan endres ettersom vi får vite mer. Gjennom kvalitativ forskning er ikke prosessen låst, den vil være

mulig å endre på underveis. Det finnes også flere ulemper med en slik metode, dette er blant annet at en slik metode er ressurskrevende, intervjuer tar lang tid å gjennomføre og bearbeide i ettertid. Det oppstår også prioriteringer der vi må velge enkelte variabler foran andre. Selv om en kvalitativ metode inneholder både fordeler og ulemper, mente vi at dette var den beste metoden for å kunne svare på vår problemstilling. Denne metoden lar oss gå i dybden, der vi kan hente ut tanker og meninger hos den enkelte informant.

Vi har benyttet både intervjuer og dokumentstudier som innsamlingsmetode. Grunnen til at vi har valgt begge disse metodene er på grunn av et ønske om å få mest mulig kunnskap om det området vi ønsker å studere. En slik kombinasjon av metoder gjør at vi har belyst det vi studerer fra flere ulike perspektiv. Intervjuene vil hjelpe oss med å avdekke hvilke meninger informantene hadde, og disse ville dermed være utfyllende for de dokumentene vi har lest.

### 3.3.2 DOKUMENTSTUDIER

Dokumentstudier kjennetegnes ved at forskeren i hovedsak bruker dokumenter som er produsert for andre formål enn forskning (Tjora, 2010). Jacobsen (2005) trekker frem tre situasjoner hvor dokumentundersøkelser egner seg:

1. når det er umulig å samle inn primærdata
2. når vi ønsker å få tak i hvordan andre har fortolket en viss situasjon eller hendelse
3. når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt eller gjort

Som vi ser er dokumentstudier en egnet metode for oss da det har vært relevant å avdekke hvordan andre har tolket ulike situasjoner som har oppstått i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Gjennom ulike rapporter og vedtak fikk vi også innblikk i hva som faktisk har blitt sagt eller gjort i de ulike situasjonene. Dokumentene er brukt for å danne et helhetsperspektiv av hvilke styringsutfordringer kommunene har møtt ved innføringen av samhandlingsreformen. De er hovedsakelig brukt til å presentere konteksten og milepælene i empirikapitlet, og har også dannet grunnlaget for vår intervjuguide.

Dokumentene våre er både case-spesifikke og generelle. Vi har blant annet studert dokumenter som produsert av de ulike kommunene. De fleste av dokumentene er hentet fra kommunenes



egne nettsider, i tillegg har vi fått tilsendt noen av dokumentene per e-post fra våre informanter. Dokumentstudien har også bestått av avisartikler fra lokalaviser i området, i tillegg til ulike statlige dokumenter som stortingsmeldinger og lignende. Dokumentene har blitt samlet inn gjennom hele prosessen, og har vært bakgrunnen for utvikling av blant annet intervjuguiden. Under presenteres en tabell over de dokumenter og rapporter vi har benyttet i oppgaven. Vi har også hentet inn dokumenter for å studere hvordan innføringen av samhandlingsreformen har gått.

<b>Oppdal</b>
<i>Offentlige dokumenter</i>
Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SIO) - Forslag til fremtidig samarbeid. Arkivsak nr: 2010/1711-56
Interkommunalt samarbeid i forbindelse med Samhandlingsreformen. Arkivsak nr: 2009/1462-1
Oppnevning av lokal arbeidsgruppe i forbindelse med prosjektet Samhandlingsreformen i Orkdalregionen. Arkivsak nr: 09/1462-6
Notat. Samhandlingsreformen i Oppdal. Vegvalg for gjennomføring etter 1.1.12. Arkivsak nr: 2009/1462-12
Samhandlingsreformen i Oppdal - valg av alternativ for gjennomføring. Arkivsak nr: 2009/1462-23
Møte med Helse Midt-Norge - oppsummering. Arkivsak nr: 2009/1462-24.
Uttalelse vedrørende Samhandlingsreformen i Oppdal. 21.08.2011
Ståstedsanalysen 2010. Datagrunnlag fra arbeidsprosessen i de lokale arbeidsgruppene. 09.10.2010
Veien til SIO helseregion – statusrapport. 20.06.2011
Videre legevaktssamarbeid med Rennebu og legevakttelefonentral ved Orkdal sjukehus. Utredning. Arkivsak nr: 2010/314-3
Alternativer til ny legevaktordning for Oppdal. Utredning. Arkivsak nr: 2010/314-9
Legevaktordning i Oppdal. Arkivsak nr: 2010/314-13
Samlokalisering i Oppdal Distriktsmedisinske Senter. Arkivsak nr: 2011/595-6
Drift av legevakt. Arkivsak nr: 2011/595-12
Avtale om økonomisk samarbeid med legene. Arkivsak nr: 2011/595-15
Avtale om økonomisk samarbeid med legene - fornyet behandling. Arkivsak nr: 2011/595-20
Distriktsmedisinsk senter i Sunndal - hovedprosjekt. Samarbeidsmøte med Oppdal kommune. 12.03.2012
Samhandling med Sunndal kommune. Arkivsak nr: 2012/175-17
Oppdal Distriktsmedisinske senter KF - fullmakt til utbygging og låneopptak. Arkivsak nr: 2009/888-20
<i>Aviser</i>
OPP – LEDER. 12.05.2010
OPP - Ribbes for lokale helsetjenester. 10.06.2011
OPP - Vurderer helsesamarbeid. 14.10.2011
OPP - Åpen for felles legevakt. 14.10.2011
OPP - Millionsluk for kommunen. 20.04.2012
OPP - Helsesamarbeid smuldrer opp. Oppdal og Sunndal kom ikke i mål med samarbeid. 01.06.2012
Opdalingen - Travlere etter reformen. 16.10. 2012
OPP - "Legesenter settes på vent" og "Bøyde av for AP-press". 14.12.2012
OPP - Legger "St.Olas" på is. 25.01.2013
Opdalingen - Uforsvarlig å bygge. 24.01.2013
Opdalingen - Går for legevakt i Orkdal. 31.01.2013
OPP - " Krever svar om ny garasje" "Utvider legevaktordningen". 01.02.2013
OPP - Legene vil ha samling. 08.02.2013
OPP - Ikke plass til Oppdal. 26.04.2013

<b>Hadeland</b>
<i>Offentlige dokumenter</i>
RO-rapport: Samhandlingsreformen på Hadeland. Konsekvensanalyse; alternative modeller for dimensjonering av et lokalmedisinsk senter.
RO-rapport: Samhandlingsreformen på Hadeland. Interkommunalt samarbeid eller egenregi, Argumentasjonsnotat
Prosjekt "Samhandlingsreformen på Hadeland" Forprosjektrapport
Samhandlingsreformen på Hadeland, Delprosjektgruppe: Lokalmedisinsk senter og intermedisæravdeling
Samhandlingsreformen på Hadeland, Delprosjektgruppe: Folkehelse - forebyggende helsearbeid
Samhandlingsreformen på Hadeland, Delprosjektgruppe: Personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer
Samhandlingsreformen på Hadeland, Delprosjektgruppe: Habilitering/rehabilitering
Samhandlingsreformen på Hadeland, Delprosjektgruppe: Personer med demens med atferdsproblemer
Gran kommune: "Opptur - et utviklingsprosjekt for gode omsorgstjenester" Framtidas omsorgstjenester i Gran
Gran kommune: "Opptur" og Samhandlingsreformen
Gran kommune: 112/12 Samhandlingsreformen I Lunner og Gran - sluttbehandling av prosjektrapport om interkommunalt samarbeid. Arkivsak nr: 11/01075-26
Lunner kommune: Reform i Lunner
Lunner kommune: Reform i Lunner: Lunner omsorgs- og rehabiliteringssenter
Lunner kommune: Samhandlingsreformen for Lunner og Gran - Interkommunalt samarbeid eller egen regi. Arkivsak nr: 10/2138-32
Lunner kommune: Samhandlingsreformen for Lunner og Gran - Interkommunalt samarbeid (IS) eller i egen regi. Arkivsak nr: 10/2138-43
<i>Aviser</i>
Hadeland: Tvinges til samarbeid. 22.06.2009
Hadeland: Tenk samhandling. 04.11.2009
Hadeland: Noe unikt i Lunner. 21.11.2012
Hadeland: Ombestemte seg i siste liten. 23.11.2012
Hadeland: Utsatte strukturen. 01.02.2013
Hadeland: Ikke råd til helsetiltak. 29.04.2013
<b>Annet</b>
Helsedirektoratet: Nøkkeltall, status og utvikling i helse- og omsorgssektoren
Kommunesektorens organisasjon: Kommunal medfinansiering kan bli dyrere enn forutsatt. 25.06.2012
Avisen Nordland: Syke Bodøfolk gir millionunderskudd. 10.10.2012
Adressa: Støre vil løfte folkehelsen. 19.04.2013

*Tabell 1 Dokumentliste*

Hovedproblemet når vi bruker sekundærdata er at dataene vanligvis er samlet inn og brukt i en helt annen hensikt enn det vi har (Tjora, 2010). Det har vært viktig at å ta hensyn til dette da vi analyserte og tolket disse dokumentene opp mot vår problemstilling.

### *3.3.3 INTERVJUER OG UTVELGELSE AV INFORMANTER*

I tillegg til dokumentstudiet har vi valgt å gjennomføre intervjuer som datainnsamlingsmetode. Vi ønsket å bruke intervjuer for å søke mest mulig dybde i de casene vi har sett på. Av hensyn til at vi ønsket den enkelte informant sin mening om saken, har vi valgt å gjennomføre det Jacobsen

(2005) kaller åpne individuelle intervju. Det åpne individuelle intervjuet egner seg når (Jacobsen, 2005):

1. når vi ønsker å undersøke relativt få enheter
2. når vi er opptatt av hva den enkelte informant sier
3. når vi er interessert i hvordan den enkelte person oppfatter og tolker et spesielt fenomen

Vi valgte å gjennomføre alle intervjuene ansikt til ansikt, da vi følte dette skapte et tettere og bedre forhold til informantene. Som følge av at vi ønsket å intervju personer i ulike posisjoner i kommunene valgte vi å gjennomføre to ulike typer av intervjuer, med ulike strukturingsgrad og dermed også ulik tidsbruk. Den ene typen kan karakteriseres som en intervjuguide med tema, fast rekkefølge og kun åpne svar (Jacobsen, 2005). Dette intervjuet la vi opp til at skulle vare fra én time til halvannen time. Den andre typen er en intervjuguide med spørsmål i en fast rekkefølge med innslag av åpne svar, dette intervjuet hadde en varighet fra ca. 30 minutter til 45 minutter, alt etter hvor mye informantene ønsket å fylle inn. Grunnen til at vi lot alle informantene fylle ut litt innimellom er at vi fikk muligheten til å få informasjon ut over det som det hovedsakelig ble spurt om. Intervjuene har vært viktig for å kunne fylle ut og utdype det vi har lest i dokumentene. For å utvikle intervjuguidene skaffet vi oss kunnskap gjennom de ulike dokumentene og ulike teoretiske antakelser. Intervjuguidene våre har en felles del, i tillegg til at vi har hatt en del som omfatter hver av kontekstene.

Informant	Dato	Varighet	Sted	Kommune	Intervjuguide
A	25. februar	29 minutter	Møterom, Gran Rådhus	Gran	2
B	25. februar	88 minutter	Møterom, Gran Rådhus	Gran	1
C	25. februar	68 minutter	Møterom, Gran Rådhus	Lunner	1
D	25. februar	40 minutter	Møterom, Gran Rådhus	Gran	2
E	25 februar	77 minutter	Kontoret til E, Oppdal Rådhus	Oppdal	1
F	25. februar	40 minutter	Oppdal helsesenter	Oppdal	2
G	27. februar	30 minutter	Kontoret til G, Oppdal Rådhus	Oppdal	2
H	28. februar	32 minutter	Kontoret til H, lokalt legesenter	Oppdal	2
I	1. mars	59 minutter	Møterom, Oppdal Rådhus	Oppdal	1

*Tabell 2 Informantoversikt*

Vi delte intervjuene i to, da vi har forholdt oss til hvert vårt hjemsted. Anneline med hjemsted i Oppdal kommune foretok intervjuene der, mens Randi med hjemsted i Gran foretok intervjuene for Gran og Lunner kommuner. Vi valgte denne løsningen fordi den var praktisk med tanke på reising og gjennomføringen av intervjuene. Da vi skulle velge informanter satte vi som

forutsetning at alle skulle ha en tilknytning til samhandlingsreformen. Gjennom våre kontaktpersoner i kommunene fikk vi forslag til informanter og satte opp ønsker til hvem vi hadde lyst til å snakke med. Denne måten å rekruttere informanter på kalles snøballmetoden. Metoden går ut på at vi rekrutterer informanter ved at vi som forskere søker å komme i kontakt med personer som vet mye om temaet som undersøkes. Disse informantene eller kontaktpersonene kan igjen henvise til andre som det kan være aktuelt å snakke med. De fleste av våre informanter er ansatte i kommunenes administrasjon.

I metodelitteraturen skilles det ofte mellom to grupper av intervjusteder, en situasjon som oppleves naturlig for intervjuobjektet og en situasjon som oppleves kunstig for intervjuobjektet (Jacobsen, 2005). Vi har gjennomført alle intervjuene i det som kan kalles naturlige omgivelser, da vi enten har vært på arbeidsplassen til vedkommende eller vi har vært et sted som har tilknytning til arbeidsplassen til vedkommende. Dette gjorde at informantene var mer komfortable i situasjonen, og dermed var mer villig til å dele informasjon med oss. Før intervjuet startet informerte vi alle våre informanter om hva som var hensikten med studien og hvordan vi så for oss at intervjuet skulle foregå. Alle informantene fikk også utdelt en samtykkeerklæring som de signerte.

Vi valgte å bruke båndopptaker i alle intervjuene da vi foretok intervjuene hver for oss. Dette gjorde vi for å kunne konsentrere oss om hva informanten sa, og slik at vi unngikk å notere mye underveis i intervjuet. Lyddopptak skaper og så en enklere prosess med tanke på sitatsjekk. Våre intervjuguiden er basert på hvordan Tjora (2010) mener forskeren kan strukturere intervjuet. Han deler intervjuet opp i tre faser: oppvarming, refleksjon og avrunding.

I oppvarmingsfasen stilte vi enkle konkrete spørsmål om for eksempel stilling, erfaring og ansvar. Dette var spørsmål som ikke krevde mye refleksjon og ville derfor bidra til at informanten følte seg komfortabel i situasjonen. I denne delen stilte vi også spørsmål om vedkommende sin kjennskap til samhandlingsreformen for å sette konteksten. Det ble en glidende overgang over til den neste fasen da de fleste av informantene allerede i denne fasen reflekterte over spørsmålene og tok seg god tid til å svare.

Hoveddelen av intervjuet inneholdt spørsmål som krevde refleksjon, og vi hadde på forhånd satt opp noen temaer vi ønsket å vite mer om. Vi opplevde at informantene i noen grad svarte på spørsmål som kom senere i intervjuguiden, og dette gjorde at vi måtte «endre» intervjuguiden underveis. Noen av informantene trengte veldig få oppfølgingsspørsmål for å reflektere og fortelle, mens andre trengte mange og svarte relativt kort på de spørsmålene vi stilte. I de lange intervjuene ga vi også rom for digresjoner for å kunne få interessant informasjon som det ikke ble spurt om. Det oppstod også behov for at vi måtte forklare spørsmålene mer inngående hvis informantene ikke forstod spørsmålsstillingen. Vi hadde på forhånd diskutert oss gjennom intervjuguiden, laget flere oppfølgingsspørsmål og definert begreper slik at vi skulle ha en felles forståelse av intervjuguiden og hva vi ønsket å få ut av intervjuene.

I avrundingsfasen stilte vi oppsummerende spørsmål og spørsmål tilknyttet den enkelte kommunen. Dette ga informantene en mulighet til å uttrykke sitt syn på situasjonen og tanker rundt det som hadde skjedd i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Deretter informerte vi om prosessen videre, og spurte om hva informantene synes om intervjusituasjonen og bruk av båndopptaker. Der informantene hadde tid ble vi sittende igjen å snakke etter at intervjuet var over. Etter hvert intervju skrev vi et refleksjonsnotat om hvordan vi oppfattet intervjuet og informanten. Dette gjorde vi for å kunne fange den stemningen som lå i rommet underveis i intervjuet, slik at den av oss som ikke var med på intervjuet kunne få innblikk i dette senere.

Inntrykket vi sitter igjen med etter å ha gjennomført alle intervjuene var at ingen av informantene følte seg ubekvemme i situasjonen. Alle snakket åpent om det de ble spurt om, selv om noen selvfølgelig hadde mer refleksjoner og digresjoner enn andre. Både vi og informantene synes ikke det var noe problem med båndopptaker, og vår erfaring er at den ble glemt så fort vi kom i gang med intervjuet.

### 3.4 DATAANALYSE OG RAPPORTERING

I denne delen av prosessen vil data som er samlet inn, nå analyseres og tolkes (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2011). Før vi begynte med analysen måtte vi redusere den mengden med data vi hadde. Med mange dokumenter og over hundre sider med transkriberte intervjuer, var det

viktig at å redusere datamengden før vi gikk i gang med analysearbeidet. Det var også nødvendig å lage et rammeverk for å kunne formidle informasjonen vi fant. Teorier, hypoteser og vår forforståelse har vært viktige utgangspunkt for dataanalysen. Johannesen, Tufte og Christoffersen (2011) tar utgangspunkt i at dataanalysen har to hensikter:

1. Organisere data etter tema: Her reduserte, systematiserte og ordnet vi datamaterialet. Dette la et godt grunnlag for analysen, uten at vi mistet viktig informasjon.
2. Analyse og tolkning: Her utviklet vi fortolkninger av og perspektiver på den informasjonen som lå til grunn i datamaterialet, og forsøkte dermed å identifisere temaer og mønstre slik at vi kunne skape en type struktur for videre arbeid og rapportering.

I vår eksplorative casestudie har teori bidratt til å spesifisere hva som har blitt studert. Vår analyse har derfor vært teoristyrte og tolkningene er også blitt gjort mot eksisterende teorier på området. Analysen har blitt gjennomført ved at vi har kodet alle intervjuene etter overordnede variabler, som vi igjen har koblet sammen ved hjelp av disse kodingene. I kodingene har vi dermed sett etter fellestrekk som kan presenteres sammen og som til slutt danner våre funn. Til slutt har vi tolket og analysert vår empiri opp i mot det teoretiske rammeverket.

Gjennom rapporteringen har vi presentert det teoretiske utgangspunktet og begrunnet de valgene vi har tatt underveis i prosjektet for å avslutte med funn og konklusjon. Rapporteringen i vår oppgave vil skje gjennom denne oppgaven, og her er kvaliteten i forskningen dokumentert.

### 3.5 FORSKNINGSETIKK

Det er viktig at forskning er underordnet etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Dette er fordi forskning kan få konsekvenser for andre mennesker (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011). Det første steget mot god forskningsetikk er å melde inn prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Vårt prosjekt ble meldt inn og godkjent før datainnsamlingen startet.

Det finnes flere ulike retningslinjer for forskning som vi mener det har vært viktig å ivareta. Alle våre informanter har hatt rett til selvbestemmelse og autonomi. Gjennom å motta informasjon på forhånd, og lest og signert samtykkeerklæring føler vi at informantene har fått

muligheten til selv å bestemme om han eller hun ønsker å delta. Vi ga også beskjed om at det ville være mulig å trekke seg underveis i studien. Ingen av våre informanter har valgt å gjøre dette.

Vi har vært forsiktige med tanke på spørsmål om privatlivet til informantene. Gjennom nøye bearbeidelse av intervjuguiden føler vi at vi klarte å unngå denne typen spørsmål. Vi mener det har vært viktig å anonymisere data, da vi har spurt om enkeltpersoners mening. Det kunne vært vanskelig for våre informanter å åpne seg for oss dersom vi ikke kunne garantere anonymitet. Det har vært viktig for oss å forsikre oss om at informantene ikke kan identifiseres gjennom sitatene som blir gjengitt i denne oppgaven. For å ivareta dette valgte vi å transkribere alle intervjuene på bokmål, slik at informantene ikke kan bli gjenkjent hvis de har en særegen dialekt. Vi har også gjennomført sitatsjekk slik at vi unngår feilsitering og misforståelser.

### 3.6 KVALITET I FORSKNINGEN

I denne delen har vi valgt å ta utgangspunkt i Tjora (2010) sine kvalitetsindikatorer for evaluering av forskning.

#### 3.6.1 PÅLITELIGHET

Pålitelighet i forskning kan også betegnes som forskningens reliabilitet. Dette handler om hvorvidt det oppfattes en klar sammenheng mellom empirien, analysen og resultatene i undersøkelsen. Dette må for øvrig ikke være styrt av personlige, politiske eller andre faktorer som ikke er redegjort for (Tjora, 2010). Det vil være umulig med fullstendig nøytralitet i kvalitativ forskning, og det er derfor viktig at vi redegjør for hvordan personlig engasjement og kunnskap kan ha påvirket de ulike fasene av forskningsprosessen. I og med at våre case er våre hjemsted hadde vi relevant kunnskap om kontekstene før vi begynte prosessen. Vi hadde i tillegg på forhånd lest om sakene i lokalaviser og hadde dermed dannet oss et bilde av hvordan prosessen hadde foregått. Vi leste også mange dokumenter før vi gjennomførte intervjuene. Dette kan ha vært med på å forme vår oppfattelse av fenomenet. Vi antar imidlertid at dette ikke har påvirket prosessen i nevneverdig grad, men vår bakgrunn har selvsagt innvirkning på tolkning og analyse. Vi mener at dette ikke har hatt en negativ påvirkning for oppgavens pålitelighet. Vi har

heller ikke kommet nærmere inn på enkelte informanter enn andre, slik at vårt syn ikke er farget av enkeltinformanters syn. Fordi dette er våre hjemsted vil vi tolke våre funn på en annen måte enn personer som ikke har den samme tilhørigheten til stedet.

Det er også viktig å forklare hvilken informasjon som er kommet gjennom datagenereringen og hva som er forskernes egne analyser. Ved å ta opp alle intervjuene på tape har vi kunnet bruke sitater i teksten. Dette er med på å styrke påliteligheten. Det er viktig å understreke at all empiri er basert på intervjuinformasjon og dokumentstudier.

Gjennom prosessen har det blitt foretatt mange tolkninger av ulike personers uttalelser. Først ble det utformet en intervjuguide, der spørsmålene ble tolket av informantene. Vi har igjen tolket de svarene vi fikk av våre informanter. Det vil derfor ikke være en objektiv virkelighet vi legger frem. Det som presenteres er informantenes tolkning av virkeligheten og vår tolkning er igjen basert på informantens tolkning. Hvis andre forskere hadde intervjuet de samme personene ville de antakeligvis tolket empirien annerledes enn det vi har gjort. På en annen side ville vi antakelig fått andre svar hvis vi hadde intervjuet andre personer, da disse svarene igjen ville ha blitt tolket av oss.

### 3.6.2 GYLDIGHET

Når det snakkes om gyldighet i forskning kan også begrepet validitet brukes. Gyldighet innenfor kvalitativ forskning handler om de svarene vi får ut av forskningen, faktisk er svar på de spørsmålene vi har prøvd å stille. «Vi kan styrke gyldigheten ved å være åpne på hvordan vi praktiserer forskningen, ved å redegjøre for de valg vi tar og ved å være sensitive for faktorer som er vesentlige innenfor tematikken vår, og om dette endrer seg» (Tjora, 2010 s. 179). Alle våre informanter hadde mye kunnskap om fenomenet vi ønsket å studere. Av våre kontaktpersoner i kommunene ble vi tipset om andre som kunne være aktuelle å intervju. Andre informanter kunne kanskje gitt andre resultater, men dette var en fremgangsmåte som var hensiktsmessig for oss da vi hadde lite kunnskap om fenomenet ved oppstarten av oppgaven. For å styrke vår validitet har vi foretatt sitatsjekk med våre informanter.



### 3.6.3 GENERALISERING

Tjora (2010) presenterer tre ulike typer for generalisering innenfor kvalitativ forskning:

- Naturalistisk generalisering: Forskeren redegjør godt nok for detaljene i det som er studert, slik at leseren selv kan vurdere om funnene vil ha gyldighet for eksempel for leserens egen forskning.
- Moderat generalisering: Forskeren beskriver i hvilke situasjoner resultatene av forskningen vil kunne være gyldige.
- Konseptuell generalisering: Utvikling av konsepter, typologier eller teorier som vil ha relevans for andre case enn det som er studert.

Vår oppgave dreier seg om tre spesifikke case. Vi har pekt på styringsutfordringene som kan oppstå når Gran, Lunner og Oppdal kommuner skal innføre og gjennomføre samhandlingsreformen. De utfordringene vi har kartlagt *kan* også gjelde for andre kommuner når de skal innføre og gjennomføre samhandlingsreformen, men generalisering her vil ikke være mulig. Dette har heller ikke vært vårt mål med denne studien.

### 3.6.4 TRANSPARENS

Transparens kan også betegnes som gjennomsiktighet. Dette handler om at vi har vært åpne om hvilke valg vi har foretatt underveis i forskningsprosessen. Dette er det vi har forsøkt å kartlegge i dette kapitlet.

## 4 EMPIRI

I dette kapitlet vil vi først presentere samhandlingsreformen. Videre vil vi beskrive våre tre casekommuner og hvordan disse har valgt å løse utfordringene som er skissert i reformen. For å gjøre framstillingen mer oversiktlig har vi også lagt en milepælsoversikt i kapittel 4.2. Til slutt vil vi presentere våre funn fra intervjuene og dokumentstudien.

### 4.1 KONTEKST

I dette delkapitlet vil vi først presentere samhandlingsreformen og hva denne reformen innebærer for kommunene. Deretter vil vi presentere Oppdal kommune og deres innføring av samhandlingsreformen. Videre skisserer vi Gran kommune og deres innføring av reformen før vi gir en beskrivelse av Lunner kommune og deres innføring av reformen. Til slutt i dette kapitlet presenterer vi regionen Hadeland og den planlagte innføringen av samhandlingsreformen på Hadeland.

#### 4.1.1 SAMHANDLINGSREFORMEN

St.meld. nr. 47 ((2008-2009)) om Samhandlingsreformen - *rett behandling på rett sted til rett tid* ble presentert 19.juni 2009. Samhandling defineres her som: «et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte». Med reformen ønsker staten å gjøre en allerede god helse- og omsorgstjeneste enda bedre (St.meld. nr. 47, (2008-2009)) ved å sikre god kvalitet og en god ressursutnyttelse (Meld. St. 16, (2010-2011)). Et av de viktigste utviklingsområdene for helse- og omsorgssektoren bør være en bedre samhandling. I kapittel nummer én presenterte vi tre utfordringer som er skissert i forbindelse med velferdsdiskusjonen i Norge. Kjernen i samhandlingsreformen er å svare på disse utfordringene.

I St.meld. nr. 47 ((2008-2009)) presenteres det flere ulike tiltak som vil være med å bidra til at målsetningene for helsepolitikken realiseres. I tillegg til et ønske om å skape en klarere pasientrolle ved å fokusere på det helhetlige pasientforløpet, vil reformen legge føringer for tidlig innsats og helsefremmende og forebyggende arbeid i sykdomsforløpene. Reformen ønsker å skape en ny fremtidig kommunerolle hvor kommunehelsetjenesten tar over oppgaver og ressurser fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene må selv ta ansvar for å finne passende

samarbeidsmåter, slik at de utnytter de ressurser og den kompetanse som finnes på en mest mulig effektiv måte. Kommunale samarbeid vil spille en viktig rolle i forbindelse med hvordan kommunene skal klare å realisere gevinsten og redusere risikoen med reformen. Reformen forutsetter at kommuner eller samarbeidskonstellasjoner er av en viss størrelse slik at de klarer å håndtere det nye ansvaret som oppstår.

For å støtte oppunder målene i reformen innføres det en rekke økonomiske virkemidler. Kommunene er blant annet pålagt å medfinansiere spesialisthelsetjenesten med 20 % av alle medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Dette kalles kommunal medfinansiering. Samtidig vil det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter overføres til kommunene. Kommunene blir betalingspliktige fra første dagen en somatisk pasient er registrert som utskrivningsklar. Betalingssatsen per døgn for en utskrivningsklar pasient var 4000 kr i 2012, og kommunene får overført midler fra staten i forbindelse med dette ansvaret. Dette skal sikre at kommunene får et økonomisk insentiv til å etablere tjenestetilbud til utskrivningsklare pasienter, slik at de kan bruke samhandlingsmidlene på andre nødvendige tiltak. Kommunene vil også være pliktige til å ha et øyeblikkelig hjelp-døgntilbud for somatiske pasienter fra 01.01.2016 (Meld. St. 16, (2010-2011)).

#### 4.1.2 OPPDAL KOMMUNE OG SAMHANDLINGSREFORMEN

Pr. 01.10.12 bodde det 6767 innbyggere i Oppdal kommune (Statistisk sentralbyrå, 2012b). Oppdal er den sørligste kommunen i Sør-Trøndelag (Oppdal kommune, 2013b).



Figur 3 Kart over Sør-Trøndelag (Statens Kartverk, 2013)

Oppdal kommune har en målsetning om at alle skal kunne oppleve god livskvalitet. Tre kritiske suksessfaktorer vil være viktige for at kommunen skal kunne nå denne målsetningen (Oppdal kommune, 2011):

- Helse. Målet om opplevelse av god folkehelse i kommunen skal nås ved å fokusere på forebyggende og helsefremmende arbeid.
- Omsorg. Kommunen skal gi trygghet for at innbyggerne skal få hjelp og omsorg dersom de skulle trenge det, og sørge for at innbyggerne får et mest mulig trygt, meningsfullt og selvstendig liv.
- Stedsutvikling. Innbyggerne skal ha en opplevelse av å bo i fremtidsrettet og dynamisk fjellbygd hvor det er fokus på god utvikling i vid forstand.

Kommunens administrasjon er organisert etter en tonivå-modell der rådmannen er øverste administrative leder. Revidert budsjettert netto driftsresultat i 2012 var på 9 538 000 kr, mens netto driftsmargin var på 0,4 %. Kommunen budsjetterer et netto driftsresultat på 11 693 000 kr for 2013, og en netto driftsmargin på 1,0 % (Oppdal kommune, 2012).

*Sammenlignet med mange andre kommuner har Oppdal over tid hatt god evne til å sette tæring etter næring, og nøkkeltallene for kommuneøkonomien viser at vi ikke har etterslep som må tas igjen (Oppdal kommune, 2012, s. 2).*

Oppdal kommune er en del av helseforetaket St. Olavs Hospital som er et av fem helseforetak som ligger under Helse Midt-Norge RHF. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for sykehus- og spesialisthelsetjenestene i Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag (Helse Midt-Norge, 2013). I Oppdal kommune finnes det et sykehjem med 62 sykehjemsplasser (Oppdal kommune, 2013c). I tillegg finnes det 23 omsorgsleiligheter for eldre, disse boligene kalles for Boas (Oppdal kommune, 2013a). Kommunen er kommet godt i gang med å bygge Boas 2 som vil gi 20 nye heldøgnsomsorgsplasser, disse regnes med å bli ferdigstilt til 1. desember 2013 (Oppdal kommune, 2012).

For å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer som ble presentert i St.meld.nr 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen ble det i kommunen tidlig drøftet et eventuelt interkommunalt samarbeid mellom Oppdal og Rennebu kommuner. Parallelt med dette signaliserte Kommunesektorens organisasjon (heretter kalt KS) og fylkesmannen i Sør-Trøndelag at kommunene burde inngå forpliktende samarbeidskonstellasjoner i forbindelse med reformen. Oppdal og Rennebu ble da enige om å vurdere et bredere interkommunalt samarbeid der de inviterte Midtre-Gauldal og Melhus kommuner til et informasjonsmøte, men verken Midtre-Gauldal eller Melhus så det som aktuelt å samarbeide med Oppdal og Rennebu. I tillegg ble det organisert et samarbeid i Orkdalsregionen gjennom prosjektet Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (heretter kalt SiO). I dag består SiO-prosjektet av 13 kommuner, hvorav 10 kommuner ligger i Sør-Trøndelag og tre ligger i Møre og Romsdal (Sør-Trøndelag fylkeskommune, 2012). Målsetningene til SiO går blant annet ut på at de ønsker en tydelig samkjørt SiO helseregion, felles helse- og omsorgsplan og en felles innsats for å begrense og forebygging av sykdom. Legevaktsamarbeidet i Orkdalen (heretter kalt LiO) er lagt inn under SiO (Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen, 2011).

Oppdal var først avventende til å være deltakende i SiO, men etter blant annet sterke føringer fra fylkesgruppa og prosjektets styringsorganer på KS Vårkonferanse i 2010 vedtok Oppdal i juni 2010 å slutte seg til SiO i en utredningsfase (Oppdal kommune, 22.06.2010). Statusrapporten fra utredningsfasen i SiO ble lagt frem i juni 2011 sammen med et forslag til løsning. Kommunestyret i Oppdal var i tvil om en videre deltakelse i en etableringsfase med SiO var det det ønskelige for kommunen. Senere i juni presenterte rådmannen i Oppdal ulike alternativer for hvordan kommunen kunne løse utfordringene. Der viste det seg at full deltakelse i SiO eller å møte reformen alene var de eneste aktuelle alternativene. I starten av september 2011 ble det vedtatt, til tross for legenes faglige anbefaling for fortsatt deltakelse i SiO, at Oppdal kommune skulle løse utfordringene alene (Oppdal kommune, 07.09.2011).

Kommunen fikk senere i september 2011 beskjed fra SiO om at det ikke var mulig for Oppdal å bli medlem i LiO siden kommunen ikke deltok videre i SiO (Oppdal kommune, 14.12.2011). I starten av 2013 fikk kommunen en åpning igjen fra LiO, og vedtok i januar, til tross for at administrasjonen og legene anbefalte en delvis deltakelse, å søke om full deltakelse i LiO. En

full deltakelse i LiO vil si at legevakt driftes fra Orkdal alle tidspunkt utenom legekantorenes åpningstid, mens en delvis deltakelse betyr at kommunen deltar i LiO mellom 20.00 og 08.00 på hverdager (Oppdal kommune, 30.01.2013). I slutten av april 2013 vedtok Vertskommunenemda i SiO at legevaktens kapasitet måtte utredes før søknaden fra Oppdal kunne behandles. Utredningen skal ikke ferdigstilles før 31.03.14. På slutten av 2011 og i begynnelsen av 2012 hadde Oppdal kommune flere møter med Sunndal kommune om et eventuelt interkommunalt samarbeid (Oppdal kommune, 24.05.2012). Kommunene fant etter hvert ut at et slikt samarbeid ville være lite hensiktsmessig, blant annet med tanke på at de er tilknyttet ulike regionale helseforetak.

I 2009 opprettet Oppdal kommune det kommunale foretaket Oppdal Distriktsmedisinske Senter KF. Det kommunale foretaket fikk et mandat om å etablere et helsemessig lokalsenter i Oppdal. Dette lokalsenteret skulle opprettes i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen i kommunen (Oppdal kommune, 23.07.2009), og skulle i størst mulig grad samlokalisere helsetjenestene i bygda (Oppdal kommune, 16.03.2012). I januar 2013 ble det dokumentert at de økonomiske konsekvensene ble for store, og byggetrinn II av Oppdal Distriktsmedisinske Senter (heretter kalt ODMS) ble skrinlagt (Oppdal kommune, 30.01.2013). I 2014 har kommunen bevilget penger til frisklivssentral, og dette starter opp som et prosjekt i 2013.

#### 4.1.3 GRAN KOMMUNE OG SAMHANDLINGSREFORMEN

Gran kommune er en middels stor kommune sør i Oppland fylke med 13 542 innbyggere per 01.01.13. Kommunen er organisert etter en tonivå-modell. (Gran kommune, 2011). Kommunen har to helse- og omsorgssenter, i tillegg kjøpes noen sengeplasser fra private aktører i området. Gran kommune budsjetterte i 2012 med et driftsresultat på 0,7 % av inntektene, og det er også for 2013 forventet et relativt lavt driftsresultat (Gran kommune, 2012a, s. 13).

*«Til tross for noenlunde stabile rammebetingelser gjennom statlige overføringer, har budsjettsituasjonen for 2012, i likhet med tidligere år, vært forholdsvis krevende. Dette i hovedsak fordi det ikke er lagt opp til økonomiske buffere av betydning for å takle endringer som skjer i løpet av året. I tillegg er det et betydelig merforbruk innen helse og omsorg og skole.»*

Kommunen legger vekt på at det vil være viktig å kunne styrke driftsresultatene for å kunne oppnå en sunn økonomi på lengre sikt. Dette vil også være viktig for å kunne frigjøre egenkapital som kan brukes i de mange planlagte investeringene.

Gran kommune har et mål om å gi mennesker med pleie- og omsorgsbehov et forutsigbart og tilpasset tilbud som bidrar til å styrke den enkeltes egenomsorgsevne. Tjenestetilbudet må være fleksibelt og robust nok til å møte fremtidens behov (Gran kommune, 2012a).

Gran kommune satte i gang et prosjekt for å forbedre eksisterende helse- og omsorgstjenester i kommunen i 2007. Prosjektet fikk navnet «OPPTUR – et utviklingsprosjekt for gode omsorgstjenester i Gran». Prosjektet ble avsluttet med vedtak i kommunestyret 18. juni 2009. Dette førte til at Gran kommune var forut for sint tid da de allerede i 2007 begynte å tenke helhetlig pasientforløp og fokus på den enkeltes behov (Gran kommune, 2009). I prosjektrapporten fremheves det en rekke tiltak for å forbedre dagens helse- og omsorgstjenester i kommunen og møte utfordringene som de ser de vil møte i framtiden, blant annet:

- Et nytt praktiserende verdigrunnlag.
- Forståelige og lett tilgjengelige tjenestebeskrivelser og serviceerklæringer.
- Utvikle en forebyggende strategi.
- Økt satsing på hjelpetiltak i folks egne hjem, slik at folk kan oppleve trygghet og bo hjemme lengst mulig.

«Opptur» førte til at kommunen valgte å omorganisere sine helse- og omsorgstjenester i 2010. På grunn av dette prosjektet var Gran kommune klar til å ta imot utfordringene i samhandlingsreformen. Gran har gjort om én avdeling på det ene sykehjemmet til korttidsplasser og har også startet opp med to øyeblikkelig hjelp-plasser, døgntilbud. Denne avdelingen tar dermed imot sykere pasienter enn de tidligere har gjort. Slik det ser ut etter første året av samhandlingsreformen er dette noe Gran kommune klarer å gjennomføre.

#### *4.1.4 LUNNER KOMMUNE OG SAMHANDLINGSREFORMEN*

Lunner kommune er den sydligste av kommunene i Oppland fylke (Lunner kommune, 2011). Per 01.10.12 var innbyggertallet i kommunen 8 874 (Statistisk sentralbyrå, 2012a). Lunner kommune

er organisert etter en tonivå-modell og har ett helse- og omsorgssenter. Kommunen kjøper også noen sengeplasser fra private aktører i området. Lunner kommune har noen økonomiske utfordringer (Lunner kommune, 2012b, s. 6).

*«Hovedutfordringen for 2013 og planperioden er veksten i rettighetsutløst drift uten tilsvarende økte inntekter. Inntektene i form av statsbudsjettet, utbytte fra energiselskapet og annet har vist seg å bli lavere enn i 2012 og finanskostnadene i form av økte avdrag med tilhørende rentekostnader og reduserte renteinntekter forsterker denne ubalansen.»*

Kommunen har utfordringer med å dekke nødvendige investeringer, og budsjettet inneholder ingen avsetning til uforutsette utgifter. Det vil derfor være nødvendig for kommunen å finne omstillingstiltak for å gi økonomisk handlingsrom for å kunne realisere tiltak. Det er satt i gang en rekke aktiviteter for å kunne gi kommunen det økonomiske handlingsrommet som det er behov for (Lunner kommune, 2012b).

I Lunner kommune er helse, pleie og omsorg delt inn i fire tjenestesteder med tjenesteledere. Tjenestelederne har økonomi- og personalansvar innenfor sine områder. Kommunen har et mål om at det skal tilrettelegges for at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig i sine eget hjem. Det blir derfor viktig å dimensjonere tilbudene slik at det kan gis gode tilbud til de som skal ha det, med en best mulig utnyttelse av både teknologi og kompetanse (Lunner kommune, 2012b).

Med bakgrunn i prosjektet «Samhandlingsreformen på Hadeland» ønsket Lunner kommune å se på et alternativ der de løser utfordringene knyttet til reformen i egen regi (Lunner kommune, 2012a). Dette var et bestillingsprosjekt som ble gjennomført fra våren 2012 til høsten 2012. Reform i Lunner skisserer at Lunner kommune mener de kan klare å løse disse utfordringene i egen regi ved å velge en svært enkel modell. Denne modellen ivaretar intensjonen i deler av reformen, men vil på lang sikt ikke lykkes med tanke på forebygging og helsefremmende arbeid. Rapporten forslår tre tiltak:

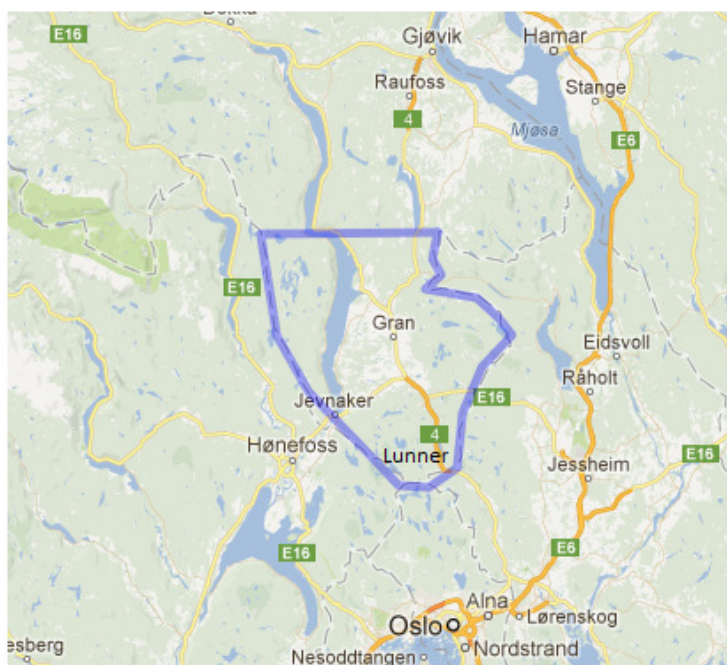
- Forsterke og utvide Lunner omsorgssenter
- Samordning og styrking av psykisk helsetjeneste
- Samle Frivilligsentral og Frisklivssentral i samarbeid med andre aktører



Det er laget en plan om hvordan kommunen skal kunne sette i gang tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgntilbud og at deler av dette tilbudet bør komme i gang med en gang. Det er også satt i gang et innsatsteam ved Lunner omsorgssenter for å møte de framtidige utfordringene. Konklusjonen av rapporten er at Lunner kommune kan klare dette alene dersom de samler fagmiljøene på ett sted.

#### 4.1.5 HADELAND OG «SAMHANDLINGSREFORMEN PÅ HADELAND»

Regionen Hadeland består av kommunene Gran, Lunner og Jevnaker, og er sentralt beliggende mellom Oslo, Hønefoss og Gardermoen. Innbyggertallet for hele Hadeland er ca. 28 900 personer (Regionrådet for Hadeland, 2011). De fleste av samarbeidsavtalene som finnes på Hadeland i dag er organisert som administrativ vertskommunesamarbeid. Gran og Lunner kommuner har fra før av mange samarbeid, og skal i 2013 samle nødetatene sine i et nytt bygg i Gran sentrum. Etatene som skal samles er ambulansetjenesten, brannvesenet, politiet og legevakten (Gran kommune og Lunner kommune, 2012).



Figur 4 Kart over Hadeland (Google Maps, 2013)

Gran og Lunner er en del av Sykehuset Innlandet Helseforetak (heretter kalt HF), som omfatter hele Oppland og Hedmark fylke (Sykehuset Innlandet HF, 2011). Sykehuset Innlandet HF er en

del av Helse Sør-Øst. Gran og Lunner kommuners nærmeste sykehus innenfor Sykehuset Innlandet HF er sykehuset på Gjøvik. Begge kommunene samarbeider også med andre sykehusforetak som Vestre Viken, Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus (Helse Sør-Øst, 2013). Jevnaker ble i 2008 flyttet fra Sykehuset Innlandet HF til Vestre Viken HF og tilhører i dag derfor et annet helseforetak enn de to andre hadelandskommunene (Jevnaker kommune, 28.10.2008).

For å løse de utfordringene som samhandlingsreformen beskriver gikk kommunene på Hadeland inn i et samarbeidende prosjektarbeid (Gran kommune og Lunner kommune, 2012). Dette prosjektet fikk navnet Prosjekt «Samhandlingsreformen på Hadeland» og ble startet opp i 2010. I januar 2011 vedtok Jevnaker å trekke seg ut av prosjektet med bakgrunn i at de også var deltakende i et prosjekt gående i Ringerike. Kommunen mente innbyggerne fikk en fordel ved at de tydeliggjorde Jevnakers tilhørighet mot Vestre Viken HF (Jevnaker kommune, 27.01.2011). Gran og Lunner valgte da å fortsette prosjektarbeidet uten Jevnaker.

Prosjektet hadde en hovedprosjektgruppe med fem delprosjektgrupper som hadde fått tildelt vært sitt fokusområde innenfor helsesektoren. I januar 2012 ble rapporten fra hovedprosjektgruppa publisert med de tilhørende rapportene fra de ulike delprosjektgruppene. I løpet av prosjektet kom den ene delprosjektgruppen til konklusjonen at Lunner og Gran kommuner bør gå sammen om å bygge et lokalmedisinsk senter i umiddelbar nærhet til felles legevakt- og ambulansetjeneste, der det først og fremst bør prioriteres å iverksette en intermedieæravdeling. I et møte i mai ble det klart at Lunner kommune ønsket å utarbeide et prosjekt som skulle gjøre rede for hvordan Lunner kommune kunne løse samhandlingsreformen i egen regi. Gran hadde allerede da sin Opptur-rapport å støtte seg på. Fram mot kommunestyrevedtaket som skulle fattes i den enkelte kommune i november 2012, ble det derfor mye frem og tilbake om Lunner kommune ønsket å løse utfordringene i reformen på egen hånd eller om de ønsket et samarbeid med Gran kommune.

For å være helt sikker på at kommunene hadde et godt beslutningsgrunnlag fikk prosjektansvarlige i ”Samhandlingsreformen på Hadeland” Ressurscenter for omstilling i kommunen (heretter kalt RO) til å gjennomføre en konsekvensanalyse av alternative modeller for

dimensjonering av lokalmedisinsk senter. Konklusjonen av denne rapporten ble at de anbefalte å bygge et lokalmedisinsk senter (heretter kalt LMS) på Hadeland og at det ville være u hensiktsmessig å gå inn i et samarbeid som kun dreier seg om en intermediæravdeling (heretter kalt IMA) (RO, 2012). I kommunestyret i Lunner vedtok de da å gå sammen med Gran om en felles IMA, mens kommunestyret i Gran stemte ja til samarbeid om felles helsehus. På bakgrunn av at kommunene tok ulike beslutninger om samarbeid fikk de RO til å utrede fordeler og ulemper ved et interkommunalt samarbeid versus å løse utfordringene i reformen på egen hånd (RO, 2013). Kommunestyret i Lunner vedtok i februar 2013 å samarbeide med Gran om «Hadeland helsehus». Planleggingen av det felles helsehuset begynner våren 2013, der det skal lages avtaler for investering og drift med mer. Dette fører derfor til at kommunene i første omgang må ha et midlertidig tilbud på hjemmebane, der ressursene etter hvert kan flyttes over til helsehuset.

#### 4.2 SAMMENLIGNING AV KONTEKSTER

Nedenfor har vi laget en milepælsoversikt som viser de viktigste hendelsene i forbindelse med innføringen og gjennomføringen av samhandlingsreformen for Oppdal kommune og Hadeland.

<b>Oppdal</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Hadeland</b>
	<i>høsten 2007</i>	<b>Gran kommune begynner arbeidet med å omorganisere sine helse- og omsorgstjenester gjennom prosjektet «Opptur».</b>
	<b>2009</b> <i>18. juni</i>	Prosjektrapporten fra «Opptur» blir godkjent i kommunestyret i Gran. Dette er Gran sitt eget samhandlingsprosjekt, der de forsøker å dreie tjenestene sine mot et mer hjemmebasert opplegg.
<b>St. meld nr 47 (2008-2009)</b> <b>Samhandlingsreformen blir lagt fram.</b>	<i>19. juni</i>	<b>St. meld nr 47 (2008-2009)</b> <b>Samhandlingsreformen blir lagt fram.</b>
<b>Kommunestyret vedtar å opprette Oppdal Distriktsmedisinske Kommunale Foretak (KF). KFet skal jobbe aktivt for å opprette et lokalsenter i Oppdal i forbindelse med samhandlingsreformen.</b>	<i>juli</i>	
Møte mellom Oppdal og Rennebu kommuner om et evt. interkommunalt samarbeid. Det	<i>oktober</i>	

<p>signaliseres en interesse fra begge parter. Parallelt gis det signaler fra KS og fylkesmannen om å inngå forpliktende samarbeidsavtaler. Partene blir da enige om å vurdere et bredere samarbeid.</p>		
	<b>2010</b>	
<p>Informasjonsmøte mellom Oppdal, Rennebu, Midtre Gauldal og Melhus sammen med representanter fra St. Olavs og fylkesmannen. Møtet ble ingen suksess, og et samarbeid mellom disse kommunene ble vurdert som lite aktuelt.</p>	<i>februar</i>	<p>Rådmennene i Gran og Lunner kommuner gir sin tilslutning til å sette i gang prosjektet «Samhandlingsreformen på Hadeland» og vedtar prosjektplan.</p>
<p>Kommunestyret godkjenner ODMS KF sine planer om påbygg under forutsetning om at bygget er selvfinansierende.</p>	<i>mars</i>	
<p>Informasjonsmøte om SiO. Oppdal er avventende og stiller ikke i møtet.</p>	<i>april</i>	
<p>KS vårkonferanse i Stjørdal. Legges klare føringer mot Oppdal for å knytte seg til SiO fra fylkesgruppa og prosjektets styringsorganer.</p>	<i>mai</i>	
<p>Ordføreren i Oppdal inviterer prosjektledelsen i SiO til informasjonsmøte.</p>	<i>juni</i>	
<p><b>Kommunestyret vedtar å slutte seg til SiO. Prosjektet går inn i en utredningsfase.</b></p>		
<p>Alle kommuner i fylket må ha forankret en strategi for kommunesamarbeid og hvem de vil utrede reformen sammen med.</p>	<i>juli</i>	
	<i>november</i>	<p>Kommunestyret i Lunner gir sin tilslutning til å etablere et forprosjekt i forbindelse med samhandlingsreformen på Hadeland.</p>
	<i>desember</i>	<p><b>Forprosjektet «Samhandlingsreformen på Hadeland» starter opp.</b></p> <p>Kommunestyret i Gran gir sin tilslutning til å etablere et forprosjekt i forbindelse med samhandlingsreformen på Hadeland.</p>
	<b>2011</b>	
	<i>januar</i>	<p>Kommunestyret i Jevnaker vedtar at kommunen trer ut av prosjektet «Samhandlingsreformen på Hadeland»</p>
	<i>mars</i>	<p>Delprosjektgruppene i prosjektet får sine</p>

		mandatbeskrivelser fra hovedprosjektgruppen og starter sitt arbeide.
Orienteringsmøte om SiO der rådmannen presenterer sak om tilknytning til SiO tilpasset kommunens muligheter og forutsetninger.	<i>juni</i>	
Statusrapport fra utredningsfasen til SiO legges frem med forslag til løsning.		
Fellesmøte legene i Oppdal og Rennebu, stemmer for fortsatt deltakelse i SiO.	<i>august</i>	
<b>Kommunestyret vedtar å ikke bli med i en videre deltakelse i etableringsfase med SiO. Oppdal skal løse utfordringene med reformen uten et samarbeid med SiO.</b>	<i>september</i>	
Kommunen mottar e-post fra styret i SiO som sier at det er et enstemmig vedtak om å ikke ta inn flere kommuner i LiO.		
Felles formannskapsmøte mellom Sunndal og Oppdal kommuner. Samhandlingsreformen diskuteres.	<i>november</i>	
Møte med Sunndal om evt. interkommunalt samarbeid. Tjenestene og de største utfordringene med reformen presenteres av begge kommuner.	<i>desember</i>	
	<b>2012</b>	
<b>Samhandlingsreformen innføres gradvis i norske kommuner.</b>	<i>1. januar</i>	<b>Samhandlingsreformen innføres gradvis i norske kommuner.</b>
	<i>januar</i>	<b>Avdeling 2 på Marka helse- og omsorgssenter blir gjort om til korttidsplasser for å møte overføringene fra sykehuset i forbindelse med utskrivningsklare pasienter.</b>
		Prosjekt «Samhandlingsreformen på Hadeland» forprosjektrapport med delprosjektrapporter blir publisert
	<i>februar</i>	Prosjekt «Samhandlingsreformen på Hadeland» forprosjektrapport med delprosjektrapporter blir lagt fram for kommunestyrene.
Nytt møte med Sunndal om eventuelt samarbeid. Det foreslås en gjennomgang av	<i>mars</i>	

forslag der de blir enige om omtrent forslag som oversendes rådmennene		
Møte i formannskapet der de tar rådmannens kartlegging og utredning til orientering, og ser frem til videre oppfølging.	<i>mai</i>	Kommunestyret i Lunner vedtar at de skal utrede et prosjekt i egen regi kalt «Reform i Lunner». Det skal av dette prosjektet presenteres et notat der de skisserer hvordan Lunner kommune løser utfordringene i reformen i egen regi.  Ordførerne og rådmennene i Gran og Lunner har møte å finner ut at det er behov for å utrede hva det kan medføre å gå for et mindre omfattende alternativ. Dette gjennomføres av RO. Parallelt ønskes det at begge kommuner utreder sine egne prosjekter videre, dvs. «Reform i Lunner» og «Opptur»
	<i>juni</i>	Gran kommunestyre vedtar å utrede en IMA som et alternativ til et mer omfattende helsehus.
	<i>oktober</i>	RO legger frem sin konsekvensanalyse; Alternative modeller for dimensjonering av et helsehus. Konklusjonen er at det går an å bygge for lite, Lunner og Gran bør derfor gå sammen om bygging av et felles helsehus.  Prosjektet «Reform i Lunner» legger frem sine prosjektrapporter
	<i>november</i>	<b>Gran kommune starter opp et øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i egen regi. Ressursene er planlagt overført til det felles helsehuset når dette er ferdig.</b>  Kommunestyret i Gran vedtar primært å gå videre på samhandlingsprosjektets anbefaling om interkommunalt samarbeid med Lunner kommune om Hadeland Helsehus. Dersom Lunner kommune ikke velger å gå videre i samarbeidet, vedtar kommunestyret i Gran å drive utviklingsarbeidet videre i egen regi.
Kommunestyret vedtar å utsette saken om økonomisk samarbeid med legene og ODMS med ønske om å få et bredere beslutningsgrunnlag.	<i>desember</i>	Kommunestyret i Lunner vedtar å samarbeide med Gran om en felles IMA.

<b>Kommunestyret vedtar å skrinlegge byggetrinn 2 ved ODMS, i tillegg vedtas det å søke om full deltakelse i LiO.</b>	<b>2013</b> <i>Januar</i>	RO legger fram et notat som heter Samhandlingsreformen på Hadeland - Interkommunalt samarbeid eller egenregi. Her blir det argumentert for og mot samarbeid mellom Lunner og Gran. Det vurderes fordeler og ulemper på en rekke områder blant annet: kompetanse, bemanning, rekruttering, kvalitet i tjenestetilbudet, økonomi, administrasjon, synergieffekter, helhetstenkning, samarbeid med helseforetak. RO foretar også en SWOT-analyse av de ulike mulighetene kommunene har. Tilrådingen fra RO er fortsatt etablering av et LMS.
		Gran kommune har bygget fem omsorgsleiligheter og to beredskapsleiligheter med heldøgns omsorgstjeneste for personer med psykiske lidelser. Dette er før kravet om betalingsansvar for personer med psykiske lidelser blir satt i gang.
	Søknad sendt til LiO	<i>Februar</i>
Søknaden om full deltakelse i LiO behandles av Vertskommunenemda for SiO. De vedtar at det må foretas en utredning av legevaktens kapasitet før søknaden fra Oppdal behandles videre	<i>April</i>	
	<i>September</i>	<b>Lunner kommune har planlagt å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud på sitt helse- og omsorgssenter.</b>
<b>Oppdal planlegger å ha et øyeblikkelig hjelp-døgntilbud på plass.</b>	<b>2015</b> <i>høsten</i>	

*Tabell 3 Oversikt over milepæler*

Ut i fra milepælene ser vi at kommunene har valgt å møte utfordringene i samhandlingsreformen på ulike måter. Vi har funnet fire forskjeller i innføringen av reformen mellom våre casekommuner.

**Den første forskjellen** går ut på at Gran kommune var forut for sin tid og startet allerede i 2007 arbeidet med samhandlingsprosjektet “Opptur”, mens Oppdal og Lunner kommuner startet

arbeidet for å møte kravene i samhandlingsreformen først etter at St.meld.nr 47 ble presentert 19.juni.2009.

**For det andre** viser milepælene at Gran og Lunner kommuner har foretatt flere utredninger og analyser i forbindelse med reformen enn hva Oppdal kommune har gjort. Gran og Lunner kommuner har gjort utredninger i forbindelse med prosjektet for kommunesamarbeid i “Samhandlingsreformen på Hadeland”, i tillegg til at de har gjort utredninger for hvordan de kan løse utfordringene i egen regi med “Opptur” og “Reform i Lunner”. Oppdal kommune prioriterte ikke å gjøre noen utredning for hvordan de kunne løse utfordringene i egen regi før kommunestyret vedtok å stå utenfor kommunesamarbeidet i SiO. Vedtaket baserte seg på de analysene som ble gjort i forbindelse med SiO-prosjektet. Av dette ser vi at Gran og Lunner kommuner har brukt lenger tid på å vedta et kommunesamarbeid enn Oppdal kommune, men vedtaket er basert på et desto bedre beslutningsgrunnlag.

**For det tredje** ser vi at det er en tradisjon for samarbeid mellom Gran og Lunner kommuner. Dette har gjort at prosessen for et kommunesamarbeid har vært noe enklere i motsetning til Oppdal kommune som ikke har noen naturlige samarbeidspartnere.

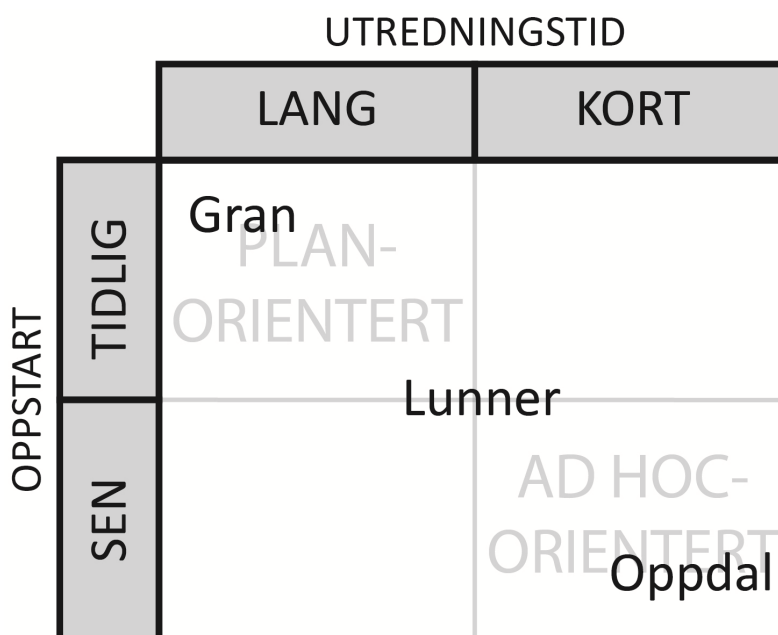
**For det fjerde** ser vi at kommunene har forskjellige syn på hvor viktig det er å komme i gang med øyeblikkelig hjelp-tilbudet som kommunene er pålagt å ha fra 01.01.2016. Gran kommune har allerede opprettet tilbudet, Lunner kommune har planlagt å opprette dette i september 2013, mens Oppdal kommune venter med å opprette tilbudet til høsten 2015.

Av tabell 1 ser vi en likhet mellom Hadeland og Oppdal kommune i forhold til at begge kommunene har ønsket å bygge et eget helsehus for å ivareta nærhetsprinsippet i reformen. På Hadeland er det planlagt at prosessen skal starte våren 2013, mens i Oppdal kommune ble samlokaliseringsskjemaet skrinlagt tidlig i 2013.

I figur 5 har vi tatt utgangspunkt i utredningstid og oppstart for egne samhandlingsprosjekter. Vi har laget en matrise for å forklare de ulike casekommunenes orienteringer. Ved tidlig oppstart og lang utredningstid vil kommunen være planorientert. Planorientering er når kommunen forsøker



å planlegge sin framtid og styrer etter disse planene. Ved sen oppstart og kort utredningstid vil kommunen være ad hoc-orientert. En ad hoc-orientering er når kommunen styrer etter en uklar og tilfeldig struktur. Dette kan føre til at det er en manglende sammenheng mellom det som gjennomføres i kommunen. Av figuren ser vi at Gran kommune er planorientert og Oppdal kommune er ad hoc-orientert. Lunner kommune styrer etter en mellomløsning.



Figur 5 Oppsummering utredningstid og oppstart

#### 4.3 SAMHANDLINGSREFORMEN OG ØKONOMISTYRING

Videre i denne delen presenteres empiri fra intervjuene vi har gjennomført og fra dokumentene vi har lest. Det vi i denne delen betegner som kommunene er våre casekommuner, Oppdal, Gran og Lunner kommuner.

Empirien vi presenterer dokumenterer at økonomistyringen i kommunene er en omfattende prosess der kommunene må ta hensyn til langt mer enn effektivitet og maksimering av ressursutnyttelse, som for eksempel institusjonelle omgivelser og relasjoner mellom kommunestyret og de administrativt ansatte. Dette viser vi gjennom fremstillingen nedenfor.

Det nye økonomiske ansvaret i forbindelse med reformen forutsetter at kommunene må prioritere hva de skal bruke samhandlingsmidlene på. Forebyggende helsetjenester er fremhevet som en viktig oppgave for å møte framtidens utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Våre informanter er enige i at forebyggingsarbeidet må gjennomføres, og at kommunene har en viktig oppgave fremfor seg i årene som kommer.

*«For hele logikken bak, slik som jeg har forstått det, det her med flytting av pengestrøm, er at det skal gi kommunen noen incentiver og ansporelser for å vri ressursbruken over på det som er langsiktig fornuftig. Og det langsiktig fornuftige er forebygging. Altså at kommunene skal se selv de kostnadene ved å ikke ha forebygging, med konkretiserte regninger for sykehusinnleggelser.» (Informant I)*

Av dette ser vi at informant I er klar over hvilket ansvar som kommunene kommer til å møte i fremtiden. Kommunene bruker i dag alle midlene som de får tildelt til medfinansiering og betaling av utskrivningsklare pasienter. Dette fører til at mange kommuner ikke bevilger penger til forebyggende tiltak i kommunenes budsjetter. Dette tyder på at det oppstår et brudd mellom reformens intensjoner og gjennomføringen i kommunene, da forebygging er trukket fram som en av de viktigste virkemidlene for å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer.

*«Fremme folkehelse det krever også ressurser som vi, som ikke er finansiert i utgangspunktet. Det er finansiert på den måten at hvis vi klarer og hindre innleggelser så, så har vi noen penger.» (Informant B)*

Et par av informantene i Oppdal kommune antydte at det brukes ressurser til forebyggende arbeid i kommunen selv om det ikke er satt av noen konkrete midler til dette formålet. I følge informant I er folkehelseperspektivet implementert i de ulike enheters drift i kommunen, og administrasjonen har vært tydelige på at enhetene skal legge vekt på folkehelse innenfor de budsjetttrammene de har. Våre informanter uttrykte at de synes det er vanskelig å sette av penger til forebygging og folkehelseperspektivet når de ikke ser konsekvensene av tiltakene. Det har derfor vært nevnt av blant annet informant B, C og H at de prioriterer områder der de ser effekten og gevinsten av de tiltakene de gjennomfører. I alle tre kommunene er det prioritert

konkrete tiltak i forhold til eldreomsorg. I Gran kommune har de opprettet en korttidsavdeling som også har øyeblikkelig hjelp-senger for å kunne hindre innleggelser og ta i mot utskrivningsklare pasienter.

*«Det er jo mye lettere å prioritere, å bruke pengene på noe man ser det er behov for. Det er vanskeligere å se effekt av forebyggende behandling, eller forebyggende tiltak. Slik at det er jo lettere å sette inn penger på ting som er synligere enn det forebyggende.»*

(Informant H)

Her viser empirien etter vår vurdering at det oppstår et brudd mellom reformens intensjoner og faktisk gjennomføring i kommunene. Informantene uttrykte at det som gjennomføres, er det som er økonomisk gjennomførbart. Oppdal kommune har enda ikke etablert noe øyeblikkelig hjelp-tilbud, og har heller ingen ambisjoner om å skynde seg mer enn nødvendig med å opprette dette tilbudet. Lunner kommune har planlagt å opprette et øyeblikkelig hjelp-tilbud i løpet av september 2013. Lunner og Gran kommuner vil gå sammen om et øyeblikkelig hjelp-døgntilbud når de har bygget et felles helsehus. Empirien viser at det er store forskjeller for hva kommunene mener er økonomisk gjennomførbart. I følge Helsedirektoratet var det 111 kommuner som fikk tilskudd til å starte et øyeblikkelig hjelp-tilbud i 2012 (Helsedirektoratet, 2013), noe som betyr at staten er med på å legge føringer for at kommunene faktisk skal klare å komme i gang med tilbudet. På grunn av at det ikke gis tilskudd til forebyggende aktiviteter vil dette bli nedprioritert av kommunene.

*«Ja vi har jo de facto prioritert utskrivningsklare og øyeblikkelig hjelp-funksjonen og forsterket sykehjem også korttidsplasser herunder. Med andre ord ikke så veldig mye forebygging. Men pengene styrer så vi er enige med Norge ellers at det vi driver egentlig bare og prioriterer helse og omsorg i sånn trøst og bære perspektiv.»* (Informant B)

Vi har ovenfor skissert at det oppstår to brudd. Det ene er mangel på forebyggende aktiviteter, og det andre er at det som gjennomføres er det som er økonomisk gjennomførbart. Dette er etter vår oppfatning en dekobling mellom plan og handling, og begge er brudd på den normative styringsprosessen. Våre informanter mener at kommunene har innført reformen, men har

fremdeles ikke satt i gang viktige oppgaver for å nå én av hovedintensjonene med reformen som er forebygging.

Milepælene viser at kommunale prosesser tar lang tid. Omfattende analyser og kalkyler er nødvendig for at kommunene skal kunne ta beslutninger som tjener befolkningen på en best mulig måte på grunn av tvetydige mål og mange interessenter. Informant B uttrykte at på grunn av at ting tar så lang tid, fra prosjekter er ferdig til de blir vedtatt i kommunestyrene, vil det være en fare for at forutsetningene som vedtaket opprinnelig var tuftet på kan ha forandret seg i mellomtiden. Hvis disse forutsetningene har blitt endret vil kommunene måtte gjennomføre nye utredninger og analyser som vil være en tidkrevende prosess. Når prosessene blir så omfattende oppstår det et brudd i den normative styringssirkelen fordi det blir et brudd i den kontinuerlige prosessen.

#### *4.3.1 OPPSUMMERING*

I dette delkapitlet har vi vist at det er et brudd mellom reformens intensjoner og den faktiske innføringen i kommunene, da våre kommuner ikke har satt i gang forebyggingstiltak. Dette er en dekobling, og dermed et brudd på styringssirkelen. Et brudd på styringssirkelen oppstår også når kommunene prioriterer det som er økonomisk gjennomførbart i stedet for det som er skissert som viktigere oppgaver i reformen. I tillegg viser empirien at det oppstår et brudd i forbindelse med økonomistyringen i kommunene, fordi politiske prosesser er komplekse og tar lang tid.

### 4.4 ØKONOMISTYRING I KOMMUNENE

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen har kommunene fått nye økonomiske ansvar. I denne delen presenteres empirien som omhandler kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.

#### *4.4.1 KOMMUNAL MEDFINANSIERING*

Førsteintrykket vi fikk da vi leste de relevante dokumentene, var at det nye økonomiske ansvaret som oppstod ved innføringen av reformen, ble av kommunene betraktet som overkommelig og greit å takle. Det legges vekt på at kommunene uansett ville fått et økende forbruk som en konsekvens av at flere lever lengre og vi har flere eldre nå enn vi hadde før.

*«I forhold til de økonomiske overføringene vi har fått for å kunne realisere samhandlingsreformen inntil nå da, i kommunen. Så mener jeg at det i utgangspunktet skal holde, men så har vi en annen utfordring. Men det i seg selv har ikke greid å demme opp for det merforbruket som vi har hatt i helse og omsorgstjenesten ellers, men det ville vi fått uansett.» (Informant D)*

I løpet av året ettersom avregningene kom, begynte kommunene i følge informantene å ane at dette ikke skulle bli så enkelt som de i første omgang antok. For mange kommuner ble dette med medfinansieringen dyrere enn først antatt. Lunner kommune hadde med bakgrunn i prognosen fra Helse- og omsorgsdepartementet budsjettert med 7,2 millioner kroner i medfinansiering. Forbruket i 2012 ble på ca. 8,3 millioner kroner. Disse pengene måtte kommunen hente fra andre steder, og har derfor måttet nedprioritere andre oppgaver (E-post fra C, 25.02.13). Gran kommune budsjetterte i 2012 med 13,5 millioner i medfinansiering, mens det faktiske forbruket ble på ca. 14 millioner. Kommunen kom allikevel godt ut av det da de har brukt mindre midler enn planlagt på en del andre poster i forbindelse med samhandlingsreformen (E-post fra D, 25.02.13). Oppdal budsjetterte i 2012 med 5,98 millioner i medfinansiering, mens det faktiske forbruket viste seg å bli 5,964 millioner kroner (E-post fra avdelingsleder Oppdal kommune, 03.04.13).

*«Vi vet ikke hva som skjer for dette med medfinansieringa, så er det jo veldig usikkert på hvem som blir lagt inn og ikke. Så det er jo et sjansespill. Men jeg tror ikke at Lunner kunne gjort så mye, og det er det som er hele essensen min at vi var nok bare rett og slett litt heldigere.» (Informant D)*

De andre informantene antydte også dette. Erfaringene som informantene i kommunene har etter det første året av samhandlingsreformen er at medfinansieringen er noe som er vanskelig å ha kontroll over. På grunn av tvetydige mål opplever kommunene en usikkerhet i forbindelse med budsjettering og fremtidige kostander. Dette gjør at det er vanskeligere å ta beslutninger i forbindelse med økonomistyringen i kommunene. Kommunene skal planlegge for en framtid de ikke kjenner, men kun aner konturene av. Ved å foreta et enkelt søk på internett ser vi at det er

mange kommuner som har fått problemer med å finansiere samhandlingsreformens nye betalingsansvar. Bodø kommune er et eksempel på en kommune som har hatt problemer med dette (Avisa Nordland, 2012). KS så allerede tidlig i 2012 at flere kommuner kunne få problemer med medfinansieringen. KS uttrykte allerede da at dersom utviklingen fortsatte slik ville kommunene bli belastet med et høyere beløp enn det de er kompensert for (KS, 2012).

*«I første rekke det som allerede har oppstått, er større uforutsigbarhet»* (Informant I)

*«Altså kommunene har jo satt pengene på bok, stort sett alle sammen, for å sikre seg at man ikke går i baret på medfinansieringen og ferdigbehandlede pasienter.»* (Informant E)

Dette viser at usikkerhetsmomentet blant annet går ut på at det er vanskelig å estimere kostnaden til medfinansiering. Midler fra staten som skal dekke medfinansieringen er basert på faktisk forbruk de åtte første månedene av 2011. Kommunene vet dermed hvilket beløp de får tildelt, men de kan ikke forutsi hvor mange mennesker som blir syke. Regningen kommer uansett, så kommunene må bare finne seg i å betale. På bakgrunn av dette har enkelte av våre informanter kalt reformen for en pengereform der det fokuseres mer på hvilken vei pengene går, og hvor raskt de går, heller enn å tilby et godt helsetilbud til brukerne.

*«Fordi dette med medfinansieringa, det vet vi ikke. Vi vet ikke hvor mange som blir syke i morgen vi eller neste år eller året deretter. Det vi vet er at vi får 16,7 millioner i tre år, pluss det som kommer på øyeblikkelig hjelp døgntilbud, det er det vi vet. Noe mer enn det vet vi ikke.»* (Informant D)

Våre informanter la vekt på at de er skeptiske til om medfinansieringen får den effekten som opprinnelig var tenkt. Noen av våre informanter antydte at tilskuddet til medfinansieringen kunne være basert på feil indikatorer. Informant B stilte spørsmål ved å fordele midler til medfinansiering basert på makrostatistikk. Det er vanskelig å ha en standardisert reform som skal passe til alle kommuner i hele Norge, da det er forskjeller i blant annet alderssammensetning.

*«Nei, det er som de fleste reformer, de er beregnet på makrotall, på store tall, og de treffer ikke nødvendigvis akkurat vår kommune, med vårt forbruk. Nå viser jo oppregninga av 2012 at det er fantastisk bra sammenheng mellom beregnet beløp og det vi har fått faktura på, men dette handler jo om forhold som vi ikke styrer i det hele tatt.»*

(Informant B)

Det har vært trukket fram at erfaring viser at effekten av den økte kommunale innsatsen faktisk vil føre til at kommunenes befolkning gjør større bruk av spesialisthelsetjenesten og ikke motsatt, det vil si at kommunene får økte kostnader til medfinansiering. Informant C ga uttrykk for at den statistikken som medfinansieringen er basert på er et mål daværende kapasitet i sykehuset og ikke behovet som befolkningen hadde på dette tidspunktet. I og med at det å måle befolkningens behov er vanskelig, vil tilskuddet til medfinansieringen kunne være basert på skjev fordelingsnøkkel da de åtte månedene i 2011 ikke nødvendigvis er representative for kommunenes sykehusforbruk. Dette kan tyde på at det har oppstått en målefeil som vil føre til en skjev fordelingsnøkkel som igjen kan gi en skjevfordeling av ressurser. En slik skjevfordeling vil kunne føre til målforskyvning og opportunistisk atferd. Informant C mente at dette kan være årsaken til at mange kommuner har fått et høyere forbruk i sykehus enn det som først var antatt. Informanten antydte videre at staten gjennom samhandlingsreformen har forskjøvet problemet nedover til kommunehelsetjenesten i og med at sykehuset kan få pasientene fortere ut til kommunene, og dermed kan ta inn flere pasienter. Høyere gjennomstrømning av pasienter i sykehuset vil gi økte inntekter for sykehuset.

*«Det tror jeg er hovedårsaken til at vi rett og slett, det vi så av prognoser ved inngangen til dette her er rett og slett et tall på kapasitet med behovet. Og det er bra det så lenge vi her nede ikke kveles. Så er det en ting å si til det: det ene er at kommunen får regningen uansett, men da hjelper det ikke hvis kommunen allikevel bruker det opp på andre ting, så øremerk de da, det sier jeg.»* (Informant C)

Dette tyder etter vår oppfatning på at informantene ikke opplever at det er sammenheng mellom innsats og resultat. Dette kan komme av at det er et tvetydig mål. Denne usikkerheten fører med seg problemer i forhold til at kommunene ikke tar sjansen på å bevilge pengene de får tildelt til

andre områder som kreves løst gjennom samhandlingsreformen, blant annet forebygging. Følelsen av å være underfinansiert gir heller ikke motivasjon til å sette i gang andre tilbud for å møte fremtidige utfordringer. En slik usikkerhet fører til at kommunene vil være mer forsiktig med å bevilge penger til andre utfordringer skissert av reformen.

*«Altså det her med medfinansiering kan jo vise seg å bli en skuffelse da for så vidt for kommunene, fordi at alle pengene går ut igjen til medfinansieringen. Så det er umulig å få overført noen ressurser til kommunene på den måten. Også har det jo blitt en stor skuffelse foreløpig, vil jeg påstå, i forhold til prioriteringen av forebyggende arbeid så har det ikke kommet ei ny krone.» (Informant E)*

Problemet på lang sikt vil bli at dersom Gran og Lunner kommuner velger en “passiv linje”, altså kun kjøper seg ut av problemet ved å betale plasser i spesialisthelsetjenesten uten selv å bygge ut et tilbud, så vil kostnadene til medfinansiering, utskrivningsklare pasienter og døgnbaserte øyeblikkelig hjelp-plasser senest i 2025-2030 langt overstige de inntekter som staten overfører til kommunene for disse formål. Hvis de ansatte i kommunene opplever at staten ikke tildeler nok midler, vil en enkel løsning være å forholde seg passive og betale regningen når den kommer, men enkelte av våre informanter mente at dette ikke er å ta ansvar for det offentliges midler. Kommunene må derfor ha troen på at dette vil ordne seg på lang sikt, dersom de skal kunne oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen. Informant C ønsker at staten må lage mer dynamiske ordninger slik at noe av usikkerheten kan unngås i forbindelse med reformen. Ved en slik ordning vil staten kunne gi kommunene nok midler slik at de tør å være mer proaktive.

*«Det er det som det dreier seg om innen økonomi. Det er ikke inntektsnivået, men evnen til å styre utgiftene.» (Informant I)*

For 2013 har Gran kommune budsjettet med 14,9 millioner kroner til medfinansiering (E-post fra D, 25.02.13). Lunner kommune har som følge av fjoråret valgt å budsjettere med 8,2 millioner kroner (E-post fra C, 25.02.13), mens Oppdal kommune har valgt å budsjettere med 6,275 millioner kroner (E-post fra avdelingsleder i Oppdal kommune, 03.04.13). Alle



kommunene har som vi ser valgt å justere opp sine budsjetter det andre året av samhandlingsreformen.

#### 4.4.2 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I utgangspunktet trodde informantene at det var ansvaret for de utskrivningsklare pasientene som skulle bli utfordringen ved det nye økonomiske ansvaret som kommunene ble tildelt gjennom reformen, men i løpet av reformens første år har de opplevd at dette ikke var det som skapte de største utfordringene. Siden pasientene kommer hjem til kommunene tidligere i sykdomsforløpet, gjør det at kommunenes pengebruk på medisin og medisinske forbruksvarer, i tillegg til behandlingsutstyr er en av de største utfordringene med dette nye ansvaret.

*«Det ser vi jo faktisk at har gått bedre enn vi trodde, i og med at vi har mye mindre inneliggende overliggere på utskrivningsklare. Så det har vært en positiv overraskelse, men det er gjennomgående for hele landet.»* (Informant B)

I Gran var budsjettet for 2012 på 350 000 kr, men de brukte kun 236 000 kr på utskrivningsklare pasienter dette året. I 2013 har de derfor budsjettert med 250 000 kr for utskrivningsklare pasienter. Dette tilsvarer ca. 60 døgn (E-post fra D, 25.02.13). I Lunner kommune budsjetterte de med 100 000 kr på utskrivningsklare pasienter i 2012. Det faktiske forbruket var 300 000 kr. På bakgrunn av fjoråret har de budsjettert med 300 000 kr for de utskrivningsklare pasientene i 2013 (E-post fra C, 25.02.2013). I Oppdal kommune budsjetterte de med 240 000 kr i 2012. Det faktiske forbruket ble at kommunen måtte betale for 79 pasienter dette tilsvarer 300 000 kr. I 2013 har kommunen budsjettert med null personer i overliggere, og dermed også null kroner til utskrivningsklare pasienter (E-post fra avdelingsleder i Oppdal kommune, 03.04.13). Informant I antydte likevel at de har satt av midler til dette.

*«Vi har tatt høyde på tilleggsbevilgningsposten som vi har kallet det så fint, opp i mot en halv million kroner i utgifter for utskrivningsklare pasienter. Der er målsetningen vår, at vi skal ikke ha noen utgifter til det, men vi har likevel tatt ei sonde på en sånn reservepost da. Det kan alltid skje ting.»* (Informant I)

En slik tankegang kan tyde på at insentivet for å ta hjem de utskrivningsklare pasientene blir et prestasjonsmål for kommunene. Dette kan føre til målkonflikter, som igjen kan føre til opportunistisk atferd. De økonomiske virkemidlene kan medføre at kommunene vil hindre innleggelse for å spare penger, slik at pengene kan brukes på for eksempel forebygging. Dette er et etisk dilemma for kommunene, da de tar hjem pasienter fra sykehuset og for eksempel legger de på gangen eller på dobbeltrom for å slippe å betale disse 4000 kronene som det koster å ha de som overliggere i sykehuset. Samtidig vil kommunene få en utfordring i forhold til hvilke pasienter som bør få plass på sykehjemmet. Er det pasienten som allerede er innlagt på sykehuset eller er det den som er hjemmeboende, men som har et stort pleiebehov fra hjemmetjenesten. Det vil være viktig for kommunene at utskrivningsklare pasienter ikke skal gå på akkord med de hjemmeboende som trenger plass. I følge våre informanter har kommunene allikevel erfart at denne delen av reformen også har ført med seg noe positivt ved at de har fått en forbedret samhandling mellom de ulike delene av kommunenes helse- og omsorgstjenester. Gjennom det nye økonomiske ansvaret tyder empirien på at kommunene har endret økonomistyringen sin fra en aktivitetsorientert styring til en mer prosessorientert styring.

#### *4.4.3 OPPSUMMERING*

I dette delkapitlet har vi funnet ut at det nye økonomiske ansvaret som blir påført kommunene gjennom samhandlingsreformen, skaper en usikkerhet for økonomistyringen i kommunene. Kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter er på hver sin måte tvetydige prestasjonsmål for kommunene. Det har vært antydning at prestasjonsmålene er basert på uklare indikatorer, som vil føre til målefeil. Dette fører igjen til målforskyvning og opportunistisk atferd. Det har også vært antydning at midler til medfinansiering er basert på skjev fordelingsnøkkel. Empirien tyder på at det oppstår styringsutfordringer når kommunene skal endre sin økonomistyring fra et vertikalt til et horisontalt perspektiv.

#### 4.5 EN STANDARDISERT REFORM OG INSTITUSJONELLE OMGIVELSER

Kommunene har fått tildelt flere nye oppgaver med samhandlingsreformen, og flere av informantene mente at målsetningene med reformen representerer en god retning å jobbe mot.

*«Det er gode intensjoner i stortingsmelding nr. 47. Hvis vi opplever at vi blir underfinansiert så blir det vanskelig for oss, for hensikten er at vi skal bruke noen av de midlene når det gjelder forebygging, men ikke bare det. Vi skal også klare å dreie noe av våre egne midler, men vi må få nok virkemidler til at vi klarer å få den mølla i gang.»*  
(Informant C)

Vår empiri viser at kommunene møter en normativ isomorfisme gjennom alle anbefalingene som ligger til grunn i reformen. Slike reformer legger retningslinjer og føringer for hvordan kommunene skal gjennomføre sin virksomhet. Vi har inntrykk av at Lunner kommune er påvirket av imiteringsmessig isomorfisme, fordi de i stor grad innfører reformen slik Gran kommune har gjort. I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen har staten vedtatt flere nye lovverk og retningslinjer for gjennomføring. På bakgrunn av disse lovverkene og retningslinjene får kommunene lite frihet når de skal innføre en standardisert reform. Dette tyder på at kommunene også møter institusjonelt press gjennom tvangsmessig isomorfisme. Helse- og omsorgsdepartementet har lagd veiledere om samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, der det spesifiseres hva avtalene skal inneholde og hvilke frister de må forholde seg til. Informantene mente at kommunene er tvunget av staten til å omorganisere sine helse- og omsorgstjenester.

*«Og da synes jeg det er et sabla stort paradoks dersom det er slik at Stortinget gjennomfører og vedtar en reform, også sier samtidig statlige embetsnivå at kommunene ikke er i stand til å gjøre det med den strukturen man har. Hvordan kan de pålegge kommunene en reform som de ikke er i stand til å innfri?»* (Informant I)

Informantens utsagn viser at en standardisert reform for alle kommuner i landet skaper problemer da kommunene er veldig ulike og har dermed forskjellige forutsetninger for å gjennomføre reformen. Gjennom reformen har kommunene også vært avhengig av å omorganisere kommunehelsetjenesten slik at de ved senere anledninger vil kunne stå imot statlige endringer og føringer. Empirien vår viser at det oppstår en dekobling ved at de ansatte i kommunene opplever at gjennomføringen av reformen i kommunene er underfinansiert, slik at de ikke klarer å innfri alle intensjonene i reformen.

#### 4.5.1 OVERSETTELSE FRA REFORM TIL PRAKSIS

Ved innføringen av samhandlingsreformen må kommunene forholde seg til et nytt begrepsapparat. For de ansatte i kommunene har forståelsen og formidlingen av disse nye begrepene bydd på store utfordringer. Materien blir av innbyggerne oppfattet som for tung og vanskelig, slik at våre informanter mener mange innbyggere misforstår tankegangen med reformen.

*«Men det er det som er problemet er at de har brukt noen benevnelser innimellom som har gjort det litt rotete for oss her ute i kommunen, for eksempel det å kalle det øyeblikkelig hjelp, døgnplasser eller akutt plasser, som noen begynner å kalle det, da blir jeg litt satt ut.» (Informant D)*

Informant D har til stadighet måttet forklare de ulike begrepene til både politikere, brukere, pårørende og brukerorganisasjonene. Informanten fortalte at det blant annet har vært forvirring i forbindelse med øyeblikkelig hjelp-begrepet, der innbyggere har trodd at dette nye tilbudet innebærer at de ikke skal bli lagt inn på sykehus hvis de for eksempel får hjerteinfarkt. Dette har ført til at innbyggerne i kommunen har trodd at de skal legges inn i kommunens øyeblikkelig hjelp-tilbud.

*«Jeg tror kanskje at man kommuniserer feil språk ut, at man gjør det for vanskelig for normalbefolkningen å forstå hva samhandlingsreformen er. Og hadde man klart også hatt en bedre kommunikasjonsstrategi i forhold til dette, så tror jeg mye hadde vært løst.» (Informant D)*

Vi ser her at informantene har vanskeligheter med å forstå hva som egentlig menes med begrepene som introduseres i reformen, og at det er med og påvirker hvordan kommunene velger å tolke den. Vi har oppfattet at Oppdal, Gran og Lunner kommuner har ulik forståelse av en rekke begreper, og at dette er med på å bidra til at de innfører reformen på forskjellige måter. Informant I ga uttrykk for at begrepet folkehelse har vært mye diskutert i Oppdal.

*«Det er et vidt begrep, og der har det etter hvert begynt å gå opp et lys hos oss, etter innspill i fra folk som er mer “hands on” i forhold til studiet. Det dreier seg mer om kommunen er i stand til å ivareta folkehelse ved å unngå at folk faller utenfor det gode fellesskap.» (Informant I)*

De dokumentene vi har lest, viser at det har vært utfordringer knyttet til å forstå hva begrepet forebyggende helsetjenester innebærer da det ikke er gitt noen entydig definisjon på begrepet fra staten. Vår empiri viser at ulike tolkninger av begrepene blant administrasjonen og politikerne i kommunene fører til et implementeringsproblem når de skal innføre samhandlingsreformen. Forebyggende helsetjenester tolkes vidt av våre informanter. Noen mener det handler om at helsesøster og pedagogisk-psykologisk tjeneste må passe på at barn og unge ikke “faller utenfor” i løpet av skolegangen. Andre mener at det handler om å sørge for at eldre ikke faller og brekker lårhalsen. Helseminister Jonas Gahr Støre uttrykte på AP sitt landsmøte i 2013 at det er bedre å bygge friske barn enn å reparere syke voksne. Dette er et veldig vidt begrep som dermed kan tolkes forskjellig av kommunene. På grunn av at de tolker disse begrepene ulikt, viser empirien at kommunene tilpasser seg reformen forskjellig.

#### 4.5.2 LEGITIMITET I REFORMPROSESSEN

Alle våre informanter ga uttrykk for at de er opptatt av innbyggernes beste. Det vil si ikke bare brukerne, men også pårørende, ansatte og andre som omfattes av tilbudet. Våre informanter antydte imidlertid at kommunene signaliserer at de fokuserer på brukerens beste, men at det økonomiske perspektivet alltid vil være en grunnleggende forutsetning. Resultatet av dette er at administrasjonen i kommunene er relativt fornøyd bare de skaper et “godt nok” tilbud, selv om det ikke nødvendigvis er det beste kommunene har mulighet til å tilby.

*«Men vi ser at å få til det optimale, det koster mer enn hva vi hadde råd til. Så da må vi bare akseptere at ting er ikke optimalt, det er bra nok det faglige punktet, faglig forsvarlig.» (Informant I)*

Dette tyder på at kommunenes mål ikke alltid er sammenfallende med de ulike interessentenes mål. Det vil dermed kunne oppstå målkonflikter når kommunene skal innføre standardiserte reformer.

*«Men det viktigste av alt er ikke akkurat disse pengene, det er jo brukerne. Så disse menneskene som vi skal på mange måter gi tilbud til i kommunen. Så bør det være viktigste, men vi kan ikke gjøre det uten å ha med de økonomiske virkemidlene.»*

(Informant C)

Empirien viser at informantene uttrykker at dette er til det beste for brukerne, og begrunner dette med blant annet nærhetsperspektivet. Dette gjør at kommunene skaper legitimitet i de omgivelsene de opererer innenfor. For at kommunene skal kunne tilby innbyggerne et godt tilbud, er de avhengige av at staten gir kommunene det økonomiske handlingsrommet de trenger for å gjennomføre intensjonene i reformen.

#### 4.5.3 OPPSUMMERING

I dette delkapitlet viser empirien at innføringen av samhandlingsreformen er påvirket av institusjonelle omgivelser. Empirien vår viser at det finnes både normativ, imiteringsmessig og tvangsmessig isomorfisme ved innføringen av en slik reform. Dette skaper styringsutfordringer for kommunene da de i utgangspunktet ikke har like forutsetninger for å innføre reformen. På grunn av at representantene i kommunene tolker begrepene i reformen ulikt, vil dette føre til et implementeringsproblem. Representanter fra kommunene uttrykte at de har innført reformen for å skape legitimitet i omgivelsene.

#### 4.6 REFORMEN UT FRA ET KONTRAKTSPERSPEKTIV

Samhandlingsreformen fører med seg mange prinsippal agent-relasjoner. Vi vil i denne delen presentere empirien knyttet til disse relasjonene.

#### 4.6.1 RELASJONEN TIL FYLKESKOMMUNE OG SYKEHUSET

Sør-Trøndelag fylkeskommune la tidlig føringer på hvem som burde samarbeide i regionen. Våre informanter i Oppdal kommune ga uttrykk for at de mente fylkeskommunen presset Oppdal kommune til å inngå et samarbeid med Orkdalsregionen.

*«Det må nok ses på bakgrunn av fylkesmannen sin tegning av kart nært sagt. Jeg opplevde nok nærmest slik at det var fylkesmannen som satte premissene for hva slags samarbeidskonstellasjoner som var aktuelle. Og der kom Oppdal inn i Orkdalsregionen.»*

(Informant I)

I Hadelandsregionen har ikke informantene oppfattet et slikt press fra fylkeskommunen. Fylkesmannen ga tidlig uttrykk for at han ikke ønsket å blande seg inn i diskusjonen om samarbeidsløsninger og et eventuelt helsehus på Hadeland. Vår empiri viser at våre tre case har ulikt forhold til fylkeskommunen de hører til. Vi antar at dette kan ha vært en medvirkende årsak til hvorfor Oppdal kommune valgte å stå alene, da de ikke ønsket å bli presset inn i denne typen samarbeid. Informant I mente det har vært liten frihet i avtaleutforming og at de har hatt liten påvirkningskraft i prosessen for hvilke kommuner som skulle samarbeide i fylket. Gran og Lunner kommuner har ikke opplevd dette presset og har dermed kunnet utvikle en modell for interkommunalt samarbeid på egen hånd.

Samhandlingsreformen har medført at kommunene har fått et nytt avtaleverk med sykehuset. Våre informanter uttrykte at det hadde vært liten frihet i denne avtaleutforming. Både Oppdal, Gran og Lunner kommuner har en overordnet avtale med sykehuset som de må forholde seg til.

*«Vi har, det er jo én overordnet avtale, og det gjelder jo alle kommuner i Hedmark og Oppland pluss Nes, som er en Akershuskommune som inngår i det samarbeidet. Og det er jo et kommunalt utvalg ledet av rådmannen i Vågå og tre andre pluss støtte fra KS, som har framhandlet dette mot Sykehuset Innlandet.»* (Informant C)

I Gran og Lunner kommuner fortalte våre informanter at KS tidlig var på banen for å være en del av denne avtaleutforming, men at dette ikke er noe som ble oppfattet som negativt. De mener

at kommunene ble mer jevnbyrdige rundt forhandlingsbordet med sykehuset, når avtalen gjaldt for så mange kommuner. Gran og Lunner kommuner har i tillegg forhandlet frem en egen lokal tilleggsavtale med Sykehuset Innlandet HF. I avtaleutformingen for Midt-Norge ble det også opprettet et forhandlingsutvalg. I dette forhandlingsutvalget satt blant annet en representant for SiO. Oppdal kommune fikk ingen mulighet til å ha noen representant i dette forhandlingsutvalget. Kommunen fikk dermed ingen påvirkning i hvordan avtalene ble utformet, da de fikk den samme overordnede avtalen som SiO. Oppdal kommune har fremforhandlet en tilleggsavtale med St. Olavs hospital om røntgentjeneste i Oppdal.

#### 4.6.2 RELASJON MELLOM SAMARBEIDSKOMMUNER

Informant B reflekterte mye rundt dette med samarbeid med andre kommuner. Vedkommende legger vekt på at i Gran og Lunner kommuner så ble gevinstene ved å gå inn i et samarbeid vurdert som større enn utfordringene. Det ble også trukket fram at omfanget av samarbeidet mellom Gran og Lunner begynner å bli så stort at diskusjonen om kommunesammenslåing er nærliggende.

*«Samarbeid, interkommunalt samarbeid er noe herk. I den forstand, fordi at det betyr merarbeid. Konklusjonen var at vi hadde utfordrende omfang, men vi valgte altså da, framfor å avvikle så valgte man å forbedre samarbeidet. Og man tror også på at faren for at dette blir en kommune er overhengende.» (Informant B)*

En av de største utfordringene ved å inngå i et slikt samarbeid er at kommunene til enhver tid må enes om hvordan de skal forvalte ressursene. Dersom den ene kommunen skulle ønske å gjennomføre endringer i tjenesten vil det også kreve endringer av finansieringsmodellene, dette er krevende fordi vertskommunen også er avhengig av at den andre kommunen gjør det samme vedtaket. For å unngå langvarige uenigheter i forbindelse med budsjettering har kommunene lagt inn noe de kaller terrorparagraf. Dette innebærer at dersom de ikke blir enige om budsjettet for det kommende året, så vil de bruke årets budsjett justert med prisstigning.

I tillegg til de økonomiske utfordringene ble det trukket det fram at det kan oppstå problemer med at vertskommunen, som i dette tilfellet er Gran, glemmer at de har med seg en annen



kommune i samarbeidet og dermed overstyrer denne kommunen. Alternativt kan det oppleves at samarbeidskommunen, som i dette tilfellet blir Lunner, ikke engasjerer seg med mindre det er noe som er galt. Informant B konkluderte med at det er viktig at Gran og Lunner kommuner er fleksible når de skal gå inn i et slikt samarbeid. Dette kan tyde på at interkommunale samarbeid kan gi skjeve ansvarsforhold og målkonflikter, samt redusere beslutningsfriheten og forsinke beslutningsfarten. Det vil også være rom for opportunistisk atferd fra vertskommunen sin side.

*«Samarbeid uten at man vil samarbeide alle sammen, det er krevende så det vil ikke vi. Har vi behov for å være veldig nøyaktige så blir dette veldig vanskelig.» (Informant B)*

For kommunene oppstår det en rekke utfordringer ved å gå inn i et interkommunalt samarbeid. Våre representanter i kommunene uttrykte at en mindre kommune vil ha en frykt for å bli dominert av større samarbeidskommuner. Dette er blant annet basert på at de er redd for å ikke være jevnbyrdige i en forhandlingssituasjon. Informant A mente at det å inngå i et interkommunalt samarbeid ikke innbar noen risiko for samarbeidskommunene, men at kanskje noen kommuner kunne se selvstendigheten til den enkelte kommune som truet. Vedkommende uttrykte at dette også var noe av årsaken til at Lunner kommune i utgangspunktet var skeptiske til et samarbeid med Gran kommune da de følte at fagmiljøet og administrasjonen i Gran tok føringen på veldig mange områder. Våre informanter fra Oppdal kommune uttrykte en frykt for at et samarbeid med resten av Orkdalsregionen ville føre til en redusert forhandlingsstyrke og at de var redde for å bli overstyrt.

*«Jeg håper jo at man klarer å skille faglige argumenter og det som er redsel for kommunesammenslåing og det å bli dominert av en nabokommune. Jeg tror jo kanskje at det var litt sånn lillebror eller lillesøsterkompleks med i bildet.» (Informant A)*

Andre utfordringer som ble nevnt i forbindelse med et kommunesamarbeid er at det vil føre til et ekstra byråkratisk ledd. Dette byråkratiske leddet er en ekstra administrativ enhet som skal koordinere blant annet økonomi og kompetanse mellom kommunene.

*«Vi får styringskostnader i form av at det er mange beslutningstakere som involverer flere kommuner osv. Konsensusbestemmer, lange diskusjoner og sendrektighet osv. Slik at det har sine sider det her med kommunesamarbeid som man må veie det opp i mot når man tenker på effektivitet.» (Informant I)*

For Oppdal kommune var dette et viktig moment i vurderingen om de skulle gå inn i SiO. Det ble uttrykt en skepsis blant kommunens administrasjon i forhold til at de fryktet at dette skulle bli et nytt helsebyråkrati hvor det ekstra administrasjonsarbeidet ville føre til at kommunen mistet fokuset på brukerperspektivet. Informant I stilte spørsmålstegn ved hvor mye et interkommunalt samarbeid faktisk kan kostnadseffektivisere helsetjenestene for den enkelte kommune da et slikt samarbeid vil gi omfattende merarbeid og styringskostnader som kommer i tillegg. Ved å gå inn i et interkommunalt samarbeid vil det oppstå prinsipal agent-relasjoner mellom kommunene. Utfordringene ved denne relasjonen er drøftet ovenfor.

#### *4.6.3 RELASJON MELLOM KOMMUNENES POLITIKERE OG ADMINISTRASJON*

Samhandlingsreformen beskrives av våre informanter som en omfattende reform som krever mye fagkunnskap. Hvordan reformen innføres i kommunene er avhengig av kommunestyrenes vedtak. De er dermed avhengig av at politikerne støtter seg på de som gjennomfører analyser og utreder de ulike alternativene for kommunene.

*«Ja, det er jo ikke et problem i den forstand at det i et demokrati så må det nødvendigvis være veldig mange meninger, men det er en veldig tung materie, jeg tenker at det er uhyre komplisert især for politikere på deltid å ha noen begrunnede oppfatninger slik at de er henvist til å stole på fagfolk og administrasjon.» (Informant A)*

Som nevnt er politikerne i kommunene kun politikere på deltid, og har derfor manglende kunnskap i forbindelse med gjennomføringen av samhandlingsreformen i kommunene. Det vil være viktig at de hører på hvilke anbefalinger som blir gitt av de som innehar den relevante kompetansen.

Gjennom milepælene har vi illustrert hvordan saksgangen har foregått i de ulike kontekstene. Reformen har skapt omfattende prosesser for kommunene i forhold til hvordan de skulle løse de nye ansvarsområdene, og kommunene har brukt mye tid og ressurser på dette. Siden samhandlingsreformen ble presentert for første gang i 2009, har kommunene hatt relativt god tid til å forberede seg og til å gjøre utredninger i forbindelse med hvordan de skulle møte utfordringene. Av milepælene ser vi at evalueringsprosessen i forbindelse med kommunesamarbeid har gått vesentlig raskere i Oppdal kommune enn i Gran og Lunner kommuner. Informant B la vekt på at prosessen som foregikk på Hadeland tok lang tid. Vedkommende mente at årsaken til dette er fordi de ansatte i kommunene ikke var flinke nok til å holde oppe presset mot kommunepolitikerne. Med dette mente B at etter prosjektrapporten ble lagt fram for politikerne, så tok det relativt lang tid før politikerne fattet noen vedtak i denne saken. B uttrykte at denne tidsbruken er årsaken til at det ble mye usikkerhet i forbindelse med et eventuelt kommunesamarbeid mellom Lunner og Gran kommuner.

Etter at de administrativt ansatte har utredet prosjekter eller lignende, er administrasjonen avhengig av at politikerne i kommunene tar over den videre behandlingen så raskt som mulig. Denne forsinkelsen mellom administrativ og politisk behandling oppstår blant annet fordi det er mange ulike meninger å ta hensyn til i innføringen av standardiserte reformer. På grunn av lokale kontekster ønsker mange å utrede alternative muligheter med ulike analyser før de tar de endelige beslutningene. I Gran og Lunner kommuner er det utført flere ulike analyser og prosjekter, både for kommunesamarbeid og for egen regi. Rapportene har kartlagt de utfordringene kommunene vil møte og har dermed kommet med konkrete anbefalinger for hvordan dette skal løses, men uten å tvinge dem til disse løsningene. På bakgrunn av dette har det dermed tatt relativt lang tid før vedtaket om kommunesamarbeid ble tatt.

I Oppdal kommune er derimot beslutningen om kommunesamarbeid gjort i et kortere tidsrom, og på et tynnere beslutningsgrunnlag. Det er ikke gjennomført særlig mange utredninger og analyser i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen i Oppdal kommune. Sluttrapporten for SiO-prosjektet er den eneste store prosjektrapporten som finnes. Kommunen prioriterte ikke å utrede mulighetene for å oppfylle målsetningene for samhandlingsreformen på egen hånd før kommunestyret vedtok å stå utenfor kommunesamarbeidet i Orkdalsregionen. I tillegg kan vi

anta at byggingen av ODMS ble vedtatt på et relativt tynt beslutningsgrunnlag siden kommunen har valgt å skrinlegge hele byggeprosjektet. Det har heller ikke blitt utredet hva et øyeblikkelig hjelp-tilbud vil koste for kommunen.

Det finnes altså en prinsipal agent-relasjon mellom kommunestyrepolitikere og administrativt ansatte. Gjennom å vedta å gå inn i et kommunesamarbeid vil kommunestyret redusere sitt eget handlingsrom fordi kommunene blir bundet til det som var forutsetningene for samarbeidet. Dette kan samtidig føre til at politikerne i den enkelte kommune ikke får gjennomslag for sin egen agenda, noe som kan føre til opportunistisk atferd i forbindelse med vedtak om å inngå i interkommunalt samarbeid.

#### *4.6.4 OPPSUMMERING*

Empirien viser at det finnes flere ulike prinsipal agent-relasjoner ved innføringen av en standardisert reform. Disse relasjonene er i mange tilfeller uklare, og gir derfor rom for opportunistisk atferd. De ulike relasjonene vil påvirke hvordan kommunene velger å innføre reformen. Dette er medvirkende årsaker til de forskjellene som er skissert i milepælene.

### **4.7 ULIKE FORUTSETNINGER FOR SAMHANDLING**

Vår antakelse er at kontekstspesifikke faktorer spiller inn når kommunene skal innføre samhandlingsreformen. Her vil vi presentere hvordan kommunene tilpasser innføringen av reformen til eksterne omgivelser, eksisterende kultur og størrelse.

#### *4.7.1 ULIKE OMGIVELSER*

Staten hadde for noen år siden et prosjekt der de vurderte nye alternativer for regioninndeling i Norge. På bakgrunn av dette har Gran og Lunner kommuner i vurderingen av et interkommunalt samarbeid vært tydelige på at samarbeidet må være av en slik art at de skal stå sterke nok uavhengig av den fremtidige regiontilhørigheten. I forhold til det helsehuset som skal bygges i regionen er det viktig at det plasseres slik at det blir mest mulig hensiktsmessig for befolkningen i de to kommunene. Pasientene burde slippe og reise langt for behandling på sykehuset dersom det finnes muligheter for å etablere et like godt, eller bedre behandlingstilbud på et

lokalmedisinsk senter nært der pasientene bor. På grunn av geografisk plassering har Lunner og Gran kommuner ønsket avtaler mot andre nærliggende sykehus enn Gjøvik, for eksempel Ringerike og Akershus, da dette for mange av innbyggerne i Lunner kommune har en nærmere beliggenhet enn Gjøvik sykehus. Informant C la vekt på at pasientene egentlig burde legges inn der de får det beste tilbudet, uavhengig av regiontilhørighet og geografisk plassering.

*«Nei, alle norske kommuner må gjøre samarbeidsavtaler i den sykehusregionen de hører til. Men avtalemessig så har vi bare lov til å avtale en vei. Det er det som er krevende.»*

(Informant C)

Hvilke interkommunale samarbeid som er aktuelle vil være påvirket av hvor kommunene ligger plassert på kartet, og hvilke avstander som foreligger mellom de ulike kommunene og sykehuset. Oppdal kommune har en lang avstand til Orkdal Sjukehus, og både politikere og administrasjonen i kommunen var skeptiske til å knytte seg til et samarbeid med Orkdalsregionen da det innebar et brudd på nærhetsprinsippet. Det var knyttet et usikkerhetsmoment i forhold til om et slikt samarbeid ville skape et godt nok tilbud for innbyggerne i kommunen.

*«Når samhandlingsreformen dreier seg om behandling nær der pasienten bor så opplevde jo ikke oppdalingene at det var noe særlig nærmere når vi fortsatt måtte ned til Orkdalen liksom, for å ha en utskrivningsplass ikke sant.»* (Informant F)

Det som imidlertid er litt bemerkelsesverdig er at Orkdal Sjukehus er lokalsykehuset til kommunen, noe som betyr at oppdalingene, enten de ønsker det eller ikke, er knyttet mot dette sykehuset. Grunnet sin plassering på kartet har Oppdal ingen naturlige samarbeidspartnere.

På bakgrunn av at Oppdal kommune står alene mente informant I at økonomistyringen er enklere hos Oppdal enn hos kommuner som samarbeider med andre. Kommunen slipper det ekstra administrative leddet og bevarer beslutningsmyndigheten for hvordan de skal organisere og forvalte kommunens ressurser i kommunens administrasjon. Kommunen vil dermed ha en bedre styring og kontroll på hva de bruker midlene sine til, og kan selv prioritere hva de ønsker å

investere i uten å tenke på behovene til en eventuell andrepert. Samtidig har alle kommunene i vår oppgave relativt lange avstander til nærmeste sykehus. Slik at det er viktig at kommunene får etablert et lokalt tilbud som kan tilfredsstillere nærhetsperspektivet i reformen. Det vil være enklere for kommunene å sikre at dette perspektivet ivaretas dersom de velger å stå alene fordi de slipper å ta hensyn til andre kommuner. For Oppdal kommune ble dette et tungtveiende argument da politikerne mente at de kunne etablere et bedre tilbud lokalt enn det SiO hadde å tilby innbyggerne. Beslutningen om at kommunen skulle stå alene ble vedtatt mens de enda hadde planer om å bygge et distriktsmedisinsk senter. Senteret var tenkt til å bli en bærebjelke for kommunen da de skulle møte utfordringene i reformen alene.

*«Samlokaliseringsprosjektet var en viktig del av samhandlingsreformen på Oppdal, ble det. Det var jo et prosjekt som startet før samhandlingsreformen kom, men det passet jo veldig godt og det ville gjort det veldig mye enklere å oppfylle de kravene som tilsynsmyndighetene kommer til å stille til oss. Nå er det egentlig kaos på en måte.»*  
(Informant E)

Vår empiri viser hvor sårbar en kommune er dersom den velger å stå alene i møtet med en slik standardisert reform. Kommunene tar en sjanse i forhold til om de klarer å utvikle kommunehelsetjenesten slik at den stemmer overens med det som er intensjonene i reformen, og administrasjonen kan få en utfordring med å få etablert et forhandlings- og avtaleteam som er sterkt nok ovenfor helseforetaket. De fleste av informantene fra Oppdal kommune var tydelige på at det kan oppstå en usikkerhet i forbindelse med å tilfredsstillere de kravene som kommer fra fylkesmannen i forbindelse med samhandlingsreformen, særlig etter at samlokaliseringsprosjektet ble skrinlagt. Det gjelder spesielt dette med nødvendig fagkompetanse som kommunene er nødt til å ha. Kommunene kan få vanskeligheter med å skaffe, og opprettholde, den faglige kompetansen som kreves i forbindelse med de nye ansvarene som overføres fra spesialisthelsetjenesten. Diskusjonen ovenfor viser at omgivelsene vil spille en vesentlig rolle når kommunene skal innføre en standardisert reform.

#### 4.7.2 ULIKE KULTURER

Det er viktig for våre informanter, både på Oppdal og i Gran og Lunner, at hvor de hører til spiller en rolle for hvem de ønsker å inngå et samarbeid med. Informant A var tydelig i sin tale på hvorfor Jevnaker kommune trakk seg ut av samarbeidet med Gran og Lunner kommuner, selv om Jevnaker kommune også er en del av Hadelandsregionen.

*«Det er fordi de først og fremst på somatiske helsetjenester på spesialistsiden er orientert mot Vestre Viken mot Ringerike sykehus, så jeg føler vel ikke at det lå noe animositet og dårlige vibrasjoner bak den beslutningen, men at det var mer naturlig for dem å samarbeide med Ringerike.»* (Informant A)

I anledning det interkommunale samarbeidet i Hadelandsregionen mellom Gran og Lunner kommuner, har de vurdert emnet tilhørighet. Alle informantene mener det er viktig at kommunene tenker langsiktig tilknytning til regionen ved et eventuelt samarbeid.

*«Også har vi jo hatt en kommunestruktur diskusjon, og det er jo veldig tydelig dette med hva slags tilhørighet Lunner regionmessig om det er. Det påvirker jo, det er helt unaturlig for Gran og sylte ned masse penger i et samarbeid, dersom det er klart at Lunner vil gå ut av samarbeidet, fordi de vil gå til Akershus i overskuelig framtid.»* (Informant B)

Tilhørighet er også et viktig argument for hvorfor Rennebu kommune valgte å samarbeide med SiO, mens Oppdal kommune valgte å stå utenfor samarbeidet. I Oppdal kommune har det i stedet vært et ønske om å søke samarbeid mot Trondheimsregionen heller enn til Orkdalsregionen.

*«Sånn geografisk da, så har de jo mye mer tilhørighet dem da fra nedi bygda og til Orkdal enn hva vi har.»* (Informant F)

Dette viser at tilhørighet spiller en rolle. Vi opplever at det er en viss fare for at en følelse av tilhørighet påvirker mer enn det egentlig burde gjøre, som bidrar til at kommunene tar irrasjonelle beslutninger. Oppdal kommune er verken en del av Orkdalsregionen eller

Trondheimsregionen, men flere av informantene kommenterte at et samarbeid mot Trondheimsregionen vil være mer naturlig for oppdalingene. I Trondheimsregionen viste det seg at det derimot ikke eksisterer noen struktur for at Oppdal kommune kan få innpass i samarbeidet.

I interkommunale samarbeid er det viktig at kommunene opplever at de er på samme bølgelengde. I Oppdal kommune kom det en del reaksjoner på hvordan representanten fra SiO håndterte de kulturstrømningene som fantes i kommunestyret og blant befolkningen i kommunen. Informant E trakk fram at vedkommende gjorde en dårlig jobb i forhold til hvordan ideen om SiO ble presentert for kommunestyret i Oppdal. Representanten fra SiO uttalte seg arrogant om hvor bra dette skulle bli, og hvor lite oppdalingene hadde å frykte ved å gå inn i dette samarbeidet. Informanten fortalte videre at representanten fra SiO ikke forstod oppdalskulturen, og resultatet av dette var at vedkommende ble oppfattet som lite troverdig av innbyggerne i kommunen.

*«Representanten beregnet ikke publikumet sitt, og kjenner ikke mentaliteten ute i bygda og rundt omkring. I kommunestyret den gangen, vedkommende var der to eller tre ganger, så ble det kulturkræsj. Representanten var der glatt og veldresset, og hørte ikke hva som ble sagt av kommunestyrerepresentantene.» (Informant E)*

Utsagnet ovenfor viser hvor viktig det er at et budskap kommuniseres på en måte slik at det samsvarer med kulturen og tradisjonene som mottakerne av budskapet har. Når kommunene skal samarbeide med andre blir de avhengige av å ha tro på hverandre som likeverdige aktører, og at hver av partene kan gjøre en god jobb for det felles beste. En annen informant reflekterte om hvorfor Rennebu kommune valgte å knytte seg nedover mot Orkdalsfjøret, og ikke mot Oppdal kommune.

*«Det ligger jo mye sånn gammel kultur og gamle vennskap og uvennskap, og jeg tror nok det at Oppdal blir sett på som størst og best av rennbyggen. Og det trenger ikke slå så positivt ut når man skal samarbeide.» (Informant F)*



Dette tyder på at Oppdal kommune har høye tanker om seg selv. Det er et oppfattet skille på kulturen mellom Oppdal kommune og Rennebu kommune, og det har historisk vært en rivalisering mellom disse to kommunene på flere områder. En slik rivalisering mellom kommunene kan bidra til et usikkert og turbulent samarbeid. Også en annen informant bekreftet at Oppdal er oppfattet som vanskelig å samarbeide med.

*«Vi ble vel oppfattet som noen særinger som hele tiden skal stå alene og være så spesielle, og ikke er i stand til å samarbeide med andre. Vi har begynt å få det ryktet på oss her i Oppdal altså.»* (Informant I)

Kulturen på Hadeland er preget av at kommunene går inn i samarbeid for å skape et best mulig tilbud til innbyggerne. Hadelandsregionen er derfor en region med samarbeid innenfor mange områder. Hadelandsregionen har sitt eget regionråd som jobber med prosjekter for å skape gode levekår og utviklingsmuligheter på Hadeland, samt profilere regionen som en attraktiv bo- og etablererregion for alle som vil leve i takt med naturens bæreevne (Regionrådet for Hadeland, 2011).

Våre funn viser at våre to kontekster er relativt forskjellige når vi ser på forutsetningene for samhandling i kulturelle omgivelser. Dette kan være en begrunnelse for hvorfor kommunene har valgt å innføre reformen ulikt, samt være årsaken til de forskjellene vi skisserte i milepælene.

#### 4.7.3 ULIKE STØRRELSER

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) anbefales det at kommuner går sammen om å løse utfordringene. Våre informanter har et noe blandet syn på om kommunesamarbeid er et godt virkemiddel for å nå målsetningene i reformen. Oppdal har som tidligere nevnt valgt å stå utenfor samarbeid, mens Gran og Lunner har til slutt valgt å samarbeide om deler av de utfordringene som er skissert.

*«Og en mellomstor og en mindre kommune har hver for seg mindre muligheter til å gjøre det. Nettopp i et samarbeid hvor vi når en slags kritisk masse, på tre-fire og tyvetusen innbyggere. Ideelt sett skulle vi jo vært enda større og kanskje hatt med Jevnaker også.»*  
(Informant A)

Informanten mente at omfanget på samarbeidet burde være av en viss størrelse for å sikre at kommunene oppnår synergieffekter og stordriftsfordeler. Dette er et av de viktigste fortrinnene som taler for kommunesamarbeid. Fortrinnene innebærer blant annet at de samler spisskompetanse, slik at den enkelte kommune slipper å hente inn denne på egen hånd. Et samarbeid vil også føre til at de kan være mer fleksible og kunne gi et bedre tilbud ut til innbyggerne. Ved et samarbeid vil kommunene også fordele risikoen med utstyr og behandling av ressurskrevende pasienter over flere, slik at belastningen blir mer jevn over tid. RO har understreket at for å kunne skape synergieffekter er kommunene avhengig av at et slikt helsehus eller distriktsmedisinsk senter er av en viss størrelse.

*«Slik at den største gevinsten med et interkommunalt samarbeid er på den faglige utviklingen. Man skaper et bedre produkt sammen enn hver for seg, og at det også kan være økonomiske gevinster av å finne felles løsninger så ikke hver kommune må finne opp kruttet.»* (Informant H)

Samtidig er det en fare for at kostnadene i forbindelse med reformen blir langt større enn det politikerne har oversikt over. En kommune som står alene går glipp av en del synergieffekter og stordriftsfordeler som oppstår når de samarbeider med andre.

*«Altså risikoen er jo at vi blir stående alene og ikke klarer å finansiere de lokale løsningene, ikke klarer å gjøre dem faglige gode nok. Også kommer fylkesmannen og fylkeslegen og sier at dette er ikke godt nok. Klarer vi å lage gode nok opplegg for det som samhandlingsreformen inneholder da på en måte, der tar vi en sjanse.»* (Informant E)

Informant E nevnte at kommunene vil kunne få store utfordringer når det skal etableres et øyeblikkelig hjelp-tilbud, og at dette muligens kan bli vanskelig å gjennomføre for en liten kommune som står alene. Å opprette et øyeblikkelig hjelp-tilbud vil være ressurskrevende spesielt med tanke på at tilbudet krever at kommunene må ha kompetent personell tilgjengelig på vakt gjennom hele døgnet, året rundt. Dette kravet vil mange små kommuner streve med å

oppfylle. Gran kommune har allerede etablert et slikt tilbud. De har klart seg fint alene til nå, men ser at det kan være fordelaktig hvis flere kommuner jobber sammen. I følge Helsedirektoratet (2013) løser 3 av 4 kommuner øyeblikkelig hjelp-tilbudet gjennom interkommunalt samarbeid. Av argumentasjonen ovenfor ser vi at kommunene vil møte en økonomisk risiko ved å stå alene, som ellers kunne vært delt med samarbeidskommuner, både med tanke på kompetanse og dyrt utstyr.

Vi har inntrykk av at antall parter i samarbeidskonstellasjonen har betydning for om kommunene velger å innføre reformen alene eller sammen med andre. Oppdal kommune hadde valget mellom å samarbeide med tolv andre kommuner eller å stå alene. Det høyeste antallet som har vært oppe til diskusjon for et eventuelt samarbeid i Hadelandsregionen er tre. Dette kan tyde på at når samarbeidet vurderes som for stort, vil kommunene unngå å gå inn i samarbeid. Vi opplever imidlertid at det ikke eksisterer noe entydig svar på hva som er grensen på hvor mange innbyggere en kommune bør ha for å klare seg alene i møte med reformen, men informantene pekte på at det helt klart finnes en grense på kommunestørrelse for når kommunene er i stand til å levere tjenesten på selvstendig plan. I Oppdal kommune opplevde vi at informantene mente at kommunen er i grenseland for hva de kan klare på egen hånd, spesielt med tanke på rekruttering av arbeidskraft. Mens informantene fra Gran kommune mente de vil klare seg fint alene, men at de ser fordelen med å bli større. Det er bemerkelsesverdig at både informantene i Gran og Oppdal kommuner mener de er i grenseland med tanke på antall innbyggere, da Gran kommune har omtrent dobbelt så mange innbyggere som Oppdal kommune. Dette kan tyde på at antall innbyggere blir brukt som et beskyttelsesargument for valget om å gjennomføre reformen i egen regi eller å samarbeide med nærliggende kommuner. Sunndal kommune, med i overkant av 7 000 innbyggere, trekkes frem som et eksempel på en mindre kommune som klarer seg godt alene av flere av informantene våre.

*«Ja, i en kommune sånn som oss, som bare har 13300 innbyggere, så mener jeg at vi bør ha et interkommunalt samarbeid sammen med Lunner. For noen av de oppgavene som nå kommer og blir lagt ut til kommunen som vi ikke hadde tidligere, dette med disse forsterkede korttidsavdelingene og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det mener jeg at det må vi gjøre sammen.» (Informant D)*

Noen informanter kommenterte også størrelse opp i mot dagens kommunestruktur og befolkningssammensetning i Norge. Landet er veldig flerdelt der noen landsdeler er tett befolkede, mens andre områder i landet er mer gravgrendte. Det spekuleres også i om reformen er et ledd i en langsiktig plan om en kommunesammenslåing i fremtiden.

*«Det som jeg synes er mest grunn til å stille spørsmålstejn ved er dette her med at om kommunene, med den kommunestrukturen man har i Norge, er i stand til å innfri de forventningene som ligger der.» (Informant I)*

Tolkningene av størrelse er forskjellige for informantene. Kommunestørrelse vil påvirke hvilket helsetilbud kommunene klarer å tilby innbyggerne og hva de mener er et godt nok helsetilbud for brukerne.

#### 4.7.4 OPPSUMMERING

Diskusjonen ovenfor viser at både regiontilhørighet, nærhet til lokalsykehus, kultur, tradisjoner og størrelse vil ha betydning for hvilket helsetilbud kommunene tilbyr innbyggerne sine. Disse forholdene er innvirkende på hvordan kommunene velger å innføre reformen og resulterer i de forskjellene som er skissert i milepælene.

#### 4.8 OPPSUMMERING AV EMPIRISKE FUNN

Avslutningsvis i dette kapitlet vil vi oppsummere våre empiriske funn. Funnene vil danne grunnlaget for hvordan vi legger opp analysekapitlet. I analysen skal vi drøfte funnene opp mot det teoretiske rammeverket vi har skissert.

- Det oppstår en dekopling mellom reformens intensjoner og hvordan kommunene faktisk velger å gjennomføre den. Kommunene prioriterer det som oppfattes som økonomisk gjennomførbart.
- Det nye økonomiske ansvaret skaper økt usikkerhet og uklare insentiver for økonomistyringen i kommunene. Det er vanskelig for kommunene å estimere framtidige kostnader til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.

- Innføringen av en slik standardisert reform i kommunene er påvirket av institusjonelle omgivelser. Reformen vil innføres forskjellig i kommunene på grunn av at de tolker innholdet i reformen ulikt. Kommunene sier de har innført reformen for å skape legitimitet i omgivelsene.
- En slik standardisert reform fører med seg mange prinsipal-agent relasjoner. Disse er i mange tilfeller uklare og krever derfor omfattende avtaleverk, lover og forskrifter. Prinsipal agent-relasjonene påvirker hvordan kommunene velger å innføre reformen.
- En slik standardisert reform vil innføres forskjellig i kommunene på grunn av ulike forutsetninger for samhandling. Kommunenes geografisk plassering, regiontilhørighet, kultur, tradisjoner og størrelse vil alle være sentrale aspekter i innføringen av samhandlingsreformen.

## 5 ANALYSE

I dette kapitlet vil vi knytte våre empiriske data opp mot det teoretiske rammeverket som ble presentert i kapittel 2. Vi har brukt våre funn som grunnlag for strukturen i analysekapitlet, og har derfor delt kapitlet inn i fem delkapitler.

Ved hjelp av den brede definisjonen på økonomistyring som vi har valgt i denne oppgaven, har vi antatt at økonomistyringen i kommunene er en omfattende prosess. Våre funn illustrerer denne omfattende prosessen der kommunene må ta hensyn til langt mer enn effektivitet og maksimering av ressursutnyttelse i sin økonomistyring.

### 5.1 SAMHANDLINGSREFORMEN OG DEN NORMATIVE STYRINGSPROSESSEN

Vi tolker våre data slik at det er et brudd mellom en av hovedintensjonene i samhandlingsreformen og den faktiske innføringen i våre casekommuner. Verken Gran, Lunner eller Oppdal kommuner har kommet i gang med konkrete forebyggingstiltak enda. I reformen er forebygging trukket fram som et av de viktigste strategiske virkemidlene for å nå de overordnede målsetningene. Sett i lys av Anthony og Young (1999) sin normative styringssirkel indikerer våre funn at det er en dekobling mellom flere av elementene i styringsprosessen i forhold til hvordan våre casekommuner innfører og gjennomfører det forebyggende perspektivet i reformen. Dette tyder på at styringen er irrasjonell ved at det er en manglende integrering mellom elementene i styringsprosessen.

Vårt inntrykk er at Gran, Lunner og Oppdal kommuner opplever at de ikke får tildelt nok samhandlingsmidler slik at de kan planlegge og budsjettere med konkrete tiltak til forebyggende arbeid. Kommunene må selv prioritere hva de skal bruke samhandlingsmidlene på, og våre funn viser at våre casekommuner bruker alle sine tildelte midler til kommunal medfinansiering og til å betale for utskrivningsklare pasienter. Kommunene har fått tildelt et visst antall midler, og må tilpasse seg deretter for oppnå legitimitet i omgivelsene. Dette viser altså at kommunene synes det er vanskelig å sette av midler til, og prioritere forebygging selv om dette er en av hovedintensjonene med reformen. I følge Pettersen et al. (2008) er dette et brudd mellom det strategiske nivået og økonomiplanen i styringssirkelen. Strategiene og anbefalingene som

reformen presenterer i forhold til forebyggende aktiviteter oppfattes som uklare av kommunene. Dette gjør at kommunene strever med å koble dem inn i sine budsjetter. Videre tyder våre funn på at de planene våre casekommuner har lagt for forebyggende aktivitet er vanskelig å sette ut i praksis på grunn av at de er for vagt spesifiserte. Her oppstår det en dekopling da kommunene får trøbbel med å koble planene om forebyggende tiltak over til aktivitet. Dette stemmer med teorien til Pettersen et al. (2008).

Våre funn indikerer også at våre casekommuner synes det er vanskelig å sette av penger til tiltak det er vanskelig å se de konsekvensene av. På grunn av at det er vanskelig for kommunene å oversette det som står i økonomiplanen til handling, tyder våre funn på at det også oppstår en dekopling mellom handling og rapportering i styringsprosessen. Det er et brudd mellom de kostnadene og aktivitetene som registreres i regnskapet, jamfør Pettersen et al. (2008).

Vi har også funnet ut at Gran, Lunner og Oppdal kommuner velger å gjennomføre det som er økonomisk gjennomførbart i stedet for det skisseres som viktige oppgaver i reformen. Dette skaper styringsutfordringer i kommunene. I følge Pettersen et al. (2008) kan dette knyttes til at den overordnede strategiske visjonen er relativt frikoblet fra budsjetter og handling. Våre funn tyder på at det også her er et brudd mellom reformens intensjoner og den faktiske innføringen i våre casekommuner. Det er store forskjeller mellom kommunene for hva de mener er økonomisk gjennomførbart. Dette gjelder blant annet i forhold til kommunenes etablering av et øyeblikkelig hjelp-tilbud og iverksettelse av forebyggende aktiviteter. Slike forskjeller fører til at en slik standardisert reform innføres forskjellig i Gran, Lunner og Oppdal kommuner.

Våre funn tyder på at det oppstår styringsutfordringer for våre casekommuner i forbindelse med at politiske prosesser er komplekse og tar lang tid. I milepælene avdekker vi at de kommunale prosessene i forbindelse med innføringen av reformen tar lang tid, og våre funn indikerer at det vil oppstå brudd med styringssirkelen på bakgrunn av dette. Utfordringen med lange politiske prosesser er at de forutsetningene som vedtakene opprinnelig var tuftet på kan ha forandret seg i mellomtiden, slik at nye utredninger og planer må gjennomføres. Det oppstår dermed et brudd på den normative styringssirkelen på grunn av at den kontinuerlige prosessen brytes. Våre funn indikerer imidlertid at det er en tveetydig sammenheng mellom ressursinnsats og resultat, i tillegg

til at våre casekommuner må ta hensyn til mange ulike interesser og meninger i prosessene der de skal utrede og vurdere hvilke tiltak som skal iverksettes. På bakgrunn av dette oppstår det et brudd på den normative styringssirkelen.

Som vist ovenfor oppstår det flere brudd med den normative styringssirkelen når en slik standardisert reform innføres i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Kommunene får styringsutfordringer ved at det oppstår brudd mellom intensjonen i reformen og den faktiske innføringen i kommunene, da spesielt i forhold til det forebyggende perspektivet i reformen. Som følge av de styringsutfordringene kommunene møter når de innfører reformen vil kommunene gjennomføre det som er økonomisk gjennomførbart. I tillegg vil lange og komplekse politiske prosesser skape styringsutfordringer for kommunene ved innføringen av en slik standardisert reform.

## 5.2 NYE STYRINGSUTFORDRINGER I KOMMUNENE

Vi har tidligere vist at det oppstår ulike styringsutfordringer når Gran, Lunner og Oppdal kommuner skal innføre og gjennomføre samhandlingsreformen. Helsesektoren har generelt vært forbundet med lite effektiv drift og lite fokus på det helhetlige pasientforløpet. Den har også vært preget av mye byråkrati. Våre funn viser at staten gjennom samhandlingsreformen har lagt til rette for at kommunene må gjennomføre endringsprosesser i organisasjonen for å kunne møte de utfordringene som skisseres i reformen. Sett i lys av Hood (1995) er NPM grunnlaget for reformen da en slik form for modernisering av sektoren er helt i tråd med tankegangen i NPM. Vi ser at samhandlingsreformen bygger på de to søylene som Klausen (2011) beskriver. Samhandlingsreformen handler mye om kontraktsstyring og frie forbrukervalg. I tillegg bygger reformen på kjente styrings- og organisasjonsprinsipper fra privat sektor, gjennom mye fokus på prestasjonsmål.

Det nye økonomiske ansvaret er et todelt ansvar for kommunene, nemlig at kommunene skal medfinansiere 20 % av innbyggernes sykehusforbruk og at de blir ansvarlige for ferdigbehandlede pasienter fra første dag som de er registrerte som utskrivningsklare. Våre funn indikerer at det nye økonomiske ansvaret som blir påført kommunene gjennom reformen, skaper en økt usikkerhet for økonomistyringen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Det nye



økonomiske ansvaret har tvetydige mål og disse gir styringsproblemer for kommunene. Tvetydigheten gir kommunene en stor styringsfrihet. Våre funn tyder på at det er vanskelig å avdekke noe konkret årsak virknings-forhold mellom ressursinnsats og resultat i tjenesteproduksjonen til Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Samtidig har vi inntrykk av at det er vanskelig å måle prestasjoner i kommunenes helse- og omsorgstjenester da en ytelsesindikator er satt sammen av mange små faktorer og er som oftest basert på skjønsmessige vurderinger. Flere av disse faktorene vil i tillegg være umulig for kommunene å kontrollere. Det vil derfor være vanskelig for kommunene å styre sin økonomi i forhold til de ytelsesindikatorene som ligger til grunn. Ut fra Ouchi (1977) sitt rammeverk for styringsform kan vi si at våre funn viser at våre casekommuner må styre etter andre forhold enn resultat og atferd, nemlig etter en form for profesjons- eller normstyring.

Vi har også grunnlag for å si at utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering blir brukt som prestasjonsmål for Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Kommunene måler seg mot seg selv, men også opp i mot andre kommuner. Våre funn indikerer at kommunene ønsker å ha minst mulig overliggende pasienter i sykehuset. Dette kan føre til at de tar hjem pasienter for «enhver pris» ved at de legger brukere på dobbeltrom eller i korridorene for å kunne oppnå dette målet. En slik tankegang kan føre til en målforskyvning ved at det er en uoverensstemmelse mellom det de måler og det overordnede målet med virkemiddelet i følge Bouwens og Speklé (2007), i tillegg kan dette kobles til De Bruijn (2002) sin tankegang om at bruken av prestasjonsmål kan skape et dysfunksjonelt og kortsiktig fokus i kommunene. I følge Bouwens og Speklé (2007) er det viktig å være oppmerksom på sensitivitet, støy og målkongruens i utformingen av prestasjonsmål i en organisasjon. Våre funn tyder imidlertid på at det nye økonomiske ansvaret er prestasjonsmål med lite sensitivitet, mye støy og målinkongruens. I tillegg er prestasjonsmålene basert på uklare indikatorer. Dette vil føre til målefeil, som igjen vil gi målforskyvning og muligheter for opportunistisk atferd. Bruken av slike prestasjonsmål kan føre til at våre casekommuner mister fokuset på det som egentlig er viktig, nemlig at pasientene skal bli friske gjennom et helhetlig pasientforløp. Prestasjonsmålene påvirker dermed prioriteringene til kommunene. Dette støtter De Bruijn (2002) sin oppfatning om at slike kvantitative prestasjonsmål kan gjøre det vanskelig å fange opp profesjonalismen og kvalitetsnivået som faktisk eksisterer i virksomheten.

Vi kan videre anta at medfinansieringsansvaret er vanskelig å estimere og budsjettere for kommunene. I empirien antyder vi at fordelingen av midler til medfinansieringen er basert på skjev fordelingsnøkkel fordi det som er målt er kapasiteten i sykehuset og ikke innbyggernes etterspørsel. Det er dette som blant annet skaper problemene i forbindelse med budsjetteringen i kommunene. Denne gale fordelingsnøkkel stemmer overens med det etterspørselsoverskuddet og den fordelingsproblematikken som Pettersen et al. (2008) skisserer som styringsutfordringer i helsesektoren. Våre funn tyder også på at medfinansieringsansvaret skaper uklare insentiver for økonomistyringen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. I forhold til medfinansieringsansvaret går dette ut på at kommunene i størst mulig grad forsøker å legge inn brukere i egne enheter, før eller i stedet for at de eventuelt sender dem til sykehuset. Ved å legge inn brukerne i egne enheter vil kommunene kunne gi brukerne den behandlingen de trenger nærmere hjemmet, samtidig som at de slipper å betale for bruk av spesialisthelsetjenesten. Utfordringen er imidlertid at dette vil i mange tilfeller føre til et dårligere tilbud til brukerne, for eksempel ved at de ikke nødvendigvis får den hjelpen de trenger tidsnok. Vi kan dermed konkludere med at medfinansieringsansvaret gir rom for at kommunene kan ta beslutninger som vil gå på bekostning av ønsket om å skape høyest mulig velferd til brukerne, jamfør Busch, Johnsen og Vanebo (2009)

I St.meld.nr 47 (2008-2009) skisseres det hvordan kommunene burde prioritere og bruke sine ressurser slik at de bidrar til at målsetningene med landets helsepolitikk realiseres. Våre funn viser imidlertid at Gran, Lunner og Oppdal kommuner synes det er vanskelig å prioritere slik det skisseres i stortingsmeldingen da de ikke får tildelt tilstrekkelig med midler fra staten. Sett i lys av NOU (1997) sine to samfunnsøkonomiske krav i forbindelse med kommunenes effektive ressursbruk om kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet, vil anta at prioriteringene til våre casekommuner i mange tilfeller er gjort på bakgrunn av at de skal produsere til så lave kostnader som mulig, slik at det går på bekostning av målet om å maksimere innbyggernes velferd i høyest mulig grad.

Vi kan konkludere med at det nye økonomiske ansvaret i reformen har bidratt til at økonomistyringen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner har endret seg fra et vertikalt til et horisontalt perspektiv. Denne nye måten å tenke på skaper styringsutfordringer for kommunene.

Sett i lys av Busch (2000) sin beskrivelse av at offentlig sektor tradisjonelt har vært preget av vertikale styringsformer i en oppsplittet verdikjede med avgrensede ansvarsområder, oppstår det styringsutfordringer på bakgrunn av at økonomistyringen i kommunene går fra å være aktivitetsorientert til å bli prosessorientert. Styringen har endret seg fra å være karakterisert som et “push-system” til å bli et “pull-system”. I følge St.meld. nr. 47 (2008-2009) skal det helhetlige pasientforløpet være i fokus hos alle aktørene i verdikjeden. Det skal bli bedre samhandling mellom aktørene, og de skal tenke på helse- og omsorgstjenestene som en prosess. Våre funn indikerer at det nye økonomiske ansvaret har påvirket våre casekommuner til å forbedre samhandlingen mellom de ulike delene av kommunenes helse- og omsorgstjenester. I følge Hansen og Mouritsen (2007) stemmer dette godt med den horisontale styringsmåten som krever samhandling og samarbeid i tillegg til en helhetlig forståelse av prosessene i organisasjonen.

Vi har dokumentert at det nye økonomiske ansvaret skaper styringsutfordringer for våre casekommuner når de skal innføre samhandlingsreformen. Det nye økonomiske ansvaret fører til styringsutfordringer i forbindelse med økonomistyringen i kommunene. Gran, Lunner og Oppdal kommuner opplever at det er vanskelig å budsjettere framtidige kostnader, i tillegg blir kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter brukt som grunnlag for prestasjonsmåling i kommunene. Styringsutfordringer oppstår når økonomistyringen i kommunene skal endres fra et vertikalt til et horisontalt perspektiv.

### 5.3 INSTITUSJONELLE OMGIVELSER

Kommunene er en del av den offentlige forvaltningen i Norge. Kommunene er underlagt både statens og fylkeskommunenes forvaltning. Dette fører til at kommunene må forholde seg til de føringene og påleggene som kommer fra sentrale hold. Samhandlingsreformen er en idé og oppskrift som kommunene blir pålagt å innføre og gjennomføre av staten.

DiMaggio og Powell (1983) betegner denne typen oppskrifter og ideer som blir tvunget på kommunene som tvangsmessig isomorfisme. De nye lovverkene og retningslinjene som ligger til grunn i reformen fungerer som et institusjonelt press fra staten. Som en følge av disse lovendringene og retningslinjene har Oppdal, Gran og Lunner kommuner måttet omorganisere sine helse- og omsorgstjenester for å kunne møte de utfordringene som er skissert i St.meld. nr.

47 (2008-2009). Reformen inneholder ulike veiledninger og anbefalinger om hvilke tjenester kommunene blant annet bør tilby til sine innbyggere. Det er også laget veiledninger på hva avtalene med sykehuset bør inneholde og hvilke tidsfrister kommunene og sykehuset bør forholde seg til. Denne typen anbefalinger er det som av DiMaggio og Powell (1983) betegnes som normativ isomorfisme. På grunn av både den normative og den tvangsmessige isomorfismen blir dermed kommunene mer like hverandre ved innføringen av samhandlingsreformen. Kommunenes helse- og omsorgstjenester har blitt mer like som følge av at de må forholde seg til de samme retningslinjene for organisering av sine tjenester som resten av kommunene i Norge. Fordi det finnes anbefalinger om hvordan avtaleverkene mellom sykehusene og kommunene bør se ut, viser våre funn at mange kommuner, for eksempel i Oppland og Hedmark, har fått like overordnede avtaler. Vår empiri viser at Lunner kommune har innført deler av reformen på bakgrunn av imiteringsmessig isomorfisme ved at de satte i gang “Reform i Lunner” etter at “Samhandlingsprosjektet på Hadeland” var ferdig. I tillegg ser vi at Lunner kommune omorganiserer noen av sine tjenester slik Gran kommune har gjort.

Vi kan konkludere med at Oppdal kommune innfører reformen i stor grad på bakgrunn av tvangsmessig isomorfisme. De innfører de ulike delene i reformen når det blir lovpålagt. Gran kommune innfører reformen i stor grad som følge av normativ isomorfisme da Gran innfører en del av anbefalingene før de blir lovpålagt. Lunner kommuner innfører reformen i stor grad på grunn av imiteringsmessig isomorfisme da vi har sett at de i noen grad kopierer det Gran kommune gjennomfører, for eksempel organiseringen av et øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Vi har inntrykk av at utfordringen med en slik standardisert reform er at denne ikke nødvendigvis passer alle kommunene i Norge like godt. Kommunene har ulike forutsetninger for å kunne gjennomføre denne typen reformer. De ulike delene av reformen skaper ikke nødvendigvis bedre effektivitet for Gran, Lunner og Oppdal kommuner, men de innfører den fordi de må. Ved å innføre en slik reform som samhandlingsreformen vil kommunene skape legitimitet i sine omgivelser, blant annet fordi innbyggerne får inntrykk av at kommunene gjør det beste for sine innbyggere. Dette stemmer med teorien til Meyer og Rowan (1977). Våre funn tyder imidlertid på at våre casekommuner skaper et godt nok tilbud innenfor de økonomiske rammene de har, selv om dette ikke alltid er til det beste for innbyggerne. Dette kan skape en

målkonflikt mellom innbyggernes interesser og kommunenes interesser. Målkonflikter er ikke legitimitetsskapende for kommunene og de vil derfor uttrykke at de har gjort alt de kan for å skape det beste tilbudet til brukerne.

Vi har vist ovenfor at det oppstår en dekopling ved innføringen og gjennomføringen av en slik reform i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Dette stammer blant annet av at det er løse koblinger mellom reformens intensjoner og kommunenes gjennomføring av reformen. Det oppstår en dekopling på grunn av den normative isomorfismen som kommer i forbindelse med statens anbefalinger. Våre informanter mener at kommunene bør starte med forebygging, men opplever at de er underfinansiert. Dette fører til at kommunene ikke vil kunne nå målet om forebygging på lang sikt. Årsaken til at kommunene allikevel klarer å leve med denne dekoplingen er fordi målet til kommunene ikke handler om høyest mulig effektivitet, men høyest mulig velferd for kommunenes innbyggere. Dette handler i stor grad for Gran, Lunner og Oppdal kommuner om å skape aksept og legitimitet i omgivelsene. Våre funn tyder dermed på at dette er det som av Brunsson (i Christensen et al., 2007) betegnes som hykleri. Regjeringen snakker i store ord om hvor bra de fremtidige helsetjenestene blir hvis kommunene innfører og gjennomfører det slik som staten har anbefalt. Våre funn tyder imidlertid på at kommunene ikke har mulighet til dette da de opplever at de er underfinansiert.

Vi tolker våre data slik at det oppstår dekopling som følge av at ulike personer i kommunene tolker de ulike begrepene i reformen forskjellig. Det nye begrepsapparatet har skapt misforståelser og styringsutfordringer i våre tre case. Siden begrepene blir tolket ulikt, vil også reformen bli innført forskjellig i kommunene. Denne tolkningen og tilpasningen er det som kalles translasjon av Christensen et al. (2007). Våre funn tyder på at begrepene i noen tilfeller blir tolket slik at de kan passe med kommunenes eksisterende tjenester, slik at reformen lettere kan innføres. Men vår empiri tyder også på at noe av denne translasjonen er uintendert, og at de ansatte i kommunene tror og mener de har tolket riktig ut fra hva reformen innebærer. På grunn av at det finnes ulike tolkninger av begrepene i Gran, Lunner og Oppdal kommuner vil kommunene få et implementeringsproblem når samhandlingsreformens skal innføres og gjennomføres.

Det oppstår styringsutfordringer for våre casekommuner når de skal innføre samhandlingsreformen. Styringsutfordringene oppstår på grunn av at kommunene opplever tvangsmessig, normativ og imiteringsmessig isomorfisme, i tillegg tilpasser kommunene reformen til eksisterende tjenester slik at den passer bedre til hva de kan mestre. Dette fører til at Oppdal, Lunner og Gran kommuner velger å innføre reformen forskjellig.

#### 5.4 UKLARE OG MANGE PRINSIPAL AGENT-RELASJONER

Ved innføringen av samhandlingsreformen i kommunene er det flere prinsipal agent-relasjoner som vil være relevante å definere og drøfte. Alle disse relasjonene stemmer med Jensen og Meckling (1976) sin definisjon av en prinsipal agent-relasjon. De prinsipal agent-relasjonene som finnes er preget av at individene har ulike mål, ulik holdning til risiko og asymmetrisk informasjon. Dette stemmer med Fama (1980) sin teori om prinsipal og agent, og vil gjenspeile seg i kommunenes innføring av reformen.

##### 5.4.1 FYLKESKOMMUNE OG SYKEHUS

Våre funn indikerer at våre casekommuner har ulikt forhold til sin respektive fylkeskommune. Kommunene synes å opptre som agenter for fylkeskommunene som er prinsipaler. Empirien viser at fylkeskommunene ønsker ulik påvirkning i det kommunale tilbudet i våre kontekster. Det ligger derfor forskjellige forutsetninger til grunn når Oppdal, Gran og Lunner kommuner skal innføre samhandlingsreformen. Oppdal kommune sitt forhold til Sør-Trøndelag fylkeskommune er basert på strengere føringer, enn hva Lunner og Gran kommuner har fra Oppland fylkeskommune. Det finnes ulike interesser mellom fylkeskommunene og våre casekommuner, og dette har i Oppdal kommunes tilfelle ført til en målkonflikt med Sør-Trøndelag fylkeskommune, der begge nivå ønsker å ivareta sin egeninteresse. Fylkeskommunen ønsker å følge statens anbefaling om samarbeid, mens Oppdal kommune ønsker å ha et tilbud nært til brukerne, samtidig som de ikke mener de har noen tilhørighet til Orkdalsregionen.

Oppdal, Gran og Lunner kommuner er alle middels store kommuner, og mye tyder på at disse kommunene vil bli små i avtaleforhandlingene med sykehusene. Vår empiri viser at de ved å stå sammen med andre kommuner kan møte sykehusene mer jevnbyrdige i en forhandlings situasjon.

I denne relasjonen er sykehusene prinsipaler mens kommunene er agenter. Forholdet mellom sykehusene og kommunene er preget av skjult informasjon, jamfør Douma og Schreuder (2008). Sykehuset vet ikke hvilke ressurser og muligheter kommunene har i egne helse- og omsorgstjenester, og må derfor støtte seg til at representantene fra kommunene snakker sant når avtalene skal utvikles. Denne relasjonen vil i mange tilfeller være uklar for både sykehusene og kommunene, og dette krever omfattende avtaleverk og kontrakter for å unngå usikkerhet. Våre funn tyder imidlertid på at det ikke er mulig å lage fullstendige avtaler, da helse som tjenesteproduksjon er et komplekst område å lage avtaler innenfor. Ufullstendige avtaler gir rom for at kommunene kan ivareta sine egne interesser fordi de får stor frihet, og at dette vil være i konflikt med sykehusets ønsker. Dette kan ses i sammenheng med Busch og Vanebo (2003) sin teori om at egeninteresse kan føre til opportunistisk atferd.

Vi har belyst at Gran, Lunner og Oppdal kommuner og deres respektive sykehus har ulike mål. Kommunene ønsker høyest mulig velferd for sine innbyggere, mens sykehusene ønsker høyest mulig effektivitet og inntekter. Denne målkonflikten skaper problemer i relasjonen mellom kommunene og sykehusene. Det vil her være nødvendig at sykehusene overvåker kommunene, slik at de unngår uønsket atferd, da det vil være vanskelig å kontrollere atferden gjennom kontrakter. Dette vil koste dyrt for sykehusene. Kostnadene ved denne overvåkingen er det som av Busch og Vanebo (2003) kalles for prinsipalens styringskostnader. Sykehuset vil også oppleve at de får et resttap som følge av at kommunene handler på en annen måte enn hva sykehuset ville gjort i en bestemt situasjon.

Vår empiri viser ovenfor at kommunene møter to prinsipal agent-forhold ved innføringen av reformen. Dette er mellom kommunene og fylkeskommunene, og mellom kommunene og sykehusene. Utfordringen ved slike relasjoner er at rollen til fylkeskommunene og sykehusene er todelt. Fylkeskommunene er også agenter for staten, og sykehusene er agenter for sine respektive helseforetak. En slik todelt rolle skaper utfordringer fordi for eksempel fylkeskommunene som en prinsipal vil ha en målsetning, mens fylkeskommunene som en agent vil ha en annen målsetning. Fylkeskommunene får en intern avveining mellom hva de skal prioritere da disse målsetningene kan være uforenlige. Slike uforenlige målsetninger er noe sykehusene også vil oppleve i sine todelte roller.

#### 5.4.2 MELLOM KOMMUNER

Det oppstår også en prinsipal agent-relasjon mellom kommuner når kommunene velger å innføre hele, eller deler av reformen sammen med en eller flere kommuner. Agenten vil i denne relasjonen være kommunen som skal drifte helsetjenestene for kommunene i samarbeidet, mens prinsipalen vil være den eller de kommunene som har satt bort driften av hele eller deler av sine helsetjenester.

For Oppdal kommune ble denne relasjonen skremmende og informantene i Oppdal mente at de ikke kom til å oppnå forbedrede helsetjenester ved å inngå i et så stort samarbeid. Et slikt samarbeid med relativt mange kommuner ville skapt en rekke utfordringer for Oppdal kommune. Når så mange kommuner skal bli enige og ta beslutninger sammen vil de mindre kommunene i dette samarbeidet ofte bli “overkjørt” av de større kommunene, og dette kan i følge Weigård (1991) føre til at kommunene som blir overkjørt trekker seg ut av samarbeidet. For Oppdal sin del ville det vært vanskelig å få gjennomslag for sine ønsker når det er 12 andre kommuner som bør være enige i denne beslutningen. Et slikt samarbeid vil by på målkonflikter, fordi det ikke kan lages fullstendige kontrakter som dekker alle mulige spørsmål og problemstillinger som skulle dukke opp underveis. Ufullstendige avtaler vil i dette tilfellet kunne føre til at det oppstår en målforskyvning i samarbeidet. Frykten for Oppdal var at agentkommunen skulle påføre de andre kommunene i samarbeidet kostnader, og at de skulle prioritere egne mål foran samarbeidsprosjektet sine mål. Når samarbeidet blir så stort, blir kostnadene ved å kontrollere agenten større, og det vil være større sannsynligheter for at det oppstår målkonflikter.

I forbindelse med samarbeidet som er planlagt på Hadeland ser vi at de unngår mange av de utfordringene Oppdal kommune ville møtt dersom de hadde gått inn i samarbeidet med Orkdalsregionen. I det planlagte samarbeidet på Hadeland vil Gran kommune være vertskommune og dermed agent, mens Lunner kommune vil være samarbeidskommune og dermed prinsipal. Prinsipal agent-relasjonen blir dermed noe mer klar enn i Orkdalssamarbeidet. Det interkommunale samarbeidet som er planlagt på Hadeland er den typen som av Weigård (1991) betegnes som kontraktsmodellen. Denne løsningen gjør at Gran og Lunner kommuner ivaretar hensynet til kontroll i medlemsorganisasjonene fordi det ikke er for



mange kommuner som er med i samarbeidet. Denne relasjonen har lav medlemsmakt og høy systemmakt på grunn av at kommunene har mange samarbeid fra før. Dermed vil kommunene kunne oppnå høy beslutningseffektivitet.

Utfordringer ved denne relasjonen kan være at Gran kommune ønsker å ivareta sin egeninteresse og dermed tar beslutninger som binder Lunner kommune til kostnader. Opportunistisk atferd kan forekomme dersom den ene kommunen prioriterer sine egne mål foran det samlede målet. Dette vil føre til målkonflikter. Et slikt samarbeid vil kunne få utfordringer i forhold til det Douma og Schreuder (2008) betegner som hidden information eller hidden action. Samarbeidskommunen vil ikke ha oversikt over vertskommunens informasjon eller handlinger til enhver tid. Denne informasjonsasymmetrien kan også føre til målkonflikter og opportunistisk atferd.

Løsningen på agentproblemet vil være å utvikle veldig omfattende avtaler og kontrakter som regulerer dette samarbeidet, dette er det som kalles relasjonskontrakt. Kommunene må ha avtaler på alle områder der de tror de kan møte utfordringer. Disse avtalene bør være så konkrete som mulig slik at de unngår tvetydighet, siden tvetydighet vil føre til større frihet for agenten som da kan føre til agenten ivaretar sine egne interesser. Det som eventuelt ikke kan innlemmes i avtaler bør derfor kontrolleres av Lunner kommune. På grunn av at det bare er to kommuner med i dette samarbeidet vil det antakelig ikke behøves å bruke mye penger på overvåkning.

Av diskusjonen ovenfor ser vi at den prinsipal agent-relasjonen som finnes på Hadeland vil være lettere å kontrollere fordi den er mindre enn den samarbeidskonstellasjonen som Oppdal kommune eventuelt ville vært en del av. Det vil også være lettere å lage avtaler og kontrakter som dekker samarbeidet med to kommuner, enn et samarbeid som innlemmer 13 kommuner av forskjellige størrelser. Dette tyder på å være noe av årsaken til at Oppdal kommune og Gran og Lunner kommuner har valgt ulik innføring av samhandlingsreformen.

#### *5.4.3 MELLOM POLITIKERE OG ADMINISTRASJON*

Vår empiri avdekker etter vår oppfatning en prinsipal agent-relasjon mellom kommunenes administrasjon og kommunestyret. Administrasjonen er her agenter som handler på vegne av kommunestyret som er prinsipalen. Utfordringen i denne relasjonen er som vist tidligere at

politikerne må støtte seg til de anbefalinger som blir gjort av administrasjonen i kommunene, da administrasjonen ofte, som nevnt av Douma og Schreuder (2008), sitter på spesialkompetansen innenfor området. På Hadeland opplevde våre informanter at denne relasjonen var utslagsgivende for den usikkerheten som oppstod høsten 2012, fordi politikerne ikke tok over den videre behandlingen av saken tidlig nok.

Politikerne i kommunene ønsker å ivareta sine egne og partiets interesser. Disse interessene er ikke alltid sammenfallende med administrasjonens anbefalinger. Dette skaper målkonflikter og muligheter for opportunistisk atferd. I Oppdal kommune ble dette et problem da politikerne gikk mot administrasjonens anbefalinger om kommunesamarbeid. En av årsakene til at dette skjer kan være at politikerne mener det foreligger hidden information eller hidden action. Politikerne stoler ikke på at de får all informasjon fra administrasjonen i Oppdal kommune, og de vet heller ikke bakenforliggende faktorer som preger anbefalingene. Relasjonen mellom politikere og administrasjon kan også være preget av at de har ulikt tidsperspektiv for sine anbefalinger og beslutninger. Politikerne sitter for fire år av gangen, mens administrasjonen har et noe lengre perspektiv på hvordan kommunene bør utvikle sine tjenester. Sett i sammenheng med Busch (2000) har vi inntrykk av at det ikke er mulig å styre etter markedskontrakter eller hierarkiske kontrakter. Det vil derfor i Gran og Lunner kommuner styres ved hjelp av relasjonskontrakter, som i stor grad er basert på tillit. På grunn av at politikerne i Oppdal kommune ikke støtter seg på administrasjonen i kommunen vil relasjonen her være basert på en form for ad hoc-kontrakt.

Våre funn indikerer at relasjonen mellom politikere og administrasjon er en avgjørende faktor når kommunene skal innføre samhandlingsreformen. En medvirkende årsak til at våre casekommuner har innført reformen forskjellig er på grunn av at denne relasjonen er forskjellig i alle våre casekommuner. Det er også viktig å påpeke at politikerne har en tredelt rolle i kommunene. De er først og fremst folkevalgte og dermed agenter for innbyggerne i kommunene, i tillegg er de agenter for staten ved at de skal videreføre statlige vedtak inn i kommunene. Den tredje rollen er den som er vist over, nemlig at politikerne er prinsipaler i tilknytning til kommunenes administrasjon. Dette skaper utfordringer for politikerne når de skal vedta hvordan de skal innføre samhandlingsreformen. Utfordringen her vil bli lik som den todelte rollen til fylkeskommunene, ved at de har ulike mål alt ettersom hvilken rolle de er i. Dette vil føre til at

politikerne kan ha tre forskjellige mål som går i ulike retninger. Politikerne må dermed velge hvilke mål de vil prioritere og nedprioritere.

#### *5.4.4 OPPSUMMERING*

Det finnes en rekke uklare prinsippal agent-relasjoner ved innføringen av samhandlingsreformen. Disse uklare relasjonene skaper ulike styringsutfordringer som nevnt ovenfor. Relasjonene oppleves som uklare for kommunene fordi det i mange tilfeller ikke finnes kontrakter som er godt nok spesifiserte og som derfor gir rom for tolkning. Gjennom denne diskusjonen er det vist at våre casekommuner har møtt ulike styringsutfordringer i forbindelse med dette, og derfor har de valgt å innføre reformen forskjellig.

### **5.5 ULIKE FORUTSETNINGER GIR ULIK INNFØRING**

Vi dokumenterer at når en standardisert reform blir overført til kommuner, vil kommunene velge å innføre den på ulike måter. Selv med en standardisert reform vil kommunene måtte tilpasse reformen til konteksten. Våre empiriske funn indikerer at geografisk plassering og regiontilhørighet, kultur, tradisjoner og størrelse er sentrale aspekter ved innføringen av samhandlingsreformen. Dette kan ses i lys av Otley (1980) som sier at styringssystemene for enhver organisasjon må tilpasses til ulike situasjonsbestemte faktorer. Det finnes altså ingen universell tilnærming til effektiv økonomistyring i en organisasjon. Disse aspektene skaper styringsutfordringer for kommunene i forbindelse med hvordan de skal innføre reformen. Chenhall (2003) studerer seks ulike kontekstvariabler som påvirker hvordan økonomistyringen foregår i en organisasjon. Betingelsesvariablene eksterne omgivelser, kultur og størrelse er av betydning for hvordan en slik standardisert reform innføres i kommunene.

#### *5.5.1 OMGIVELSER*

Vårt inntrykk er at geografisk plassering og regiontilhørighet legger føringer for hvilke muligheter våre casekommuner har i forbindelse med hvordan de skal tilpasse seg de nye utfordringene i reformen. De eksterne omgivelsene er viktige for hvordan kommunene velger å tilpasse seg det nye økonomiske ansvaret. Dette skaper en usikkerhet i forhold til om helsetjenestene kommunene har muligheter til å tilby vil skape et godt nok tilbud for brukerne,

da spesielt med tanke på det mangfoldet av brukere som finnes i omgivelsene. Norge er et lite, men langstrakt land og har en variert befolkningstetthet. Funnene våre kan knyttes til Chenhall (2003) sine miljømessige karakteristikk som usikkerhet, mangfold og kompleksitet i omgivelsene. Nærhetsperspektivet i reformen står sterkt i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. I milepælene viser vi at kommunene har ønsket å etablere egne lokale helsehus for å redusere noe av den usikkerheten som oppstår når det er lange avstander til nærmeste sykehus.

Vi har også funnet ut at ved å bevare beslutningsmyndigheten i egen kommune vil prosessen i Oppdal kommune være mindre kompleks og usikker i forhold til ulike uenigheter og fiendtligheter som kan oppstå i kommunesamarbeidet mellom Gran og Lunner kommuner. Dette kan ses i sammenheng med de miljømessige karakteristikkene kompleksitet og turbulens i omgivelsene som Chenhall (2003) mener har en påvirkning for økonomistyringen i organisasjonen. Disse gir styringsutfordringer for kommunene og spiller inn i våre casekommuners vurdering om å inngå samarbeid. I tillegg viser våre funn at Oppdal kommune som står alene er mer sårbar i forhold til om de klarer å tilfredsstille de fremtidige kravene som vil komme fra staten og fylkeskommunen. Dette skaper en ytterligere usikkerhet i omgivelsene i forbindelse med innføringen av reformen.

### 5.5.2 *KULTUR*

Våre to kontekster er relativt forskjellige med tanke på forutsetningene for samhandling i kulturelle omgivelser. I følge våre funn i milepælene er kultur og tradisjoner for samarbeid medvirkende faktorer i forhold til hvorfor Gran, Lunner og Oppdal kommuner har valgt å innføre reformen ulikt, også med tanke på hvem kommunene ønsker å samarbeide med for å løse de nye utfordringene. Dette stemmer godt overens med Chenhall (2003) sine beskrivelser av kultur som en innflytelsesrik faktor for hvordan organisasjonene velger å utforme styringssystemene sine. Opplevd tilhørighet og historisk tilknytning mellom kommunene er betydningsfulle faktorer for hvordan de velger å innføre en slik standardisert reform. Gran og Lunner kommuner er begge en del av Hadelandsregionen, og har gjennom regionen en naturlig opplevd tilhørighet og tilknytning til hverandre. Oppdal kommune er ikke en del av Orkdalsregionen, og føler derfor heller ingen tilknytning til SiO.

### 5.5.3 STØRRELSE

I følge St.meld.nr 47 (2008-2009) kan risikoen i forbindelse med det nye økonomiske ansvaret reduseres ved å inngå kommunale samarbeid. Det trekkes fram at kommunale samarbeid vil være avgjørende i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen med for eksempel kommunal medfinansiering. Våre funn antyder at stordriftsfordeler og synergieffekter er et av de viktigste fortrinnene som taler for kommunesamarbeid. Chenhall (2003) hevder at store organisasjoner kan forbedre effektiviteten ved at de reduserer usikkerheten i organisasjonene. Dette kan for eksempel oppnås gjennom stordriftsfordeler og synergieffekter. Små og mellomstore kommuner vil kunne oppleve utfordringer med å tilby den fagkompetansen som kreves i forbindelse med det nye økonomiske ansvaret i reformen, og kommunestørrelse vil derfor være med å påvirke hvilket helsetilbud de klarer å tilby innbyggerne sine.

Antall parter i samarbeidskonstellasjonen er av betydning for om Gran, Lunner og Oppdal kommuner velger å gjennomføre reformen alene eller sammen med andre. Desto større samarbeidet er, jo større mengder med informasjon må håndteres. Funnene våre indikerer at våre casekommuner frykter at store samarbeidskonstellasjoner vil skape nye byråkratiske ledd som gir lite effektivitet. Dette stemmer med Chenhall (2003) som mener at større organisasjoner vil kreve mer formaliserte prosedyrer og spesialiserte funksjoner. I Oppdal kommune var det eneste alternativet å samarbeide med tolv andre kommuner i SiO, mens det høyeste antallet som har vært oppe til diskusjon i Hadelandregionen er tre. På bakgrunn av den ovennevnte frykten for nye byråkratiske ledd indikerer våre funn at når samarbeidet vurderes som for stort, vil kommunene unngå å gå inn i samarbeidet.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) står det imidlertid ikke spesifisert noen klar grense for hvor stor en kommune bør være for å klare seg alene, og det vil derfor være opp til hver enkelt kommune å tolke hvor denne grensen går. Kommunene har ulike meninger om hvor mange innbyggere det må være i en kommune for at de skal kunne løse det nye økonomiske ansvaret i reformen alene. Konsekvensen av dette er at Gran, Lunner og Oppdal kommuner har tolket denne grensen forskjellig, og de har dermed valgt å innføre og gjennomføre reformen på ulike vis.

Det er ikke bare små og mellomstore kommuner som har opplevd utfordringer med å innfri det nye økonomiske ansvaret. Også større kommuner, som for eksempel Bodø kommune, har opplevd utfordringer knyttet til dette. Basert på våre funn kan det derfor settes spørsmålsteget ved om samhandlingsreformen har tatt høyde for den kommunestrukturen og befolkningssammensetningen som finnes i Norge i dag.

#### *5.5.4 OPPSUMMERING*

Situasjonsspesifikke faktorer vil påvirke hvordan Gran, Lunner og Oppdal kommuner innfører en slik standardisert reform, og dette skaper styringsutfordringer for kommunene. Innføringen av reformen tilpasses til hver av kommunenes omgivelser, kultur og størrelse. På bakgrunn av dette vil reformen innføres forskjellig i Gran, Lunner og Oppdal kommuner.

## 6 KONKLUSJON

I denne masteroppgaven har vi beskrevet innføringen av samhandlingsreformen i Gran, Lunner og Oppdal kommuner. Vi har studert hvilke styringsutfordringer som oppstår når en slik standardisert reform har blitt innført i disse kommunene, der vi spesielt har fokusert på de økonomiske rammebetingelsene som foreligger. Vi har summert opp våre funn i tabell 4 nedenfor. Vi vil konkludere med utgangspunkt i denne tabellen.

Ved å ta utgangspunkt i milepælene har vi laget en matrise for å beskrive hvilke orienteringer våre tre casekommuner har i forbindelse med innføringen av reformen. Ved å bruke variablene oppstart og utredningstid har vi funnet ut at våre casekommuner har ulike orienteringer. Orienteringene påvirker hvordan kommunene velger å innføre reformen, og vil også bidra til at kommunene velger å innføre den ulikt.

Ved å ta utgangspunkt i Anthony og Young (1999) sin normative styringssirkel har vi vist at det oppstår flere brudd med styringssirkelen ved innføringen av samhandlingsreformen. Det oppstår en dekopling mellom reformens intensjoner og hvordan kommunene faktisk velger å innføre den. Slike løse koblinger i styringsprosessene skaper styringsutfordringer for kommunene. Som en følge av disse styringsutfordringene velger kommunene å gjennomføre det som er økonomisk gjennomførbart. I tillegg vil lange og komplekse politiske prosesser føre til et brudd med den kontinuerlige styringsprosessen. Våre funn viser dermed at innføringen av en slik standardisert reform i kommunene ikke kan begrunnes ut ifra kun et normativt teorigrunnlag.

Det nye økonomiske ansvaret i reformen fører til styringsutfordringer i forbindelse med økonomistyringen i kommunene. Det oppstår en usikkerhet da det nye økonomiske ansvaret har tvetydige mål som gir kommunene stor styringsfrihet, og det vil dermed bli vanskelig å avdekke konkrete årsak virknings-forhold i tjenesteproduksjonen til kommunene. Samtidig vil det være vanskelig å måle prestasjoner i kommunenes helse- og omsorgstjenester da dette er en ytelsesindikator som ofte er basert på skjønnsmessige vurderinger. Sett i lys av Ouchi (1977) viser våre funn at kommunene styrer etter en form for profesjons- eller normstyring. Styringsutfordringer oppstår når økonomistyringen i kommunene skal endres fra et vertikalt til et horisontalt perspektiv.

Innføringen av reformen er påvirket av institusjonelle omgivelser gjennom tvangsmessig, normativ og imiteringsmessig isomorfisme. Innføringen av samhandlingsreformen er legitimitetsskapende for kommunene, men reformen fører ikke nødvendigvis til bedre effektivitet. Empirien viser at kommunene tilpasser reformen til egen bruk. På grunn av dette vil det oppstå en dekobling, men kommunene klarer å leve med denne dekoblingen fordi målet deres er å skape høyest mulig velferd for sine innbyggere og ikke nødvendigvis bedre effektivitet.

Det finnes en rekke uklare prinsippal agent-relasjoner ved innføringen av samhandlingsreformen i kommunene, der prinsippalene og agentene har ulike mål. Prinsippal agent-teorien skisserer tydelige og dekkende kontrakter som løsningen på disse uklare relasjonene. På grunn av at mange av disse relasjonene er komplekse vil det være vanskelig å utforme dekkende kontrakter, og dette gir rom for opportunistisk atferd fra agentenes side. Prinsippalene må derfor overvåke agentenes atferd, for å kunne oppnå ønsket resultat, men dette er også noe som vil være vanskelig. Kontraktene mellom prinsippalene og agentene vil derfor være en type relasjonskontrakt der tillit er styringsmekanismen.

Kommunene har ulike forutsetninger for samhandling slik at situasjonsspesifikke faktorer påvirker innføringen av en slik standardisert reform. Dette fører til at kommunene opplever ulike styringsutfordringer i møte med reformen. Som en følge av dette vil de velge å innføre den på forskjellige måter.

	<b>Gran kommune</b>	<b>Lunner kommune</b>	<b>Oppdal kommune</b>
<i>Orientering</i>	Planorientert	Plan- og ad hoc-orientert	Ad hoc-orientert
<i>Den normative styringssirkelen</i>	Dekobling	Dekobling	Dekobling
<i>Økonomistyringen i kommunene</i>	Økt usikkerhet	Økt usikkerhet	Økt usikkerhet
<i>Isomorfisme</i>	Normativ	Imiteringsmessig	Tvangsmessig
<i>Relasjon fylkeskommune og kommune</i>	Lite definert	Lite definert	Veldefinert
<i>Relasjon sykehus og kommune</i>	Standardisering	Standardisering	Standardisering



<i>Relasjon mellom casekommuner</i>	Detaljerte kontrakter	Detaljerte kontrakter	Ingen
<i>Relasjon mellom politikere og administrasjon</i>	Relasjonskontrakt	Relasjonskontrakt	Ad hoc-kontrakt
<i>Kultur</i>	Tradisjon for samarbeid	Tradisjon for samarbeid	Ingen tradisjon for samarbeid
<i>Omgivelser</i>	Sterk regiontilhørighet	Sterk regiontilhørighet	Ingen regiontilhørighet
<i>Størrelse</i>	Stordriftsfordeler	Stordriftsfordeler	Ingen stordriftsfordeler

*Tabell 4 Oppsummering styringsutfordringer*

### **Forslag til videre forskning**

I denne oppgaven har vi skissert hvilke styringsutfordringer som har oppstått for Gran, Lunner og Oppdal kommune i innføringen av samhandlingsreformen. Basert på våre funn foreligger det flere momenter det kan være interessant å forske videre på. Det har blant annet kommet fram at det nye økonomiske ansvaret fører til at kommunene opplever vanskeligheter med å handle i takt med det som er hovedintensjonene i reformen. Det kan derfor være viktig å få en bedre forståelse for hvilke insentiver som vil føre til at det nye økonomiske ansvaret skal gi den intenderte effekten i kommunene. Det kan også være interessant å se nærmere på hvilke styringsutfordringer andre kommuner har opplevd ved innføringen av reformen, for eksempel om de har opplevd de samme utfordringene som våre kommuner knyttet til det å tilpasse reformen til sin egen kontekst.

## LITTERATURLISTE

### Bøker

Anthony, R. N. (1965) *Planning and control systems : a framework for analysis*, Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Anthony, R. N. og Young, D. W. (1999) *Management control in nonprofit organizations*, 6. utg., Burr Ridge, Ill.: Irwin/McGraw-Hill.

Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo, J. O. (2009) *Økonomistyring i det offentlige*, 4. utg., Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T. og Vanebo, J. O. (2003) *Organisasjon og ledelse : et integrert perspektiv*, 5. utg., Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. og Røvik, K. A. (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*, 1. utg., Oslo: Universitetsforlaget.

Douma, S. og Schreuder, H. (2008) *Economic approaches to organizations*, 4. utg., Harlow: Prentice Hall/Financial Times.

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, 2. utg., Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*, 3. utg., Oslo: Abstrakt forlag.

Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*, 1. utg., Oslo: Abstrakt forlag.

Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helse*, 2. utg., Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Ramsdal, H. og Skorstad, E. (2004) *Privatisering fra innsiden: om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*, 1. utg., Bergen: Fagbokforlaget.

Solomon, J. (2010) *Corporate governance and accountability*, 3. utg., Chichester: Wiley.

Tjora, A. H. (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 1. utg., Oslo: Gyldendal akademisk.

### **Bokkapitler**

Bouwens, J. og Speklé, R. (2007) Does EVA add value? Kapittel 12 i Hopper, T., Scapens, R. W. og Northcott, D., red., *Issues in management accounting*, 3. utg., Harlow: Prentice Hall/Financial Times, s. 245-268.

Busch, T. og Vanebo, J. O. (2011) Interne markeder: fokus på bestiller-utfører-modellen. Kapittel 7 i Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. og Vanebo, J. O., red., *Modernisering av offentlig sektor: Trender, ideer og praksiser*, 3. utg., Oslo: Universitetsforlaget, s. s. 106-119.

Christensen, T. og Læg Reid, P. (2007) Introduction - Theoretical approach and research questions. Kapittel 1 i Christensen, T. og Læg Reid, P., red., *Transcending new public management: the transformation of public sector reforms*, Aldershot: Ashgate Publishing Company, s. 1-17.

Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G. og Røvik, K. A. (2007) A myth perspective. 4 i *Organization theory and the public sector : instrument, culture and myth*, London: Routledge, s. 57-78.

Hansen, A. og Mouritsen, J. (2007) Management accounting and changing operations management. Kapittel 1 i Hopper, T., Scapens, R. W. og Northcott, D., red., *Issues in management accounting*, 3. utg., Harlow Prentice Hall/Financial Times, s. 3-25.

Klausen, K. K. (2011) Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer. Kapittel 3 i Busch, T., Klausen, K. og Vanebo, J. O., red., *Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser*, 3. utg., Oslo: Universitetsforlaget, s. 48-61.

### Artikler

Busch, T. (2000) Økonomistyring i offentlig sektor: Noen teoretiske og konseptuelle problemstillinger, *TØH-serien*, (11), s. 1-40.

Busch, T. og Ramstad, L. S. (2004) Modernisering av offentlig sektor : endringsprosesser, legitimitet og løse koblinger, *TØH-serien*, (9), s. 1-12.

Chenhall, R. H. (2003) Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future, *Accounting, organizations and society*, 28(2), s. 127-168.

Christensen, T. og Læg Reid, P. (2008) The challenge of coordination in central government organizations: the Norwegian case, *Public organization review*, 8(2), s. 97-116.

De Bruijn, H. (2002) Performance measurement in the public sector: strategies to cope with the risks of performance measurement, *International Journal of Public Sector Management*, 15(7), s. 578-594.

DiMaggio, P. J. og Powell, W. W. (1983) The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American sociological review*, 48(2), s. 147-160.

Eisenhardt, K. M. (1989) Agency theory: An assessment and review, *Academy of management review*, 14(1), s. 57-74.

Fama, E. F. (1980) Agency Problems and the Theory of the Firm, *The Journal of Political Economy*, 88, s. 288-307.

- Hood, C. (1995) The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, organizations and society*, 20(2), s. 93-109.
- Jensen, M. C. og Meckling, W. H. (1976) Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure, *Journal of financial economics*, 3(4), s. 305-360.
- Meyer, J. W. og Rowan, B. (1977) Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony, *American journal of sociology*, 83(2), s. 340-363.
- Otley, D. T. (1980) The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis, *Accounting, organizations and society*, 5(4), s. 413-428.
- Ouchi, W. G. (1977) The relationship between organizational structure and organizational control, *Administrative science quarterly*, 22(1), s. 95-113.
- Weigård, J. (1991) *Interkommunalt samarbeid : et alternativ til kommunesammenslåing?*, 1991:22, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Siverbo, S. (2012a) *A horizontal perspective on management accounting and control*, Forelesningsnotater i "Perspektiver på økonomistyring" 28.02.12, ikke publisert.
- Siverbo, S. (2012b) *Management Control and the public sector*, Forelesningsnotater i "Perspektiver på økonomistyring", 27.02.2012, ikke publisert.
- Siverbo, S. (2012c) *Performance management, performance measurement and control*, Forelesningsnotater i "Perspektiver på økonomistyring" 31.01.2012, ikke publisert.
- Offentlige dokumenter**
- Gran kommune (2009) *"Opptur - et utviklingsprosjekt for gode omsorgstjenester" Framtidas omsorgstjenester i Gran*, April 2009.

Gran kommune og Lunner kommune (2012) *Prosjekt "Samhandlingsreformen på Hadeland"*  
*Forprosjektrapport*, Versjon med vedlegg 1-6.

Jevnaker kommune (27.01.2011) *Samhandlingsreformen - interkommunalt samarbeid*, Arkivsak:  
09/1421.

Jevnaker kommune (28.10.2008) *Melding om politisk vedtak*, Arkivnr.: G20 & 10.

Lunner kommune (2012a) *Reform i Lunner*, Arkiv: 10/2138.

Meld. St. 16 ((2010-2011)) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, Helse- og  
Omsorgsdepartement.

NOU (1997) *Om finansiering av kommunesektoren*, 1997:8.

Oppdal kommune (07.09.2011) *Samhandlingsreformen i Oppdal - Valg av alternativ for  
gjennomføring*, Arkivsak nr: 2009/1462-23.

Oppdal kommune (14.12.2011) *Legevaktordning i Oppdal*, Arkivsak nr: 2010/314-13.

Oppdal kommune (16.03.2012) *Drift av legevakt*, Arkivsak nr: 2011/595-12/G21.

Oppdal kommune (22.06.2010) *Interkommunalt samarbeid i forbindelse med  
Samhandlingsreformen*, Arkivsak nr: 2009/1462-1.

Oppdal kommune (23.07.2009) *Kjøp av Oppdal Medisinske Senter*, Arkivsak nr: 2009/888-  
1/037.

Oppdal kommune (24.05.2012) *Samhandling med Sunndal kommune*, Arkivsak nr: 2012/175-  
17/026.

Oppdal kommune (30.01.2013) *Avtale om økonomisk samarbeid med legene - fornyet behandling*, Arkivsak nr: 2011/595-20/G21.

Prop. 115 S ((2010-2011)) *Kommuneproposisjonen 2012, Samhandlingsreformen*, Kommunal- og regionaldepartementet.

RO (2012) *Samhandlingsreformen på Hadeland - Konsekvensanalyse; alternative modeller for dimensjonering av et lokalmedisinsk senter*, Oktober 2012.

RO (2013) *Samhandlingsreformen på Hadeland - Interkommunalt samarbeid eller egenregi: Argumentasjonsnotat*, Januar 2013.

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

### Nettsider

Adressa (2013) *Støre vil løfte folkehelsen*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.adressa.no/nyheter/politikk/valget/article7425775.ece> [Nedlastet 19.04.2013].

Avisa Nordland (2012) *Syke bodøfolk gir millionunderskudd*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.an.no/nyheter/article6278115.ece> [Nedlastet 17.04.2013].

Google Maps (2013) *Hadeland*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://maps.google.no/maps/ms?msa=0&msid=209437849942317224432.0004b348b19be9fd3c43b&ie=UTF8&t=m&vpsrc=0&ll=60.324228,10.546875&spn=0.503133,1.507874&z=9&source=embed> [Nedlastet 12.04.2013].

Gran kommune (2011) *Administrasjon*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://gran.kommune.no/Gran-kommune/tjenester/administrasjon/> [Nedlastet 04.02.2013].

Gran kommune (2012a) *Budsjett og økonomiplan 2013-2016*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://gran.kommune.no/Documents/Prosjekt%20og%20planarbeid/Budsjett%20og%20økonomiplan%202013-2016.pdf> [Nedlastet 04.02.2013].

Gran kommune (2012b) *Ledere med tilhørende målområder*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://gran.kommune.no/Documents/Administrasjon/Organisasjonskart%202012-11-01-%20hiararkisk.pdf?epslanguage=no> [Nedlastet 12.04.2013].

Helse Midt-Norge (2013) *Om oss*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.helse-midt.no/no/Om-oss/83226/> [Nedlastet 12.04.2013].

Helse Sør-Øst (2013) *Helse Sør-Øst RHF - det regionale helseforetaket*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.helse-sorost.no/omoss/omhelseforetaket/Sider/helse-sor-ost-rhf---det-regionale-helseforetaket.aspx> [Nedlastet 12.04.2013].

Helsedirektoratet (2013) *Nøkkeltall status og utvikling i helse- og omsorgssektoren*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nokkeltall-for-helsesektoren-2012/Publikasjoner/Nøkkeltall%20for%202012.pdf> [Nedlastet 17.04.2013].

KS (2012) *Kommunal medfinansiering kan bli dyrere enn forutsatt*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/portaler/Samhandlingsreformen/Aktuelt/Kommunal-medfinansiering-kan-bli-dyrere-enn-forutsatt/> [Nedlastet 17.04.2013].

Lunner kommune (2011) *Velkommen til Lunner*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.lunner.kommune.no/velkommen-til-lunner.130421.no.html> [Nedlastet 05.02.2013].

Lunner kommune (2012b) *Handlingsprogram/økonomiplan 2013 - 2016 og årsbudsjett 2013*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://img1.custompublish.com/getfile.php/2179012.621.bupepcrfvd/Handlingsprogram-økonomiplan+2013-2016+og+årsbudsjett+2013.pdf?return=lonner.kommune.no> [Nedlastet 06.02.2013].



Oppdal kommune (2011) *Kommuneplanen 2010-2021 (samfunnsdel)*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.oppdal.kommune.no/Global-meny/Politikk/Politisk-styring/Kommuneplanen-2010---2021/> [Nedlastet 04.01.2013].

Oppdal kommune (2012) *Budsjett 2013*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.oppdal.kommune.no/Documents/Stab%20og%20st%C3%B8tte/%C3%98konomi/Budsjettkommentarer%20vedtatt%20budsjett.pdf> [Nedlastet 02.02.2013].

Oppdal kommune (2013a) *Boas*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.oppdal.kommune.no/Global-meny/Tjenester/Helse-og-omsorg/Hjemmetjenestene/Boas/> [Nedlastet 05.02.2013].

Oppdal kommune (2013b) *Fakta om Oppdal*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.oppdal.kommune.no/Global-meny/Om-Oppdal/Fakta-om-Oppdal/> [Nedlastet 02.02.2013].

Oppdal kommune (2013c) *Oppdal helsesenter*, [Internett], Tilgjengelig fra: [\(http://www.oppdal.kommune.no/Global-meny/Tjenester/Helse-og-omsorg/Sykehjem/](http://www.oppdal.kommune.no/Global-meny/Tjenester/Helse-og-omsorg/Sykehjem/) [Nedlastet 05.02.2013].

Regionrådet for Hadeland (2011) *Om Hadeland*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://regionhadeland.no/bo-pa-hadeland/> [Nedlastet 12.04.2013].

Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (2011) *Veien til SiO helseregion, statusrapport pr. 20.06.2011*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.oppdal.kommune.no/Documents/Stab%20og%20st%C3%B8tte/Utvikling/Veien%20til%20SIO.pdf> [Nedlastet 13.01.2013].

Statens Kartverk (2013) *Kart over Sør-Trøndelag*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://beta.norgeskart.no/#6/254374/6988412/+enkel> [Nedlastet 28.04.2013].

Statistisk sentralbyrå (2012a) *Folkemengde 1. oktober 2012 og endringene i 3. kvartal 2012. Oppland*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/folkendrkv/2012k3/kvart05.html> [Nedlastet 05.02.13].

Statistisk sentralbyrå (2012b) *Folkemengde 1.oktober 2012 og endringene i 3. kvartal 2012. Sør-Trøndelag*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/folkendrkv/2012k3/kvart16.html> [Nedlastet 05.02.2013].

Store Norske Leksikon (2007) *Standardisering*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://snl.no/standardisering> [Nedlastet 15.05.2013].

Sykehuset Innlandet HF (2011) *Om oss*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset-innlandet.no/OMOSS/Sider/side.aspx> [Nedlastet 04.02.2013].

Sør-Trøndelag fylkeskommune (2012) *Orkdalsregionen trækker opp løypa i forbindelse med Samhandlingsreformen*, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.stfk.no/no/Nyheter-Internett/Orkdalsregionen-trakker-opp-loypa-i-forbindelse-med-Samhandlingsreformen/> [Nedlastet 13.04.2013].

## VEDLEGG

### VEDLEGG 1 INFORMASJONSSKRIV

#### **Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet «Hvilke styringsutfordringer oppstår når en standardisert reform blir innført i kommuner?»**

Vi er to studenter som går masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Trondheim Økonomiske Høgskole, og skriver nå den avsluttende masteroppgaven. I forbindelse med vår masteroppgave gjennomfører vi et prosjekt der vi skal studere hvilke styringsutfordringer som oppstår når samhandlingsreformen blir innført i kommuner. I St.meld. nr. 47 om samhandlingsreformen skisseres det tre hovedutfordringer som man vil stå ovenfor i diskusjonen rundt viktige velferdsordninger i Norge. Kommunene vil spille en sentral rolle i møte med disse utfordringene. I vår masteroppgave skal vi studere Oppdal kommune og det inter-kommunale samarbeidet mellom Gran kommune og Lunner kommune. Det vi spesielt ønsker å se på er hvilke styringsutfordringer man mener oppstår når man innfører samhandlingsreformen i kommunen.

Deltakelse i prosjektet innebærer at vi ber deg om å delta i et intervju. Vi ønsker å foreta intervjuer med ca. 10 personer. Vi vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Varigheten av intervjuet vil avhenge av hvilken type intervju, men dette vi bli enige om samtidig som vi blir enige om tid og sted. Spørsmålene vil blant annet dreie seg om hvordan kommunene har møtt utfordringene som er skissert i samhandlingsreformen.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres, og masteroppgaven regnes med å være ferdig 23. mai 2013. Personopplysningene vil bli slettet etter at sensuren på oppgaven har falt ca. i slutten av juni.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til oss.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe oss på xxx xx xxx/xxx xx xxx, eller sende en e-post til randi\_kristiansen@hotmail.com/anneline@oppdal.com. Du kan også kontakte vår veileder Inger Johanne Pettersen ved Trondheim Økonomiske Høgskole ved å sende en e-post til inger.j.pettersen@hist.no.

Med vennlig hilsen

Randi Kristiansen og Anneline Skårsmoen

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur ..... Telefonnummer .....

---

## VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE 1

### *Felles intervjuguide*

#### **Innledende spørsmål**

1. Hva er din bakgrunn?
  - Utdanning/erfaring?
2. Hva mener du er dine viktigste arbeidsoppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen?
3. Kjenner du til målsetningene for St.meld. nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen?
  - Mener du målsetningene er realistiske? Evt. hvorfor har du ikke satt deg inn i det?
    - i. Redusert mengde sykehusforbruk, helhetlig pasientforløp, forebygging, kommunens økende ansvar
  - Hvorfor/ hvorfor ikke?

#### **Spørsmål**

*Først vil jeg stille deg noen generelle spørsmål om økonomistyring i forbindelse med samhandlingsreformen.*

4. Hvilke økonomiske utfordringer kan oppstå ved innføring av samhandlingsreformen?
5. Hvordan oppleves det nye økonomiske ansvaret som oppstår gjennom reformen?
  - Hvor mange døgn har kommunen betalt for i 2012 for utskrivningsklare pasienter? Hvordan gjennomføres denne betalingen?
  - Hvordan håndteres dette i kommunen? Er det en eller flere personer med ansvar?
  - Medfinansiering av spesialisthelsetjenester
6. Hva ble det økonomiske resultatet av samhandlingsreformen i kommunen i 2012?
  - Hva er budsjettet resultat i 2013?

- Framtidsutsiktene?
7. Har det blitt utført analyser eller kalkyler av ulike planer eller prosjekter i forbindelse med innføring av reformen?
- Hva har vært resultatet av disse?
8. Hvilket tidsperspektiv har man lagt til grunn i analysene og kalkylene?
- Hvorfor har man lagt til grunn dette perspektivet?
9. Hvordan har man planlagt å dekke inn kostnadene ved utbygging og drift av f.eks et helsehus eller distriktsmedisinsk senter?
- Hvis utbygging og drift ikke blir gjennomført, hva gjøres da?

*Det anbefales i St.meld. nr. 47 (2008-2009) at kommuner samarbeider om å løse de tiltak som samhandlingsreformen innebærer.*

10. Bidrar interkommunalt samarbeid til å løse de økonomiske utfordringene man står ovenfor i kommunen ved innføring av samhandlingsreformen?
- Hvorfor/hvorfor ikke?
  - Hvilken risiko mener du kommunen løper ved å ikke samarbeide?
11. Vil man prioritere enkelte områder foran andre innenfor det kommunale helsetjenestetilbudet?
- På hvilken måte?
12. Hvilke ulike interessenter og interessegrupper er det viktig å ta hensyn til i beslutningsprosessen om kommunesamarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen?

*Nå vil jeg stille en del spørsmål knyttet til avtaleinngåelser og utformingen av disse:*

13. Hvor mange avtaler har kommunen inngått i forbindelse med samhandlingsreformen?

- Mellom stat og kommune
  - Mellom sykehus og kommune
  - Mellom kommune og ulike interessenter eller interessegrupper
  - Mellom kommunene
14. Hvilke utfordringer oppstår når man skal forholde seg til de inngåtte avtalene?
- Har man en felles forståelse av avtalene?
    - i. Slik at man jobber mot samme mål
  - Hvordan følger man opp avtalene i kommunen?
    - i. Har man egne personer som koordinerer dette?
15. Oppfatter du at det har vært frihet ved utformingen av de økonomiske avtaledokumentene? Hvorfor?
- Mellom stat og kommune
  - Mellom sykehus og kommune
  - Mellom kommunene

*Videre vil jeg stille noen spørsmål knyttet til prosessen etter at vedtaket var besluttet:*

16. Finnes det dialogforum hvor man kan diskutere og løse eventuelle utfordringer i forbindelse med samhandlingsreformen?
17. Hvordan har man funnet en løsning på disse konfliktene?
18. Hvilke interne endringsprosesser har blitt gjennomført i kommunen etter innføringen av samhandlingsreformen?
- Struktur og organisering
  - Bemanning – har ansatte fått nye arbeidsoppgaver?

- Har man endret styringsmekanismer?

## **Gran og Lunner**

*Nå vil jeg stille en del spørsmål knyttet til samhandlingsreformen på Hadeland:*

1. Det var en del frem og tilbake i forhold til om Lunner ønsket å samarbeide med Gran.

Hva var grunnen til dette?

- Hvorfor ble samarbeid løsningen?
  - i. Økonomi
  - ii. Kompetanse/kunnskap
  - iii. Bedre helsetilbud til innbyggerne
  - iv. Kultur, demografi
  - v. historie
- 2. Gran har vært positive til samarbeid med nabokommunene. Har det alltid vært slik?
  - i. Økonomi
  - ii. Kompetanse/kunnskap
  - iii. Bedre helsetilbud til innbyggerne
  - iv. Kultur, demografi
  - v. Historie
- Har man vært like interessert i samarbeid med Jevnaker som med Lunner?
- 3. Hva var årsaken til at Jevnaker trakk seg ut av samarbeidet for en stund tilbake?
  - Historie
  - Kultur og demografi
- 4. Hvordan definerer man samarbeidet mellom Gran kommune og Lunner kommune?



- Interkommunalt samarbeid med administrativ vertskommune?
5. Skapes det økonomiske utfordringer ved å gå inn i et samarbeid? Hvilke?
- Hvordan fordeles kostnader og inntekter mellom kommunene?
  - Finnes det kostnader ved å bryte ut av samarbeidet?
  - Hvilken risiko løper man ved å samarbeide?
6. Har du ellers noe du ønsker å fortelle eller legge til som du mener er viktig?

## Oppdal

*Nå vil jeg stille en del spørsmål knyttet til samhandlingsreformen i Oppdal:*

1. Mener du at Oppdal har de økonomiske forutsetningene som skal til for å stå alene utenfor et interkommunalt samarbeid? Hvorfor?
- Ressurser, lokale forhold, demografi
  - Kommunens inntekts- og kostnadsbilde

*Når st.meld.nr.47 kom i 2009 var ønsket å videreføre og videreutvikle samarbeidet med Rennebu kommune uavhengig av at et bredere interkommunalt samarbeid ble stiftet.*

2. Hva var årsaken til at det ikke ble inngått samarbeid med Rennebu i forbindelse med innføringen av reformen?
- Hvorfor tror du at Rennebu kommune besluttet å gå inn i et samarbeid med SiO i stedet for å utvikle det interkommunale samarbeidet de allerede hadde på andre områder med Oppdal?
  - Hva med Midtre Gauldal/Melhus?

*Gjennom St.meld.nr.47 2008-2009 anbefaler staten mindre kommuner til å gå inn i samarbeid med tanke på kommunenes risikobilde.*

3. Hvordan vil du begrunne beslutningen om at Oppdal likevel velger å stå utenfor samarbeid (SiO)?
  - Økonomi
  - Befolkningens velferd
  - Historie
  - Demografi, kultur
  
4. Hvilke argumenter var utslagsgivende for søknaden om full deltakelse i samarbeidet om LiO?
  - Mener du det er ei tilfredsstillende løsning for det kommunale legevakttilbudet?
  - Positive/negative effekter
  
5. Har du ellers noe du ønsker å fortelle eller legge til som du mener er viktig?

## VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE 2

**Strukturert intervjukjema****Tema: Organisering av beslutningsprosessen rundt kommunesamarbeid**

Dato for intervju:

Varighet:

Sted:

Bakgrunn/Utdanning/Erfaring:

Dine viktigste arbeidsoppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen:

Spm nr.	Spørsmål	Svaralternativ	Kommentar
1	Har du opplevd at det har vært økonomiske utfordringer knyttet til innføringen av samhandlingsreformen? Hvilke?	Ja Nei I noen grad	
2	Mener du at interkommunalt samarbeid er en god måte å løse økonomiske utfordringer i vår region på? Eksempler på dette?	Ja Nei I noen grad	
3	Har du kjennskap til om kommunen har erfaringer fra andre interkommunale samarbeid? Kan du si noe om hvordan dette har fungert?	Ja Nei	
4	Mener du at kommunen løper en risiko ved å samarbeide/ikke samarbeide? Gi eksempler?	Ja Nei I noen grad	
5	Mener du kommunen har den kompetansen som kreves for å kunne skape et godt helsetilbud for innbyggerne?	Ja Nei I noen grad	
6	Mener du kommunen har den økonomien som kreves for å kunne skape et godt helsetilbud for innbyggerne?	Ja Nei I noen grad	
7	Mener du det vil prioriteres enkelte områder foran andre innenfor det kommunale helsetjenestetilbudet?	Ja Nei I noen grad	
8	Kjenner du til om det har blitt utført analyser eller kalkyler av ulike planer eller prosjekter i forbindelse med innføringen av reformen? Kan du gi noen eksempler?	Ja Nei	
9	Mener du det har vært et problem at det har vært mange ulike meninger å ta hensyn til i	Ja Nei	

	beslutningsprosessen? Eksempler på ulike meninger?	I noen grad	
10	I hvor stor grad mener du det har vært frihet rundt utforming av avtaler i forbindelse med reformen?	I stor grad I noen grad I liten grad	
11	Mener du det har vært utfordringer knyttet til det å forholde seg til de avtaler som er inngått? Hvor mange avtaler har dere inngått?	Ja Nei I noen grad	
12	Har du kjennskap til eller vært med i interne endringsprosesser i kommunen etter innføringen av samhandlingsreformen? Har du eksempel?	Ja Nei	
13	Hvordan opplever du det nye økonomiske ansvaret som oppstår gjennom samhandlingsreformen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utskrivningsklare pasienter</li> <li>○ Medfinansiering av spesialisthelsetjenester</li> </ul>		
14	Hvordan ble det økonomiske resultatet for samhandlingsreformen i kommunen for 2012? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan blir dette i 2013?</li> <li>○ Framtidsutsiktene?</li> </ul>		
15	Har du ellers noe du ønsker å fortelle eller legge til som du mener er viktig?		

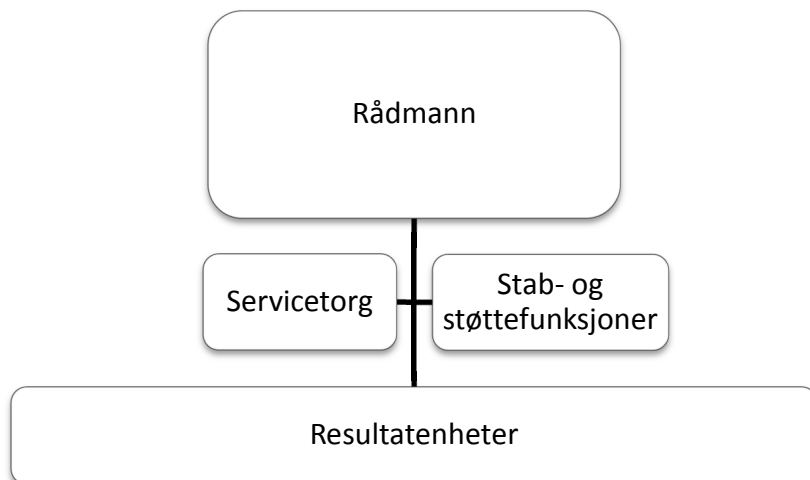
### Gran og Lunner

Spm.nr	Spørsmål	Svaralternativ	Kommentar
1	Mener du at Gran alltid har vært interessert i samarbeid? Hvorfor/hvorfor ikke?	Ja Nei I noen grad	
2	Hva tror du er årsaken til at Lunner har vært usikre på om de ønsker et samarbeid eller ikke?		

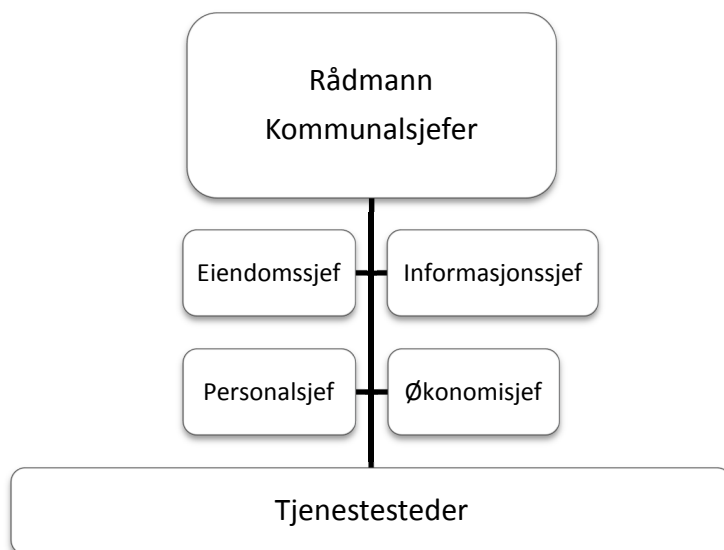
### Oppdal

Spm.nr	Spørsmål	Svaralternativ	Kommentar
1	Mener du at Oppdal har de forutsetningene som skal til for å stå alene utenfor et interkommunalt samarbeid? Hvorfor?	Ja Nei I noen grad	
2	Hva mener du var årsaken til at det ikke ble inngått samarbeid med Rennebu i forbindelse med innføringen av reformen? Evt. andre kommuner i nærheten?		

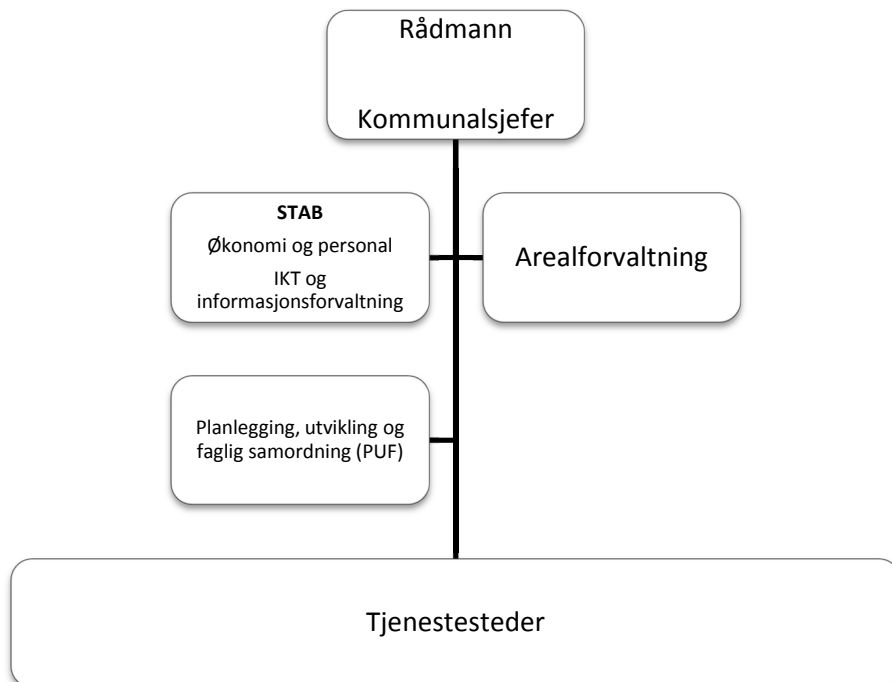
## VEDLEGG 4 ORGANISASJONSKART



Organisasjonskart Oppdal kommune hentet fra: <http://www.oppdal.kommune.no/Globalmeny/Administrasjon/Organisering/> (12.04.2013)



Organisasjonskart Gran kommune hentet fra: <http://gran.kommune.no/Documents/Administrasjon/Organisasjonskart%202012-11-01-%20hierarkisk.pdf?epslanguage=no> (12.04.2013) (Gran kommune, 2012b)



Organisasjonskart Lunner kommune hentet fra: <http://lunner.kommune.no/organisasjonskart.130444.no.html>  
(12.04.2013)