

Karoline Hoelsether Midtbø

Økonomistyring i den kommunale helse- og omsorgssektoren: En casestudie av en liten norsk kommunes bruk av styringssystemet

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon

Veileder: Kari Nyland

Mai 2022

Karoline Hoelsether Midtbø

Økonomistyring i den kommunale helse- og omsorgssektoren: En casestudie av en liten norsk kommunes bruk av styringssystemet

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon
Veileder: Kari Nyland
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne masteravhandlingen er skrevet som en avsluttende del av masterstudiet i Økonomi og Administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen innen hovedprofilen Økonomistyring.

Proessen med denne masteravhandlingen har vært spennende og lærerik, samtidig har det vært både utfordrende og tidkrevende. Det har vært veldig interessant å få lov til å få innblikk i hvordan en kommune og dens kommunale enheter fungerer og styres.

Jeg ønsker å rette en stor takk til informantene mine som har stilt opp, og vært svært åpne og imøtekommende. Uten deres velvilje til å dele av egen arbeidshverdag og erfaringer omkring styringssystemene ville studien vanskelig latt seg gjøre. Jeg vil også takke venner og familie, og spesielt Jørgen, for stadig oppmuntring og støtte. Anneline fortjener også en takk for å ha gitt verdifulle pauser med tegning, lek og dans samt gode klemmer og nydelige smil.

Sist, men ikke minst vil jeg rette en stor takk til min veileder Kari Nyland for engasjement og støtte, gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger. Dette har vært til svært stor hjelp i skrivingen av denne masteravhandlingen.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning.

Trondheim, Mai 2022

Karoline Hoelsether Midtbø

Sammendrag

Den kommunale helse- og omsorgssektoren står ovenfor store utfordringer de kommende årene med økende behov for helsetjenester samtidig som driften må effektiviseres da det økonomiske spillerommet forventes å bli mindre. Kommunene må løse utfordringer knyttet til manglende kapasitet samt økende utfordringer knyttet til å skaffe nok kompetent personell. Formålet med studien er å belyse hvordan en kommune bruker styringssystemet for å kunne imøtekomme morgendagens behov, og følgende problemstilling ligger derfor til grunn for studien:

Hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

For å belyse denne problemstillingen har jeg gjennomført en casestudie i en relativt liten norsk kommune som skårer godt på nasjonale rangeringer. Studien er avgrenset til å se nærmere på to av kommunens helseenheter, hjemmetjenesten og helsesenteret. Disse enhetene samarbeider mye og har i stor grad de eldre pasientene. Studiens datagrunnlag består av sju kvalitative dybdeintervjuer samt dokumentstudier av flere av kommunens plan- og måldokumenter. Rammeverket til Simons (1995b) benyttes for å diskutere bruken av styringssystemet, og ideen om å se på økonomistyring som pakker presentert av blant annet Malmi og Brown (2008) og Hopwood (1974) anvendes for å belyse styringssystemets sammensetning og betydningen av de uformelle styringsverktøyene.

Styringssystemet i kommunen er komplekst og sammensatt. Studien viser i så måte at kommunens sosiale styringsmekanismer og organisasjonskultur som er preget av faglig fokus, stor tillit til hverandre, lojalitet til tjenestevei, nære relasjoner og en grunnleggende innstilling til samarbeid er viktig for styringen av kommunen. De uformelle styringsverktøyene utfyller de formelle, og reduserer behovet for stram styring. Til tross for at den kommunale helsesektoren preges av utstrakt lovverk, mye rapportering og politisk styring, opplever studiens enhetsledere stor handlingsfrihet og mulighet til å bruke sin kompetanse til å finne løsninger innad i sin enhet. Kommunen bruker altså sitt styringssystem på en tilsynelatende balansert måte hvor behovet for kontroll gjennom eksempelvis plansystemet og den utstrakte rapporteringen balanseres ut gjennom dialog og verdier som tillit, for å muliggjøre frihet. På denne måten søker de å nå målene sine om å tilby alle kommunens innbyggere et godt og verdig liv til siste slutt.

Abstract

The municipal health and care sector faces major challenges in the coming years with an increasing need for health services at the same time as operations must be made more efficient as the financial room for maneuver is expected to be smaller. The municipalities must solve challenges related to lack of capacity as well as increasing challenges related to obtaining sufficient competent personnel. The purpose of the study is to shed light on how a municipality uses the management control system to be able to meet tomorrow's needs, and the following problem is therefore the basis for the study:

How is the management control system used to achieve the goals in the municipal health and care service?

To shed light on this issue, I have conducted a case study in a relatively small Norwegian municipality that scores well on national rankings. The study is limited to a closer look at two of the municipality's health units, the home care service and the health center. The study's data base consists of seven qualitative in-dept interviews as well as document studies of several of the municipality's planning and target documents. The framework of Simons (1995b) is used to discuss the use of the management system, and the idea of looking at management control as packages presented by Malmi and Brown (2008) and Hopwood (1974) is used to shed light on the composition of the management control system and the importance of informal management tools.

The management control system in the municipality is complex. The study thus show that the municipality's social management mechanisms and organizational culture are important for the management of the municipality. The informal management tools complement the formal ones, and reduce the need for tight control. Despite the fact that the municipal health sector is characterized by extensive legislation, a lot of reporting and political control, the study's unit leaders experience great freedom of action and the opportunity to use their expertise to find solutions within their unit. The municipality thus uses its management control system in a seemingly balanced way where the need for control through, for example, the planning system and the extensive reporting is balanced out through dialogue and values such as trust to enable freedom. In this way, they seek to achieve their goals of offering all the municipality's inhabitants a good and dignified life to the end.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 <i>Motivasjon for valg av tema</i>	1
1.2 <i>Studiens problemstilling</i>	2
1.3 <i>Oppgavens struktur</i>	3
2. Teori.....	4
2.1 <i>Hva er økonomistyring?</i>	4
2.1.1 <i>Hva er et styringssystem?</i>	6
2.1.2 <i>Økonomistyring som styringspakker</i>	7
2.2 <i>Bruken av styringssystemet for å implementere strategisk fornyelse</i>	13
2.2.1 <i>Trossystemet</i>	15
2.2.2 <i>Grensesystemet</i>	17
2.2.3 <i>Det diagnostiske systemet</i>	19
2.2.4 <i>Det interaktive systemet</i>	21
2.2.5 <i>Samspeillet mellom spakene</i>	23
2.3 <i>Økonomistyring i offentlig sektor</i>	25
2.3.1 <i>Kontekstuelle særtrekk ved helse- og omsorgssektoren</i>	25
2.3.2 <i>New Public Management</i>	27
2.4 <i>Teoriens anvendelse</i>	28
3. Metode	29
3.1 <i>Vitenskapelige utgangspunkt</i>	29
3.2 <i>Valg av forskningsdesign</i>	31
3.3 <i>Datainnsamlingen</i>	32
3.3.1 <i>Studiens utvalg</i>	32
3.3.2 <i>Dybdeintervju</i>	33
3.3.3 <i>Dokumentstudier</i>	36
3.4 <i>Dataanalyse</i>	37
3.5 <i>Studiens kvalitet</i>	39
3.5.1 <i>Validitet</i>	40
3.5.2 <i>Reliabilitet</i>	41
3.5.3 <i>Generaliserbarhet</i>	42
3.6 <i>Etiske hensyn</i>	43
4. Empiri	45

4.1 Om kommunen	45
4.1.1 Befolkningssammensetning og demografisk framskrivning.....	45
4.1.2 Kommunens organisasjonsstruktur	46
4.2 Styringens kontekst.....	47
4.2.1 En oversikt over plansystemet	47
4.2.2 Modell for kommunal styring	48
4.2 Målet er et godt tjenestetilbud til alle med behov for helse- og omsorgstjenester	50
4.3 Utfordringsbildet.....	52
4.4. Planer, strategi, verdier og visjoner	56
4.4.1 De overordnede verdiene	56
4.4.2 Strategi eldreomsorgen: Brukerne skal bo hjemme lengst mulig	57
4.4.3 Kommuneplanens samfunnsdel tegner de lange linjene for helse og omsorgssektoren	58
4.5 Planlegging og budsjettering.....	59
4.5.1 Signalene går gjennom handlingsplanen.....	59
4.5.2 Enkelthendelser krever tilpasninger i planene	61
4.6 Handling og måling av aktivitet.....	62
4.6.1 Delegeringsreglementene tydeliggjør ansvarsforhold.....	62
4.6.2 Lover og regler legger føringer for aktivitet og atferd	63
4.6.3 Kommunens tjenestekriterier legger grunnlaget for omsorgstrappen.....	64
4.6.4 Kulturen preges av lojalitet til tjenestevei, tillit, nære relasjoner og erfarne enhetsledere	65
4.7 Rapportering, evaluering og oppfølging.....	67
4.7.1 Rapportering fra enhetene til kommunedirektøren og kommunestyret	67
4.7.2 Rapportering på avvik i enhetene.....	69
4.7.3 Administrasjonsnivåets slutning av styringssirkelen	71
4.7.4 Styringssirkelen slutes også på politisk nivå.....	72
4.8 Oppsummering.....	72
5. Diskusjon	74
5.1 Styringspakkens sammensetning.....	74
5.2 Bruken av styringssystemet for å implementere strategi	76
5.2.1 Flere styringsverktøy brukes diagnostisk og interaktivt om hverandre	76
5.2.2 Hjemmetjenesten og helsesenterets grensesettende systemer.....	80
5.2.3 Trossystemet som retningsgivende styringssystem	82
5.3 Tillit og erfarne enhetsledere viktig for styringen	85
5.4 Enhetsledernes opplevde frihet	88
6. Konklusjon	91

6.1 Studiens viktigste funn.....	91
6.2 Implikasjoner	92
6.3 Videre forskning.....	93
7. Referanser	94
8. Vedlegg.....	100
8.1 Intervjuguide til intervju med enhetsleder ved helsesenteret.....	100

Figurliste

Figur 1: Den ideelle styringssirkelen (Anthony og Young, 2003).....	5
Figur 2: Økonomistyring som pakker (Malmi og Brown, 2008).....	8
Figur 3: Styringen påvirkes av flere faktorer (Hopwood, 1974).....	10
Figur 4: Levers of Control (Simons, 1995b).....	24
Figur 5: Organisasjonskart for hjemmetjenesten og helsesenteret	47
Figur 6: Omsorgstrappen (Kommunen, 2019).....	54

Tabelloversikt

Tabell 1: Oversikt over informantene.....	33
--	-----------

1. Innledning

Denne studien omhandler styringsutfordringer som oppstår i styringen av helsesektoren i en kommune, og tar for seg bruken av styringssystemet i kommunen. Jeg har studert en liten norsk kommune, heretter kalt *Kommunen*, og sett på samarbeidet mellom politikerne, administrasjonen og de tjenesteytende enhetene i arbeidet med å tilby innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. I dette kapittelet vil det gis en motivasjon for valg av tema, før problemstillingen og studiens avgrensninger presenteres. Det vil også bli gitt en kort en oversikt over oppgavens struktur.

1.1 Motivasjon for valg av tema

Helsesektoren i Norge står ovenfor svært store utfordringer i tiden fremover med tanke på kapasitet, økonomisk spillerom og personell. Prognosene viser at det vil bli flere eldre innbyggere i tillegg til at flere har sammensatte helseutfordringer (Kommunen, 2018). I takt med at det blir flere med behov for helse- og omsorgstjenester i kommunene melder Perspektivmeldingen 2021 (Meld. St. 14 (2020-2021)) at det i de kommende tiårene vil bli færre yrkesaktive per pensjonist. Dette vil kunne medføre reduserte tilskudd til kommunen, hvilket igjen betyr at de kommunale helse- og omsorgsenhetene må drives mer effektivt.

Den medisinske utviklingen har i tillegg medført at en større del av behandlingene blir gjort på poliklinikk eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvilket er med på å skape mer press på kapasiteten i kommunen da dette kommer i tillegg til de øvrige helse- og omsorgsoppgavene. Samtidig betyr det også at kommunen vil ha behov for personell med mer kompetanse, samt også annen kompetanse (Kommunen, 2018). Tilgangen på kvalifisert helsepersonell er og blir en utfordring, og det er allerede registrert mangel på sykepleiere (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019). Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol har uttalt at det å utdanne, rekruttere og beholde tilstrekkelig med kvalifiserte fagfolk er en av de største oppgavene vi står ovenfor.

I lys av disse store nasjonale utfordringene med mindre økonomisk handlingsrom og knapphet på arbeidskraft og kompetanse er det interessant å se på hvordan kommunene styrer i dag for å nå målsetningene sine innen helsesektoren. Simons (1995b) påpeker at det å styre en

organisasjons daglige drift og samtidig tillate nødvendig innovasjon for å tilpasse seg morgendagens behov og krav, er en de store utfordringene i økonomistyringen. Kommunen i studien opplever allerede nå begrensninger i både økonomi, kapasitet og kompetanse. De må derfor prioritere og sammen med de tjenesteytende enhetene bruke styringssystemet godt for å kunne tilby innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester også i tiden fremover.

1.2 Studiens problemstilling

Styringen av en kommune og dens ulike tjenesteområder er svært kompleks. Det er mange krav og målsetninger som skal oppfylles, samtidig som at det er begrenset med ressurser tilgjengelig. Både faglige og politiske vurderinger skal gjøres, planer utarbeides og implementeres. God økonomistyring er viktig for å kunne tilby gode tjenester med de ressursene som er tilgjengelig. Dette leder meg frem til problemstillingen for studien:

Hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å gjennomføre en casestudie i en relativt liten kommune. Størrelsen på kommunen gjør at det er mulig å få oversikt og innblikk i styringen av kommunen. Kommunen har et helsesenter med eget bofelleskap for demente, og en stor hjemmetjeneste med ansvar for blant annet besøk i hjemmet og ulike bofelleskap. Kommunen jeg benytter som case skårer svært godt på nasjonale rangeringer, også innenfor helse. Det er derfor interessant å studere hvordan de bruker verktøyene og systemene de har tilgjengelig, spesielt med tanke på de gode plasseringene.

Anthony (1965) beskriver økonomistyring som den prosessen der ledere sikrer at ressurser anskaffes og benyttes på en effektiv måte for å oppnå organisasjonens mål. Styringssystemet defineres så ifølge Simons (1995b) som de formelle, informasjonsbaserte rutinene og prosedyrene som ledere bruker til å opprettholde eller endre et mønster i aktivitetene i organisasjonene. Chenhall (2003), Merchant og Van der Stede (2012), Abernethy og Chua (1996) og Flamholtz, Das og Tsui (1985) legger på sin side til grunn en bredere definisjon av styringssystemet. De inkluderer også mer uformelle mekanismer slik som kultur, hvilket jeg kommer nærmere tilbake til i kapittel 2.1. Jeg legger i denne oppgaven til grunn en definisjon av styringssystemet som er bredere enn Simons (1995b) sin definisjon, da jeg også velger å inkludere uformelle styringsmekanismer som en del av styringssystemet.

Studiens hovedfokus ligger på bruken av styringsverktøyene mellom enhetslederne i hjemmetjenesten og på helsesenteret, og kommuneadministrasjonen og politikerne. Jeg vil studere dette ut ifra rammeverket til Robert Simons (1995) fordi det sier noe om hvordan et styringssystem kan fornyes og brukes, og det er nettopp dette oppgaven søker å finne svar på. Rammeverket beskriver hvordan styringssystemet kan brukes på ulike måter for å balansere begrensende og muliggjørende styringsmekanismer. Jeg vil også drøfte styringssystemet opp imot Malmi og Brown (2008) og Hopwood (1974) sin tanke om å se styringssystemet som en pakke av mekanismer som jobber sammen. Dette fordi det bidrar med et bredere perspektiv på styringssystemet, og i større grad tar opp i seg de uformelle mekanismene i kommunens styringssystem.

Jeg har valgt å avgrense studien til å se på samarbeidet mellom kommunen, hjemmetjenesten og helsesenteret. Kommunen har også en tredje enhet innen helsesektoren, men jeg velger å utelate denne i studien. Hjemmetjenesten og helsesenteret jobber med mange ulike pasienter i alle aldre og med ulike sykdomsbilder, men de jobber mye med eldre pasienter. De to enhetene jobber tett sammen og påvirkes også av hverandres arbeid. Kommunestyret anser jeg som styret i «bedriften», og kommunedirektøren fungerer som administrerende direktør. Sammen med hans stab utgjør de kommunens administrasjon.

1.3 Oppgavens struktur

Problemstillingen presentert i dette kapitlet danner grunnlaget for den videre strukturen. I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske forankring, før jeg deretter i kapittel 3 gjør rede for de metodiske valgene som er tatt i forbindelse med forskningsprosessen. De empiriske funnene fra intervjuene og dokumentstudiet presenteres i kapittel 4. Deretter kobles de empiriske funnene opp imot det teoretiske grunnlaget for å belyse studiens problemstilling i kapittel 5. Avslutningsvis konkluderer jeg mine viktigste funn i kapittel 6, hvor det også belyses noen implikasjoner av studien og det gis forslag til videre forskning.

2. Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori for å belyse studiens problemstilling om hvordan styringssystemet brukes for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Innledningsvis vil det bli presentert definisjoner på økonomistyring og styringssystemet. Deretter vil blant annet modellen til Malmi og Brown (2008) samt Hopwood (1974) presenteres for å belyse ideen om at økonomistyring kan anses som pakker av ulike styringssystemer. Rammeverket til Simons (1995b) utgjør hovedtyngden i kapitlet og er valgt med tanke på å gå nærmere inn på hvordan ulike styringsverktøy og bruken av disse kan kategoriseres som ulike spaker, som settes sammen til et unikt styringssystem for organisasjonen. Avslutningsvis er teori omkring økonomistyring i offentlig sektor inkludert for å beskrive den styringskonteksten som medfølger styring av hjemmetjenesten og helsesenteret i kommunen.

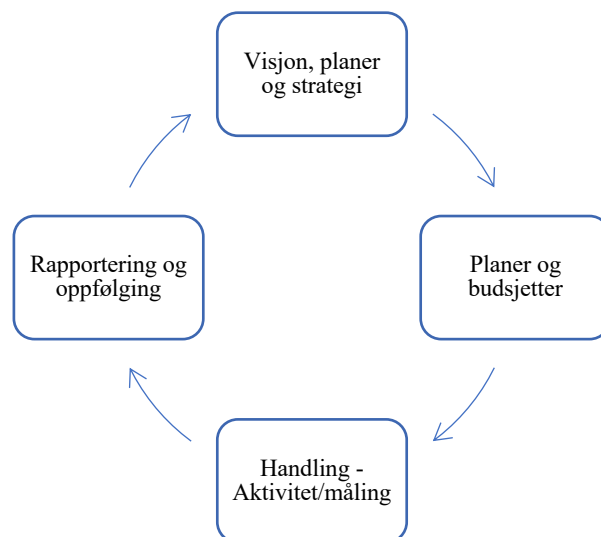
2.1 Hva er økonomistyring?

Flere forskere har gitt sine definisjoner av hva økonomistyring innebærer. Anthony (1965, s. 17) har gitt en av de klassiske definisjonene på økonomistyring, og definerer det som «*the process which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in accomplishment of the organization's objectives*». Ifølge Anthony (1965) inneholder denne definisjonen tre nøkkelpoeng. For det første er tiltakene og prosessene som tilsammen utgjør økonomistyring, avhengig av ledernes involvering. Disse lederne får ting gjort gjennom samhandling med de ansatte. I tillegg innebærer denne definisjonen av økonomistyring at det foregår innenfor en gitt ramme med mål og retningslinjer som grunner i den strategiske planleggingsprosessen. Anthony (1965) definerer således strategisk planlegging som den prosessen hvor mål settes, justeres og ressurser for å kunne nå målene bevilges. I tillegg innebærer den strategiske planleggingen at retningslinjene for anskaffelse, bruk og disponering av ressursene bestemmes. Det tredje elementet i Anthony (1965) sin definisjon av økonomistyring er at aktivitetene i økonomistyringsprosessen vurderes ut ifra hvor effektive de er.

Økonomistyring handler altså om de aktivitetene som gjør det mer sannsynlig for organisasjonen å nå målene sine, og gir retning til atferden og beslutningene til aktørene i organisasjonen (Anthony, 1965; Merchant og Van der Stede, 2007; Flamholtz, Das og Tsui, 1985). Merchant og Van der Stede (2007) definerer eksempelvis økonomistyring til å handle

om håndtering av de ansattes atferd, og skiller dermed i likhet med Anthony (1965) ut den strategiske styringen fra økonomistyringsbegrepet. Flamholtz et al. (1985) definerer økonomistyring som de forsøkene organisasjonen gjør for å nettopp øke sannsynligheten for at både individene og gruppene i organisasjonen handler på måter som fører til oppnåelse av organisasjonens mål. Men andre ord er deres definisjon på økonomistyring også rettet inn mot at organisasjonen når målene sine, og har som formål å gi retning til atferden og beslutningen til aktørene i organisasjonen.

Anthony og Young (2003) poengterer at økonomistyring er en mellomting mellom strategiformulering og oppgavestyring, og mener økonomistyringen anser målene og strategiene som er vedtatt i strategiformuleringsprosessen som gitt. Økonomistyringen fokuserer således på implementeringen av strategien og måloppnåelse (Anthony og Young, 2003). Økonomistyring er ifølge Anthony og Young (2003) en systematisk prosess med ulike steg som repeteres. På denne måten krever økonomistyring interaksjon og samspill med de andre aktørene i organisasjonen. Det påpekes at mye av økonomistyringsprosessene er uformelle og forekommer i nettopp møter og samtaler mellom individer. De to forfatterne beskriver den ideelle styringssirkelen med fire faser, hvor jeg benytter Nyland og Pettersen (2018) sin oversettelse.



Figur 1: Den ideelle styringssirkelen (Anthony og Young, 2003)

Visjon, planer og strategi kalles den første fasen som omfatter strategisk planlegging omkring de visjonene, målene og strategiene kommunen og helsesektoren har kommet frem til. I neste fase fastsettes planene i form av at årsbudsjettet vedtas. I den tredje fasen oversettes planene fra de to foregående fasene til handlinger i enhetene. Nå iverksettes de tiltakene som det er bevilget

midler til i årsbudsjettet og som skal hjelpe enhetene å nå målsetningene sine. Gjennom ulike måleverktøy måles denne aktiviteten som evalueres og følges opp i fjerde fase (Anthony og Young, 2003). Nyland og Pettersen (2018) påpeker på sin side at dette er en beskrivelse av den ideelle styringssirkelen, og at en slik prosess sjeldent er å se da det gjerne oppstår brudd og dekoblinger mellom for eksempel planene og budsjettet, og den aktiviteten som faktisk utøves i organisasjonen. Organisasjonens ulike aktører vil eksempelvis ha ulike målsetninger og interesser hvilket jeg kommer nærmere tilbake til i kapittel 2.3.

2.1.1 Hva er et styringssystem?

På samme måte som det finnes ulike definisjoner på økonomistyring, finnes det også en rekke definisjoner av økonomistyringssystemer (Chenhall, 2003; Abernethy og Chua, 1996; Flamholtz et al., 1985; Malmi og Brown, 2008; Simons, 1995b). Chenhall (2003) definerer styringssystemet bredt, og definerer det som den systematiske bruken av økonomistyringsmekanismer, i tillegg til personalstyring, slik som selektering, trening og sosialisering, og klankontroll som refererer til kultur og normer i organisasjonen. Med økonomistyringsmekanismer menes for eksempel balansert målstyring, uformell kommunikasjon mellom organisasjonens aktører, target costing og formelle budsjetter. Mange tradisjonelle definisjoner ser ifølge Merchant og Van der Stede (2012) og Chenhall (2003) på styringssystemet som et regulerende system som utelukkende gir informasjon og tilbakemelding, nærmest som en termostat. Måloppnåelse ses opp imot forhåndsdefinerte standarder, og tiltak gjøres dersom det avdekkes avvik. Merchant og Van der Stede (2012, s. 6) legger derimot til grunn en bred definisjon og mener styringssystemet omfatter alle de verktøy og systemer som ledere benytter for å sikre at atferden og beslutningene til de ansatte er i tråd med organisasjonens mål og strategier.

Flamholtz et al. (1985) påpeker at styringsverktøyene kan utformes på både individnivå, gruppenivå og for organisasjonen som helhet. Abernethy og Chua (1996) ser samtidig på styringssystemet som et system bestående av ulike styringsmekanismer, hvilket inkluderer formelle administrative mekanismer slik som prosedyrer, budsjetter, prestasjonsindikatorer, belønningssystemer med mer. Abernethy og Chua (1996) inkluderer i likhet med blant annet Chenhall (2003) også uformelle mekanismer slik som selektering av personell, samt trenings og sosialiseringsprosesser. Likedan definerer også Malmi og Brown (2008) styringssystemet som de verktøyene og systemene som ledere benytter for å sikre at atferden og beslutningene til medarbeiderne er konsistente med organisasjonens mål og strategier. Det omfatter imidlertid

ikke de systemene som utelukkende er ment som beslutningsstøtte (Malmi og Brown, 2008, s. 290-291). Styringssystemet kan med andre ord anses som de teknikkene og prosessene, eller verktøyene om man vil, som gjør at medarbeiderne jobber i tråd med organisasjonens mål (Flamholtz et al., 1985; Abernethy og Chua, 1996; Merchant og Van der Steve, 2012).

Simons (1995b) gir på sin side en smalere definisjon av styringssystemet enn de overnevnte, og legger følgende definisjon til grunn i sitt rammeverk:

Management control systems are the formal, information-based routines and procedures managers use to maintain or alter patterns in organizational activities.
(Simons, 1995b, s. 5)

Simons (1995b) legger altså vekt på at styringssystemet skal være både formelt og informasjonsbasert, og at hensikten er å opprettholde eller endre mønstre i organisasjonens aktivitet. Kultur, normer og mer uformelle møtepunkter er med andre ord ikke en del av Simons (1995b) sin definisjon av styringssystemet, slik som det i større grad kan tenkes å være en del av andres definisjon (Chenhall 2003; Merchant og Van der Stede, 2012; Abernethy og Chua, 1996; Flamholtz et al., 1985).

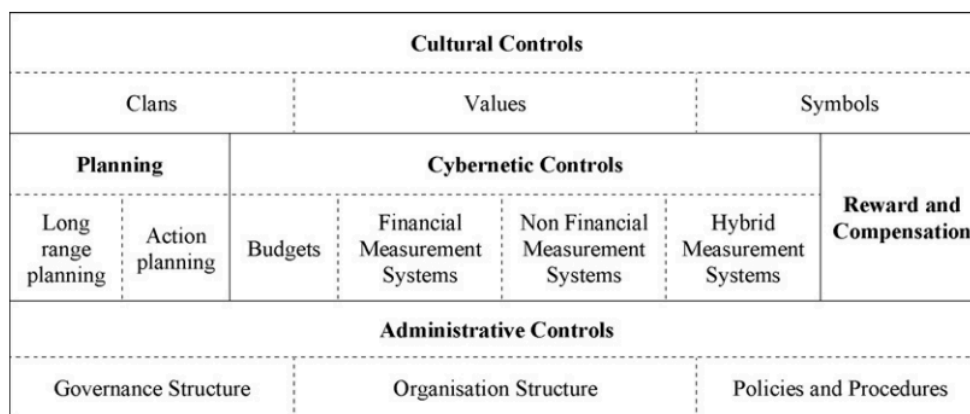
Med andre ord er mange av definisjonene av styringssystemet svært like hverandre og det handler i stor grad om at organisasjonen skal legge til rette for å nå målene sine. Til tross for at oppgaven i hovedsak legger Simons (1995b) sitt Levers of Control-rammeverk til grunn, vil jeg ikke utelukke de mer uformelle styringsmekanismene fra drøftingen omkring bruken av styringssystemet i kommunen.

2.1.2 Økonomistyring som styringspakker

Malmi og Brown (2008) påpeker at tanken om å se økonomistyring som pakker har eksistert i flere tiår. Som tidligere beskrevet finnes det utallige definisjoner på hva et økonomistyringssystem er. Et av de viktigste argumentene for å studere styringssystemer som pakker er ifølge Malmi og Brown (2008) at de ulike systemene ikke opererer isolert fra andre mekanismer og systemer. De er i større eller mindre grad sammenkoblet til hverandre (Chenhall, 2003; Dent 1990; Otley 1980; Abernethy og Chua, 1996) og utgjør et bredere økonomistyringssystem. Å studere styringsmekanismer isolert vil ifølge Chenhall (2003) kunne gi spuriøse sammenhenger, og altså påstå årsak-virknings-forhold som i realiteten ikke er det.

Selv om det kan anses som fordelaktig å studere økonomistyring som pakker, påpeker Malmi og Brown (2008) at dette også innebærer en rekke utfordringer. Utfordringene knytter seg blant annet til valg av definisjon for et styringssystem, hvilke elementer som skal inkluderes, i tillegg til det faktum at økonomistyringssystemer ofte er svært omfattende og komplekse, og derfor utfordrende å studere empirisk.

Malmi og Brown (2008) utviklet en egen modell for å se styringssystemet som en pakke av ulike styringsmekanismer hvor organisasjonskulturen ligger øverst som en kontekstuell faktor. Modellen er ment å gjøre det enklere å empirisk studere helhetlige økonomistyringssystemer.



Figur 2: Økonomistyring som pakker (Malmi og Brown, 2008)

Planlegging er et viktig element i modellen og er en form for ex ante kontroll (Malmi og Brown, 2008; Flamholtz et al., 1985). Planene fremlegger målene man ønsker å oppnå samt standarden for hvert av målene, i tillegg til å gi en plan for hvilken innsats som kreves for å nå disse målene (Flamholtz et al., 1985). Som Malmi og Brown (2008) påpeker kan planene være både langsiktige og kortsiktige. I tillegg kan de være av en strategisk art og skape retning for medarbeiderne uten å være koblet til det finansielle aspektet slik Merchant og Van der Stede (2007) fremlegger det. De anser planer og budsjetter som en del av det finansielle kontrollsystemet. Innen den kommunale helsesektoren utarbeides det en lang rekke planer som kobler sammen mål på kort og lang sikt og for ulike sektorer. Plansystemet er en viktig del av den kommunale og offentlige styringen.

Kybernetisk styring er et annet viktig element som refererer til systemer som kan måle kvantitativt, som inneholder prestasjonsstandarder og en tilbakemeldingsprosess som tillater sammenligninger, i tillegg til at systemet må være mulig å justere og tilpasse (Malmi og Brown,

2008). Budsjetter, finansielle og ikke-finansielle nøkkeltall samt balansert målstyring er alle eksempler på kybernetiske kontrollmekanismer, og disse benyttes i stor grad av de norske kommunene, også casekommunen i denne studien. I modellen er belønnings- og kompensasjonsmekanismene sidestilt med de kybernetiske styringsmekanismene. Dette elementet i modellen henviser til systemer som motiverer medarbeiderne og øker deres prestasjoner, og som skaper målkongruens mellom målene til medarbeiderne og organisasjonen forøvrig (Malmi og Brown, 2008). Belønninger er dog gjerne mindre fremtredende i det offentlige systemet, i hvert fall om man tenker på belønninger som økonomiske belønninger.

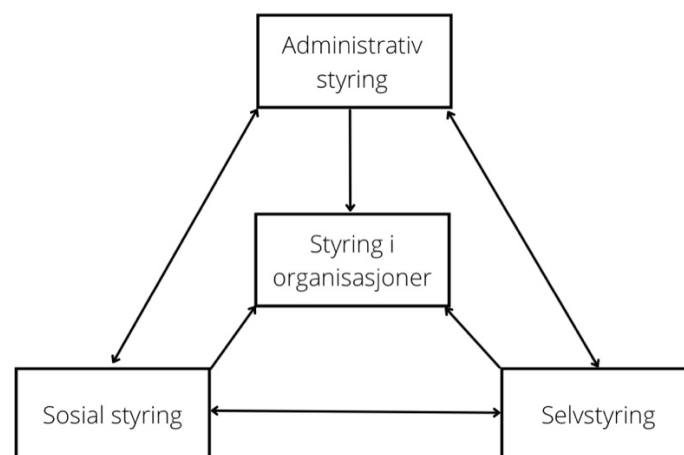
Administrative styringssystemer finner vi i bunn av modellen til Malmi og Brown (2008). Disse systemene skaper retning for medarbeidernes atferd gjennom organisasjonsstrukturen og dens retningslinjer og prosedyrer, atferdsovervåkning og ansvarliggjøringen av medarbeiderne. Helsesektoren har svært mange retningslinjer og prosedyrer for å regulere atferden til helsearbeiderne for å skape trygge og gode behandlinger for pasientene (Isaksen, Ågotnes og Fagertun, 2018). Videre er styring gjennom overvåkning av eksempelvis avvik en mekanisme for å ha kontroll på tjenesteytingen.

Siste element i Malmi og Brown (2008) sin modell er kulturelle styringsmekanismer. Malmi og Brown (2008) legger til grunn Flamholtz et al. (1985) sin definisjon på organisasjonskultur, hvorpå det defineres som «the set of values, beliefs and social norms which tend to be shared by its members and, in turn, influence their thoughts and actions». Malmi og Brown (2008) påpeker at kulturen i organisasjonen er en del av den underliggende konteksten til organisasjonen som strekker seg forbi ledernes styring, men som samtidig nettopp er et viktig styringssystem for å regulere atferden til medarbeiderne. Hedlund Ingstad og Moa (2021) er enig i at kulturen i en organisasjon nettopp handler om hvordan de ansatte opptrer og hvilke holdninger de besitter, og at den styrer i form av å si noe om hva som er forbudt, påbudt, forventet og ønskelig. Ifølge Hedlund et al. (2021) er gode helse- og omsorgstjenester avhengig av medarbeidernes kompetanse. Dette fordrer en kompetansekultur hvor kompetanseutvikling og utnyttelse av kompetansen man har er viktig.

Malmi og Brown (2008) deler inn kulturell styring i tre grupper: verdibasert styring slik som Simons (1995) omtaler, symbolbasert styring som Schein (1997, referert i Malmi og Brown, 2008) omtaler og klanstyring omtalt av Ouchi (1979). Simons (1995a) trekker frem at formidling av verdier er en del av ledernes måte å inspirere og gi retning til atferd. Verdiene er

med på å skape fokus og lederne har dermed muligheten til å styre medarbeiderne gjennom denne formidlingen. Kultur og verdier er en del av det Simons (1995a, b) kaller trossystemet. Malmi og Brown (2008) trekker også frem studien til Schein (1997) som peker på at symboler slik som kleskoder på jobb, bygningsutforming og design, og andre visuelle uttrykk kan være med på å skape en gitt kultur. Et ledd i dette kan være at organisasjonen eksempelvis ønsker en spesiell kleskode for å gi uttrykk for profesjonalitet. Ouchi (1979) omtaler hvordan sosialisering mellom mennesker i en klan eller gruppe kan være med på å skape et grunnlag for styring. Det dannes altså en kultur innenfor en gitt gruppe eller organisasjon, slik som innenfor ulike enheter i den kommunale helsesektoren.

I forlengelsen av Malmi og Brown sin modell kan Hopwood (1974) sitt rammeverk presenteres. Hopwood (1974) utviklet et rammeverk, en styringspakke bestående av administrativ styring, sosial styring og selvstyring. Disse kan heller ikke ses isolert fra hverandre, men systemets totale effekt må betraktes samlet. Styringspakkens elementer må stemme overens med hverandre og det må hensyn tas at styringssystemene implementeres i ulike settinger ovenfor ulike grupper (Cäker og Siverbo, 2011). Dette krever med andre ord et helhetlig syn på styringspakken.



Figur 3: Styringen påvirkes av flere faktorer (Hopwood, 1974)

Administrativ styring består av formelle verktøy slik som regler og prosedyrer som skal regulere de ansattes atferd. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er en svært viktig lov innen helse og omsorgssektoren og er slik Hopwood (1974) beskriver funksjonen til den administrative styringen med på øke sannsynligheten for at helsemedarbeiderne jobber i tråd

med kommunens mål om å tilby pasientene et verdig liv. Planer og budsjetter, hvilket det er mange av i den kommunale sektoren, er også å betegne som administrativ styring og det kan dras paralleller til Malmi og Brown (2008) sin kybernetiske styring samt planlegging. Disse styringsverktøyene går gjerne inn under det Cäker og Siverbo (2011) betegner som resultatstyring. Hopwood (1974) påpeker at de administrative styringsverktøyene kan benyttes på ulike måter av ulike ledere, og derigjennom skape ulike resultater. De administrative styringsverktøyene er ikke i seg selv tilstrekkelig for å styre organisasjonen, nettopp på grunn av mulighetene for svært forskjellige utfall. Det er her den sosiale styringen kommer inn.

Det administrative systemets reelle styringseffekt er nemlig avhengig av den sosiale styringen som oppstår gjennom delte verdier, normer og forpliktelse eller engasjement ovenfor hverandre. Essensen i den sosiale styringen er at den ikke utelukkende utøves av ledere ovenfor sine medarbeidere, men at det utøves av individer på alle de ulike nivåene i en organisasjon (Hopwood, 1974). Med andre ord kan en helsemedarbeider på «gulvet» være en del av den sosiale styringen på lik linje som enhetslederen er det. Hopwood (1974) påpeker at den sosiale styringen gjennom normer og verdier i grupper i organisasjonen, for eksempel de som jobber på en gitt avdeling på helsesenteret, har mye sterkere styringseffekt og regulerer atferd i mye større grad enn det lederens styringsverktøy har. Sagt på en annen måte er gruppesamspillet og reguleringen av hverandre i gruppen trolig mer effektivt med tanke på at de ansatte skal handle etisk riktig kontra de etiske retningslinjene som finnes i helsesektoren. Selv om den sosiale styringen kan være svært effektiv påpeker likevel Hopwood (1974) at utformingen og styrken i den sosiale styringen vil variere fra organisasjon til organisasjon, og også mellom grupper i samme organisasjon. Den sosiale styringen kan altså være ulik i skoleenhetene og helseenhetene, og det kan samtidig variere mellom for eksempel avdelinger i hjemmetjenesten og helsesenteret.

Som flere andre (Chenhall 2003; Merchant og Van der Stede, 2012; Abernethy og Chua, 1996; Flamholtz et al., 1985) påpeker Cäker og Siverbo (2011) at styringspakkene består av mer enn bare byråkratiske og formaliserte styringsverktøy slik som budsjetter og målekort, da uformelle styringselementer som kultur og sosial styring også påvirker atferden til kommunens aktører. De viser til at de formelle styringsverktøyene må komplementeres med uformelle og tillitsskapende verktøy nettopp på grunn av at det ikke er mulig å håndtere all usikkerheten og det samordningsbehovet en organisasjon har gjennom formell styring. I likhet med eksempelvis Chenhall (2003) trekker Cäker og Siverbo (2011) frem personalstyring, kulturell styring slik

som sosialiseringspraksiser samt jevnlige møter og interaksjoner som uformelle styringsverktøy.

Tillit kan ses på som en del av den sosiale og kulturelle styringen, hvorpå Cäker og Siverbo (2011) deler inn i fire typer tillit; kompetansetillit, goodwill-tillit, institusjonell tillit og kalkulativ tillit. Tillit som begrep defineres som den psykologiske tilstanden hvor sårbarhet aksepteres i situasjoner der det er positive forventninger knyttet til andres atferd (Cäker og Siverbo, 2011). Kompetansetillit handler om personens tekniske ferdigheter eller tiltroen til deres utføring av ulike oppgaver. Her kan den ene parten akseptere sårbarhet eller risiko fordi den andre har vist evnen til å prestere. Tillit til erfarne og kompetente enhetsledere kan stamme ifra slik kompetansetillit, i tillegg det kan betegne tilliten enhetslederne kan føle ovenfor sine helsemedarbeidere. Goodwill-tillit handler så om at den ene personen kan ha tillit til den andre på grunn av at den har vist at den akter å oppfylle sine forpliktelser. Her har altså den ene parten opplevd at den andre ikke ønsker å skade ens interesser og faktisk kan strekke seg forbi det de formelle kontraktene krever (Cäker og Siverbo, 2011). Eksempelvis kan dette være en betegnelse på kommunedirektørens tillit ovenfor sine enhetsledere på at de leverer slik de skal.

Den tredje typen tillit betegner Cäker og Siverbo (2011) som institusjonell tillit. Denne typen tillit refererer til formelle mekanismer slik som lover, regler og retningslinjer, samt uformelle mekanismer i form av for eksempel normer og organisasjonskulturen. Den ene parten kan således ha tillit ovenfor den andre fordi denne ikke har incentiver til å bryte loven eller normene i organisasjonen. Eksempelvis kan enhetsledere ha tillit til at medarbeiderne respekterer pasientenes ønsker, da det ikke skulle være noe å tjene på å bryte med en slik norm. Kalkulert tillit er så den fjerde formen for tillit og baserer seg på tanken om at det ikke er særlig å hente på å opptre opportunistisk. Den ene parten kan i så måte stole på den andre fordi den ikke har insentiver til å nettopp handle opportunistisk.

Retter vi fokuset tilbake til Hopwood (1974) sitt rammeverk er selvstyring den tredje styringsformen. Selvstyring omhandler den prosessen hvor individene i organisasjonen styrer sin egen atferd ut ifra deres iboende ønsker og motivasjon (Hopwood, 1974). Som Hopwood (1974) beskriver må all styring til syvende og sist uttrykkes gjennom handlingene til kommunens ledere og medarbeidere. Den administrative og sosiale styringen må derfor internaliseres i individene, enten direkte eller indirekte. Som følge av dette påpeker Hopwood (1974) at medarbeidernes trivsel og personlige utvikling er viktig. De andre styringssystemene

får gjerne liten innvirkning dersom medarbeidernes ønsker og behov er i uoverensstemmelse med kravene som lederne stiller, og de kan derfor føle seg presset. Nyland og Pettersen (2018) påpeker at selvstyring vil være spesielt viktig i profesjonelle organisasjoner, slik som hjemmetjenesten og helsesenteret jo er, da helsemedarbeiderne her har mye delegert ansvar til å selv organisere arbeidet.

Oppsummert er det med andre ord en rekke ulike mekanismer som tilsammen danner en pakke og et helhetlig økonomistyringssystem (Malmi og Brown (2008); Hopwood, 1974). Otley (1980) påpeker at det ikke finnes en universell og beste styringspakke, men at sammensetningen av styringssystemet avhenger av ulike kontekstuelle faktorer. Dette er i tråd med Simons (1995a, b) sin tankegang om at spakene i styringssystemet må settes sammen på ulike måter for ulike organisasjoner. Hopwood (1974) løfter dessuten frem at de tre styringstypene i styringspakken han presenterer må være kompatible med hverandre. Oppsummert betyr altså dette at kommunen med kommuneadministrasjon, politikere og enhetsledere bør ha et reflektert forhold til sammensetningen av styringspakken.

2.2 Bruken av styringssystemet for å implementere strategisk fornyelse

Robert Simons (1995a) utviklet et rammeverk for styring gjennom bruk av fire spaker som sammen skal balansere behovet for kontroll med myndiggjøring av aktørene i en organisasjon. Den rette kombinasjonen av styringsmekanismer fra trossystemet, grensesystemet, det diagnostiske systemet og det interaktive systemet skal gi organisasjonene gode styringssystemer. Styringssystemet må således tilpasses den enkelte organisasjon siden det ikke finnes en gitt sammensetning av spakene som passer alle organisasjoner (Simons 1995b; Otley, 1980). Slik sett kan det trekkes paralleller til Hopwood (1974) sin modell og ide om at styringssystemet må tilpasses den enkelte organisasjon og situasjon. Rammeverket til Simons (1995b) har dog vært kritisert for å være vagt og tvetydig definert (Tessier og Otley, 2012). Likevel mener Mundy (2010) at rammeverket er et nyttig verktøy for å nettopp studere dynamikken mellom kontroll og myndiggjøring da det tar for seg den faktiske bruken av styringssystemet.

Som et bakteppe for Levers of Control rammeverket ligger tanken om spenninger mellom ulike krefter, slik som spenningen mellom frihet og begrensinger, myndiggjøring og ansvarlighet, top-down styring og bottom-up kreativitet, og mellom eksperimentering og effektivitet

(Simons, 1995b; Tessier og Otley, 2012). Adler og Borys (1996) diskuterer i denne sammenheng hvordan ulike typer formalisering, muliggjørende og tvingende, kan få de ansatte til å bedre mestre oppgavene sine eller brukes til å tvinge frem innsats hos de ansatte. Ifølge Sprinkle (2003, referert i Mundy, 2010) har den kontrollerende bruken av styringssystemet til hensikt å redusere informasjonsasymmetrien, mens det muliggjørende bruken på sin side søker å redusere usikkerhet og forbedre beslutningstakingen. Simons (1995b) påpeker at man ikke kan håndtere spenningene ved å velge det ene eller det andre, men at man må ha begge deler i en organisasjon. Balanseringen av de motstående kreftene løses ikke utelukkende i utformingen av styringssystemene ifølge Simons (1995b), men gjennom å forstå hvordan effektive ledere i praksis bruker systemene. Styringsmekanismene i de fire spakene skal således jobbe sammen og samtidig, men de har ulike hensikter. Mundy (2010) påpeker i den sammenheng at det interaktive systemet har en viktig rolle i å skape og opprettholde balansen mellom kontrollerende og muliggjørende bruk av styringssystemet. Samtidig løfter Mundy (2010) frem poenget om at en ubalanse i mellom spakene kan føre til utilsiktede konsekvenser. For eksempel kan for lite bruk av det diagnostiske systemet resultere i manglende fokus, mens en for stor bruk kan forhindre innovasjon og kreativitet (Mundy, 2010).

Simons fører videre en referanse til kinesisk filosofi. Han sammenligner positive styringssystemene, definert som trossystemet og det interaktive systemet, med yin som refererer til sol, varme og lys. De negative styringssystemene sammenlignes på sin side med yang, som representerer mørke og kulde, og defineres som grensesystemet og det diagnostiske systemet (Simons, 1995a, b; Tessier og Otley, 2012). De positive og negative styringssystemene skaper en dynamisk spenning som videre skal sørge for effektiv styring (Tessier og Otley, 2012). Det er her viktig å merke seg at Simons ikke ilegger noe negativt eller dårlig i bruken av begrepet negativ styringssystem. Bruken av begrepene «positiv» og «negativ» har likevel blitt tolket av flere til å assosieres med god og dårlig (Tessier og Otley, 2012). Tessier og Otley (2012) påpeker at de heller enn positive og negative styringssystemer benytter betegnelsene muliggjørende og begrensende styringssystemer.

Adler og Borys (1996) beskriver parallelt med Simons (1995b) og Tessier og Otley (2012) to ulike syn på formalisering og byråkrati. De trekker frem at det negativt synet på byråkrati ser på byråkratiet som et hinder for kreativiteten, og at det skaper utilfredshet og demotiverer de ansatte. På den andre siden kan byråkrati ses på som positivt i form av at det gir retning og veiledning, tydeliggjør og avklarer ansvar, og slik sett demper stress og gjør det enklere for de

enkelte aktørene å føle seg mer effektive. Adler og Borys (1996) konkluderer med at muliggjørende prosedyrer hjelper de dedikerte medarbeiderne til å jobbe mer effektivt og det forsterker deres forpliktelse og engasjement til organisasjonen. Disse konfliktene om hvorvidt styringssystemet skaper frihet og kreativitet eller holder organisasjonen igjen er det sentrale i Simons (1995 a, b) sitt rammeverk. Det er vesentlig å utforme styringssystemet på en slik måte at det skaper både frihet og grenser gjennom eksempelvis tydelige retningslinjer og ansvarsområder. Enhetsledernes følelse av fleksibilitet omkring prestasjonsindikatorerne muliggjør bedre styring av deres arbeid. På den andre siden vil et økt fokus på prestasjonsindikatorerne kunne føre til at de føler seg tvunget inn i et styringssystem (Adler og Borys, 1996; Jordan og Messner, 2012). Tessier og Otley (2012) påpeker på sin side at ledernes intensjoner med sammensetningen av styringssystemet og medarbeidernes tolkning gjerne er to forskjellige ting.

I de kommende delkapitlene vil jeg gå nærmere inn på de fire spakene hver for seg, før mer inngående jeg tar for meg samspillet mellom de fire spakene.

2.2.1 Trossystemet

Simons (1995a) påpeker at ledere i mange år har benyttet trossystemet for å formidle verdier og retning for medarbeiderne. Trossystemet kan for eksempel være verdier, visjoner og formål (Simons 1995b), og er den del av de kulturelle mekanismene i Malmi og Brown (2008) sin modell slik som tidligere nevnt. Mundy (2010) løfter frem det faktum at trossystemet søker å sikre engasjement og forpliktelse til målene og inspirere de ansatte til å søke etter muligheter og løsninger. Slik sett kan trossystemet benyttes for å motivere helsemedarbeiderne til å finne de løsningene som er til pasientens beste. Trossystemet utformes gjerne bredt for å favne om alle grupper i organisasjonen, og kommuniseres gjennom for eksempel dokumenter med uttalelser om organisasjonens oppdrag og formål (Simons, 1995a, b). Om en retter blikket tilbake til Simons definisjon av et styringssystem så kan slike uttalelser kun anses som en del av et styringssystem dersom de er formelle, informasjonsbaserte og brukes til å opprettholde eller endre mønstre i organisasjonsaktivitet (Simons, 1995b, s. 36). Ifølge Melina og Selto (2001, referert i Mundy, 2010) kan målekartet anses som en del av trossystemet i den forstand at det har evne til å kommunisere organisasjonens strategi. Trossystemet kan ved problemer være med på å avgjøre hvordan disse skal håndteres, og i de tilfeller det ikke er problemer kan systemet inspirere til å søke nye muligheter (Simons, 1995b).

Den brede utformingen av trossystemet har blitt kritisert fordi den kan oppfattes som å mangle substans, men poenget er å inspirere medarbeiderne, gi dem retning og motivere til lojalitet til organisasjonen (Simons, 1995a, b). Dette fungerer naturlig nok bare når de ansatte faktisk tror på verdiene og de kan se på ledernes atferd at disse har dyp rot i organisasjonen. Når ledere bruke trossystemet uten særlig forpliktelse til verdiene kan det føre til kynisme fra medarbeiderne. De som derimot bruker dette systemet aktivt vil ifølge Simons (1995a) oppdage en sterk «styringspake».

Simons (1995a) påpeker at det med økende kompleksitet i dagens organisasjoner er viktig å ha et formelt trossystem som gir medarbeiderne en tydelig og klar forståelse av organisasjonens kjerneverdier, og hva som er deres plass i organisasjonen. Dagens skiftende verden med stadige endringer fordrer også klare kjerneverdier da det kan være med på å skape stabilitet. Gjennom et formelt trossystem er det videre lettere for medarbeiderne å orientere seg om hva som er akseptabel atferd i organisasjonen og hvilket prestasjonsnivå som forventes (Simons, 1995b). I forlengelsen av dette påpeker Tessier og Otley (2012) at organisasjonens verdier slik som for eksempel integritet, ærlighet og åpenhet også kan være en del av grensesystemet. Helsearbeideren ved helsesenteret vil på grunn av hennes integritet og pasientens verdighet kunne la være å fortelle andre kolleger om forhold som kan oppleves som flau eller nedverdiggende for pasienten. Således kan verdiene både være retningsgivende for riktig atferd, i tillegg til å fungere begrensende for uønsket atferd. På grunn av denne tvetydigheten i forholdet mellom trossystemet og grensesystemet argumenterer Tessier og Otley (2012) for at trossystemet ikke er et styringssystem i seg selv, men heller et styringsverktøy som kan brukes i forskjellige styringssystemer.

Trossystemer kan også brukes til å inspirere medarbeiderne til å søke etter nye måter å skape verdier. Simons (1995a) påpeker at vi mennesker har et iboende ønske om å bidra, men at det kan være vanskelig å se hvordan man kan bidra til økt verdiskapning i en stor organisasjon. Arbeidsstokkens økende utdanningsnivå er også en faktor som øker ønsket om å bidra på en meningsfull måte (Simons, 1995b). For at medarbeidere i organisasjonen skal kunne gi gode bidrag er det viktig at lederne inspirerer og gir retningslinjer i tillegg til å slippe medarbeiderne løs mener Simons (1995a, b). Det handler altså om myndiggjøring av medarbeiderne på en slik måte at de kan bidra med nye ideer og skape konkurransefordeler (Simons, 1995a, b; Mundy, 2010).

Det er verdt å merke seg at trossystemer ikke kan brukes til å måle måloppnåelse da det er relativt vagt formulert (Simons, 1995b). For å skape fokus og meningsfull aktivitet i organisasjonen er grensesystemet viktig som en begrensende faktor for den mulighetssøkende aktiviteten som trossystemet kan inspirere til. Trossystemet kan videre forsterke det diagnostiske systemet til å gi ledelsen bedre styring (Simons, 1995a).

2.2.2 Grensesystemet

Simons (1995a, s. 84) fremhever at grensesystemet er basert på et ledelsesprinsipp kalt «power of negative thinking», altså kraften i negativ tenkning. Han påpeker at det å heller fortelle medarbeiderne hva de ikke skal gjøre i kontrast til å si hva de skal gjøre, skaper rom for innovasjon og kreativitet innenfor gitte rammer. Innen helse- og omsorgssektoren vil det trolig være vanskelig for lederne å skulle si hvordan medarbeiderne skal handle til pasientens beste. Dette vet gjerne medarbeiderne best selv da de er tilstede hos pasientene. Det er likevel rimelig å tenke at også helsemedarbeiderne trenger rammer for hvordan de kan opptre og hvilke løsninger som ikke er mulige på grunn av eksempelvis lovverk, budsjett eller retningslinjer. Grensesystemet angir nemlig minimumsstandarder og grenser, og er således negativt formulert, dog ikke i betydningen av dårlig eller ille. Grensesystemet begrenser mulighetssøkende atferd og hjelper organisasjonen med tanke på risiko som skal unngås (Simons, 1995b). Grensene omhandler gjerne etiske standarder og retningslinjer og er skriftlig formulert i forhold til atferd og aktiviteter som ikke skal finne sted i organisasjonen (Simons, 1995a). Simons (1995b) deler inn i to typer grenser; grenser for forretningsatferd og strategiske grenser. Grensene for forretningsatferd grunner gjerne i lover og regler, trossystemet til organisasjonen og atferdskoder i bransjen (Gatewood og Carroll, 1991). Strategiske grenser søker på sin side å sette grenser for hvilke muligheter man ikke skal søke med tanke på organisasjonens strategi. Tessier og Otley (2012) påpeker at grensesystemer i litteraturen både kan bli sett på som sosiale i form av verdier og normer, slik som helsearbeidernes respekt for pasienten, og som tekniske i form av eksempelvis medisineringsrutiner og innkjøpsregler.

Ledelsen har ikke anledning til å ha kjennskap til alle mulighetene og problemene organisasjonens aktører står ovenfor, og kan derfor ikke si hva medarbeiderne skal gjøre. Det er ifølge Simons (1995a, b) heller ikke hensiktsmessig for ledelsen å skulle diktere sine medarbeidere da det kan være med på å ødelegge for muligheter for ny verdiskapning. Trossystemets inspirasjon og motivasjon kan skape ufokusert atferd som ikke nødvendigvis

utnytter organisasjonens ressurser på en hensiktsmessig måte. For de som jobber med pasientene kan ønsket om å hjelpe sine pasienter være så sterkt at det kan bli vanskelig å se at midlene og ressursene må brukes på en slik måte at det skapes mest mulig helse for flest mulig. Grensesystemets oppgave er derfor å fokusere og gi rammer for aktiviteten som trossystemet inspirerer til (Simons 1995a, b). De finansielle rammene kan for eksempel beskytte kommunen fra økonomisk risiko, mens de ikke-finansielle rammene kan indikere hvilke strategiske ramme enhetslederne må forholde seg til (Mundy, 2010). Myndiggjøringen fra trossystemet skal nemlig ikke tolkes som at medarbeiderne og enhetslederne skal gis blanke ark mener Simons (1995a). For selv om de fleste ønsker å handle etisk riktig og gjøre det rette, kan det være at press og fristelse kan gjøre det enklere å tøye strikken. Med andre ord jobber de to systemene med motstående krefter på en dynamisk måte.

Simons (1995b) påpeker at grensesystemet gir ledelsen mulighet til å delegere beslutningsmyndighet, og videre gi organisasjonen mulighet for høyere fleksibilitet og kreativitet. På denne måten er rammene gitt av ledelsen med på å skape frihet til å tenke selv for medarbeiderne. Dette er i tråd med det Cäker og Siverbo (2011) betegner som atferdsstyring, hvor også det diagnostiske systemet kan kobles inn. Atferdsstyringen har som formål å lede og overvåke atferden til medarbeiderne med bakgrunn i tanken om at de riktige handlingene gir de ønskede resultatene.

Simons (1995a, b) fører referansen til en bils bremses når han beskriver grensesystemet, og spør hvorvidt bremsene er ment å sinke en bil eller tillate den å kjøre fortere. Ifølge Simons (1995a, b) er det ikke mulig for en organisasjon å ha full fart fremover med mindre den har et godt grensesystem som bremses aktivitet når det blir nødvendig. De raskeste og mest prestasjonsorienterte bilene trenger de beste bremsene, og slik er det også for organisasjoner ifølge Simons (1995a). Tydelige grenser for atferd er særlig viktig der hvor tillit og et godt omdømme vektlegges (Simons 1995a). Simons (1995b) refererer også til Bibelens ti bud og måten de sette klare grenser for atferd. De ti bud gir rom for mye handling såfremt det ikke innebærer brudd på noen av budene.

Sammen skaper trossystemet og grensesystemet momentum og fokus for handling for organisasjonene. De skaper et domene å jobbe innenfor som medarbeiderne har frihet til å utforske (Simons, 1995a, b).

2.2.3 Det diagnostiske systemet

Det diagnostiske systemet fungerer som et tilbakemeldingssystem og utformes slik at det er enklere å sikre forutsigbar måloppnåelse (Simons, 1995a, b). Ledere kan på denne måten følge med på resultatene og progresjonen mot de målene organisasjonen har satt seg. I helse og omsorgssektoren handler dette om å eksempelvis følge med på brukernes opplevde kvalitet på tjenestene. Prestasjonsindikatorer som typisk finnes i det diagnostiske systemet er styringsverktøy som har som hensikt å lede ledernes fokus og aktivitet mot noe på bekostning av andre mål som anses som mindre viktig (Jordan og Messner, 2012). I styringen av den kommunale helsesektoren er økonomiske variabler svært viktig på grunn av de knappe ressursene. Det er derfor flere prestasjonsmål som kobles opp imot økonomi, og disse mottar således mer fokus fra kommunens ledere enn mange andre områder.

Simons (1995b, s. 59) definerer det diagnostiske systemer som et formelt informasjonssystem som ledere bruker for å overvåke organisasjonens resultater og korrigere avvik fra prestasjonsstandardene. Videre viser han til at det diagnostiske systemet skal inneha tre viktige funksjoner. For det første må det ha muligheten til å måle resultatene av en prosess. For det andre må det inneha prestasjonsstandarder slik at faktiske resultater kan måles opp imot noe, og for det tredje er det viktig at systemet har evnen til å kunne korrigere avvik. Jordan og Messner (2012) påpeker i denne sammenheng at det er mer sannsynlig at lederne anser prestasjonsindikatorerne som muliggjørende dersom de legger til rette for handling uten å virke uforholdsmessig begrensende. Selv for ufullstendige måleindikatorer mener Jordan og Messner (2012) at dette stemmer så lenge lederne kan håndtere indikatorene på en fleksibel måte og anse dem som virkemidler eller verktøy, heller enn mål i seg selv. Ufullstendige måleindikatorer kan for eksempel være at det benyttes finansielle prestasjonsindikatorer for å måle kvaliteten på helsetjenestene, hvorpå det egentlig er vanskelig å si noe om pasientenes opplevde kvalitet. Simons (1995b) påpeker at økonomistyring er synonymt med definisjonen av det diagnostiske systemet.

En viktig oppgave for det diagnostiske systemet er at det skal ta noe av ledernes byrde i forhold til å overvåke medarbeiderne, og dermed tillate måloppnåelse med mindre overvåkning (Simons, 1995a, b). Slik sett tillater også det diagnostiske systemet stor grad av autonomi for medarbeiderne da de holdes ansvarlige for sine resultater, men selv velger fremgangsmåte for å oppnå målene. Tilbakemeldingssystemene sørger for å holde organisasjonen og dens deltagere på rett spor. Likevel fremhever Simons (1995a) at det diagnostiske systemet ikke alene er

tilstrekkelig som styringssystem. Prestasjonsmålene skaper press på medarbeiderne i organisasjonen og det er derfor viktig å også benytte de tre andre spakene for å balansere ut presset, og hindre uønsket atferd som følge av økt prestasjonspress.

I beskrivelsen av det diagnostiske systemet trekker Simons (1995a, b) referansen til en flykaptein som styrer et fly. Flykapteinen følger med på en rekke instrumenter og variabler i søken etter eventuelle avvik fra forhåndsdefinerte standarder. Kapteinen sørger på denne måten for at flyet hele tiden holder seg innenfor gitte nivåer på kritiske variabler, og dermed at passasjerene kommer trygt frem. Tessier og Otley (2012) påpeker at den diagnostiske styringen representerer styring som opptar ens fokus kun når man oppdager avvik fra de forhåndssette standardene. I helse- og omsorgssektoren er det å bli behandlet med respekt et viktig element i omsorgen, og antageligvis en selvfølge for de ansatte i utøvelsen av sitt arbeid. Det kan likevel være rimelig å anta at det først ved et negativt avvik mellom pasientenes vurdering på brukerundersøkelsen og prestasjonsmålet, vil bli satt i gang utstrakte tiltak for å bedre situasjonen på dette området for således å gi bedre opplevelse av helsetjenestene.

Det diagnostiske systemet måler nettopp variabler som er viktige i forhold til organisasjonens strategi. Simons (1995b) kaller dette for kritiske prestasjonsvariabler som må oppnås for at en strategi skal bli suksessfull. Når de kritiske prestasjonsvariablene er definerte vil det diagnostiske systemet ifølge Simons (1995b) sikre effektiv styring av disse variablene. Kaplan og Norton (1992) utviklet balansert målstyring som er et system hvor kritiske prestasjonsvariabler, KPI-er, ble gruppert i fire ulike grupper; finansielle mål, kundemål, mål for interne prosesser og mål for læring og vekst. Ledere setter ulike delmål innenfor de ulike kategoriene, og bruker dette til å gi retning og tilbakemelding for organisasjonen.

Simons (1995b) peker på tre måter for ledere å rette oppmerksomhet mot det diagnostiske systemet. I første omgang handler det om å forhandle med aktørene i organisasjonen, og bestemme seg for hvilke mål organisasjonen skal jobbe mot. I forbindelse med dette arbeidet forhandles det også frem belønninger og incentiver knyttet opp imot de ulike målene. I andre omgang retter lederne sin oppmerksomhet til systemet gjennom eksempelvis månedlige eller kvartalsmessige rapporter og oppdateringer. Her kan lederne således skaffe seg en oversikt over status i organisasjonen. Tilslutt må lederne rette sin oppmerksomhet mot eventuelle avvik og følge opp disse. Det er gjerne her jobben knyttet til det diagnostiske systemet ligger. Samtidig påpeker Mundy (2010) at diagnostiske styringsverktøy ikke utelukkende er begrensende, da

overvåkningen av avvik kan fremheve problemområder og således motivere ledere til å gjøre tiltak for å nå målene som er satt. Økonomiplaner og budsjetter er eksempler på diagnostiske styringssystemer (Simons, 1995b), og disse er svært viktige styringsdokument i helse- og omsorgssektoren. Det settes gjerne opp et budsjett som organisasjonen rapporterer på utviklingen av opp imot regnskapet. Det iverksettes eventuelt tiltak dersom det oppstår store avvik mellom budsjett og regnskap.

Ifølge Simons (1995b) kan ikke organisasjoner fungere uten et diagnostisk system. Systemet skal skape motivasjon til å oppnå mål, gi grunnlag for evaluering av innsats og resultater, og angi benchmarks for å avdekke avvik som behøver oppfølging. Som nevnt er det likevel nødvendig med bruk av de tre andre spakene for å oppnå god balanse mellom kreativitet og kontroll.

2.2.4 Det interaktive systemet

Den fjerde spaken i rammeverket til Simons, fokuserer på strategisk usikkerhet og strategisk fornyelse (Simons, 1995b). Strategisk usikkerhet handler om de faktorene som kan true organisasjonens strategi, og vil variere fra organisasjon til organisasjon i tillegg til å variere med tiden. Det interaktive systemet er ifølge Simons (199b, s. 95) et formelt informasjonssystem som ledere bruker for å regelmessig og personlig involvere seg i beslutningsaktivitetene til medarbeiderne. Det interaktive systemet er viktig for organisasjonen i søken etter nye muligheter, hvor det kreves mer enn det det diagnostiske systemet tilbyr av overvåkningsmuligheter. Dette systemet har derfor fokus på fremvoksende strategier, heller enn implementeringen av planlagte strategier som det diagnostiske systemet retter sitt fokus mot. Simons (1995b) påpeker at det interaktive systemet skaper oppmerksomhet og tvinger frem dialog i organisasjonen. Tessier og Otley (2012) opplever definisjonen av det interaktive systemet som tvetydig og skiller i sitt reviderte rammeverk mellom strategisk prestasjonsstyring og den interaktive bruken av styringssystemene. De er enige i at begrepet «interaktivt» er vesentlig med tanke på at det fordrer kommunikasjon og fokus (Adler og Chen, 2011, referert i Tessier og Otley, 2012), slik som Simons (1995b) nettopp påpeker. Simons (1995b) fremhever at dette ikke er ett unikt system, men at det er systemer som kjennetegnes av at de blir brukt interaktivt av lederne, med andre ord i samspill med andre aktører i organisasjonen. Således gjør det interaktive systemet kommunen i stand til å samle individer med ulik informasjon omkring kommunens aktivitet (Mundy, 2010). Dialog omkring prestasjonsmålene er vesentlig for at det skal kunne betegnes som interaktivt.

Interaktive systemer har ifølge Simons (1995a, b) fire kjennetegn. For det første så fokuserer systemet på informasjon som kontinuerlig endres og anses som strategisk viktig av toppledelsen. For det andre krever systemet jevnlig oppmerksomhet fra de operative lederne i organisasjonen. Mundy (2010) påpeker at dette blant annet er for at ledelsen skal holde seg oppdatert på de strategiske usikkerhetene som kan påvirke måloppnåelsen. Et tredje kjennetegn ved interaktive systemer er at dataene som fremkommer av systemet blir diskutert i ansikt til ansikt-møter mellom deltagere på ulike nivåer i organisasjonen - alle må med andre ord involveres (Simons 1995a, b). Hvorpå det diagnostiske systemet i større grad vil være å følge med på måleindikatoren i målekartet til helseenhetene, vil en interaktiv bruk av systemet innebære eksempelvis samtaler, diskusjoner og oppfølging mellom kommunedirektøren og enhetslederen (Tessier og Otley, 2012; Mundy, 2010). Til slutt fungerer også systemet som en katalysator til kontinuerlig endring og debatt angående de underliggende dataene, antagelsene og handlingsplanene (Simons, 1995b). I den kommunale helse- og omsorgssektoren diskuteres nettopp slike underliggende faktorer på enhetsmøter, med kommunedirektøren og mellom politikerne ved behandling av eksempelvis handlingsplanen.

Det interaktive systemet brukes blant annet til å gi retning for strategiene som vokser frem fra bunnen av organisasjonen (Simons, 1995b). Systemet hjelper organisasjonen til å fokusere sin oppmerksomhet og læring mot strategisk viktige aktiviteter (Simons, 1995a). Det interaktive systemet følger med andre ord med på de strategiske usikkerhetene, og kan være med på å endre organisasjonens visjon for fremtiden. Gjennom å diskutere og ha en dialog med resten av organisasjonen, kan toppledelsen sende ut signaler om hva som er viktig å fokusere på i tiden fremover (Simons, 1995a), og de kan benytte systemet til å oversette sine visjoner til resten av organisasjonen (Simons, 1995b). Det som måles er gjerne det helsemedarbeiderne vil ha fokus på, det er likevel viktig å ha i mente at ikke alt lar seg måle like enkelt.

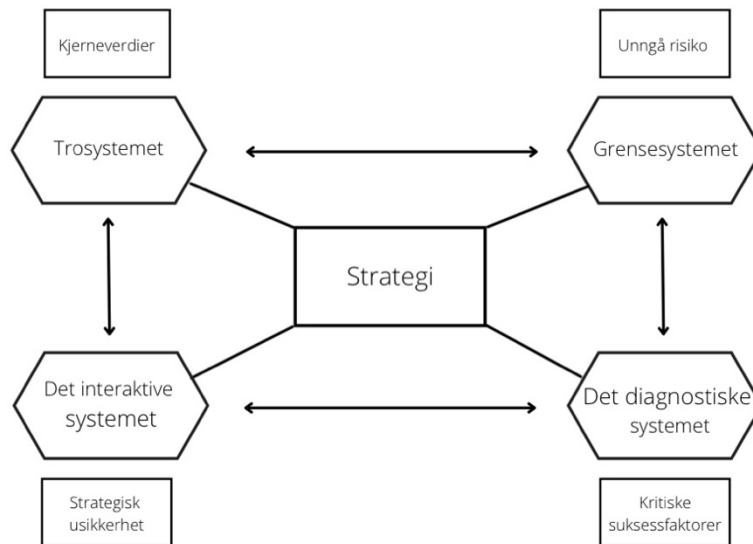
Gjennom informasjonen som det interaktive systemet frembringer oppstår det læring i hele organisasjonen (Simons, 1995b). Medarbeiderne i organisasjonen handler på eget initiativ og dette vil noen ganger resultere i handlinger som blir taktisk viktige for organisasjonen. Slike handlinger eller eksperimenter vil ofte bli gjentatt og utvidet slik at det skaper læring som kan lede til endringer i strategien til organisasjonen. Deling av erfaringer mellom de operative helsemedarbeiderne er betydningsfullt i denne sammenheng, hvor de kan utvikle tjenestene til pasientenes beste gjennom å lære av hverandre. Simons (1995b) fremhever at prestasjonspress

stimulerer til innovasjon og nye strategiske initiativ. Gjennom dialog og læring kan det skapes en viktig dynamikk i organisasjonen for å jobbe fremover mot målene. Det interaktive systemet fordrer på denne måten dobbeltekretslæring og utfordrer antagelsene som ligger til grunn for strategiene og arbeidet i organisasjonen. Det diagnostiske systemet legger på sin side opp til enkeltkretslæring og sørger for å holde organisasjonen innenfor visse grenser.

Simons (1995b) påpeker at oppmerksomheten rundt det interaktive systemet er avhengig av ledernes personlige involvering i systemet, og at alle andre styringssystemer uten denne involveringen dermed blir å betrakte som diagnostiske systemer. Tessier og Otley (2012) uttrykker at alle systemer egentlig kan bli brukt interaktivt eller diagnostisk, også de som ikke er prestasjonsmålingssystemer, og at bruken eksempelvis kan bevege seg fra å være interaktiv til å senere bli diagnostisk. Det er derfor ifølge Tessier og Otley (2012) ledernes bruk av styringssystemet som kan beskrives som interaktiv eller diagnostisk, og ikke nødvendigvis systemet i seg selv. Det interaktive systemet er opptatt av prosessene, læringen og dialogen i organisasjonen, mens det diagnostiske systemet fokuserer på måling og overvåking av resultater (Simons, 1995b).

2.2.5 Samspillet mellom spakene

De fire spakene fra Simons' Levers of Control-rammeverk må ses i sammenheng med hverandre og deres styrke ligger ifølge Simons (1995b) i hvordan de komplementerer hverandre i bruk. I likhet med Simons (1995b) ser også Adler og Borys (1996) behovet for å gi støtte til å se muligheter og samtidig begrense noe av mulighetsrommet. Dynamikken i mellom spakene og måten de trekker hverandre i ulike retninger skaper en dynamisk spenning mellom muligheter for innovasjon og kreativitet, og begrensninger for å oppnå stabilitet og måloppnåelse.



Figur 4: Levers of Control (Simons, 1995b)

Simons (1995b) påpeker at de ulike spakene også representerer ulike måter å se på strategi. Det diagnostiske styringssystemet fokuserer på å overvåke implementeringen av den på forhånd satte strategien gjennom å rette fokus mot måloppnåelse og avdekking av avvik. Denne typen styringssystemer kan derfor tolkes som å anse strategi som en plan. På den andre siden benyttes det interaktive styringssystemet nettopp interaktivt og er et verktøy for å håndtere fremvoksende strategier i organisasjonen. Dette er grunnen til at det interaktive systemet kan sies å anse strategi som et mønster av handlinger. Nye strategier kan tenkes å vokse frem etter en rekke handlinger og valg fra aktørene i organisasjonen som igjen kan skape læring og endringer i organisasjonens strategi.

Videre søker trossystemet å kunne inspirere både med tanke på den planlagte strategien og de fremvoksende strategiene (Simons, 1995b). Trossystemet relaterer seg til strategi som et perspektiv. Denne typen systemer skal med andre ord gi en felles retning og et momentum for organisasjonen, og skape en følelse av felleskap i tillegg til å oppmuntre organisasjonens aktører til å søke muligheter der de ser dem. Grensesystemet trengs i så måte for at organisasjonen skal kunne unngå risikoen den ikke ønsker å utsette seg for, og for at aktørene skal vite hvilke grenser man skal jobbe innenfor. Ifølge Simons (1995b) refererer derfor grensesystemet til strategi som posisjon. Altså skal organisasjonen holde seg innenfor sitt tjenesteområde og innenfor det risikonivået som er akseptabelt, og dermed er systemet med på å redusere mulighetsområdet til organisasjonen. I helsesektoren er det en rekke grensesettende systemer

som skal sørge for blant annet standardisering og budsjettoverholdelse, og dermed god pasientbehandling, trygge tjenester og arbeidsplasser (Isaksen et al., 2018;)

Sammen skal de fire spakene ifølge Simons (1995b) skape et helhetlig styringssystem som både motiverer og begrenser, og i tillegg skaper både læring og kontroll. Det er trossystemet og grensesystemet som setter rammene for det strategiske domenet til organisasjonen, også håndterer det diagnostiske og det interaktive systemet de intenderte og de fremvoksende strategiene.

2.3 Økonomistyring i offentlig sektor

2.3.1 Kontekstuelle særtrekk ved helse- og omsorgssektoren

Økonomistyring i helse- og omsorgssektoren er ikke som i en bedrift som selger et produkt som kan holdes i hånden, produktet i helsesektoren er omsorg og pleie til pasienten hvilket vanskeligere lar seg måles og evalueres. En rekke interessenter er involvert og har sine mål og interesser (Nyland og Pettersen, 2018). Pasientene, pårørende og ansatte skulle nok ønske de hadde ubegrensede ressurser til at hver enkelt pasient kunne fått absolutt all den omsorgen og behandlingen den kunne trenge. I tillegg er det de som faktisk kjenner konsekvensene av økonomistyringen på kroppen, og vil derfor være svært sterke interessenter. Politikerne og kommuneadministrasjonen har nok også ønske om å gi pasientene alt de skulle ønske, med de må prioritere og sørge for at kommunens andre tjenestoområder også ivaretas. Politikerne vil derfor ha et annet og mer effektiviseringsrettet perspektiv på økonomistyringen. Andre interessenter vil igjen legge fokus på eksempelvis regler, rutiner og prosedyrer slik som tilsynsmyndighetene. Fagorganisasjonen ønsker på sin side å tilrettelegge for at de ansatte skal ha det godt på jobb og at de kan gjøre jobben sin under rimelige vilkår. Legemiddelindustrien vil selge produkter, men er nok svært lite interessert i for eksempel feilmedisiner, da det kan stille dem i dårlig lys tross i at de ikke har skyld i hendelsen. Media vil eksempelvis være en interessant her som i et slikt tenkt tilfelle både ønsker å opplyse om hendelse, stille spørsmål om ansvar og løfte frem ulike synspunkter. Dette er altså bare noen av de mange interessentene i helse- og omsorgssektoren. Med så mange interessenter som alle har fokus på pasienten, men samtidig representerer ulike interesser og mål, er styringsomgivelsene relativt komplekse.

Nyland og Pettersen (2018) påpeker at formulering av mål og styring av helsesektoren krever forhandlingsprosesser og forhandlingsevner da store beslutninger gjerne tas av politikere. I den

kommunale driften bevilges enhetene økonomiske rammer til den daglige driften i tillegg til ulike tiltak som de har fått gjennomslag for hos politikerne. Jacobsen, Baldersheim og Kühn (2021) beskriver skillet mellom politisk lojalitet og faglig uavhengighet. Et trekk ved driften av en kommune er at administrasjonen forbereder saksfremlegg som politikerne tar stilling til og gjør vedtak på. Dette er en prosess som tar tid, da det gjerne skal behandles politisk i flere omganger. Politisk lojalitet vil ifølge Jacobsen et al. (2021) eksempelvis si at kommuneadministrasjonen vektlegger fremkomne politiske ønsker og signaler på tross av det som antas å være den faglig beste løsningen. På den andre siden innebærer så faglig uavhengighet at administrasjonen legger mest vekt på de faglige vurderingene. Altså at kommunedirektørens tilrådning kan være i strid med det som er politisk ønsket, men er godt faglig fundert.

Studien til Jacobsen et al. (2021) finner at det er mye kontakt mellom administrasjonen og politikken, og at dette er spesielt naturlig i små kommuner, men at nærmest alle de spurte kommunedirektørene skiller klart mellom politikk og administrasjon. Det er nærmest en institusjonell standard å ikke gi etter for politisk press (Jacobsen et al., 2021). Ølberg (2012) påpeker det faktum at politikerne i de fleste kommuner er å anse som fritidspolitikere, de jobber med andre ord med politikken på sin egen fritid, og at dette skaper en ubalanse med tanke på makt og innflytelse på en fag-/politikk-dimensjon. Administrasjonen befatter seg med sakene over en mye lengre tidsperiode gjennom utarbeidingen av saksfremleggene, og kan i tillegg ta stilling til innfallsvinkel på sakene samt velge hvilke fakta som trekkes frem (Ølberg, 2012).

Samtidig forholder kommunehelsetjenesten seg til en rekke lover, deriblant Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og kommuneloven (2018). Disse lovene legger blant annet føringer for hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene skal tilby innbyggerne, og hvordan likebehandling skal sikres (Hedlund et al., 2021). I tillegg til ulike lover og regler er det også reformer som legger føringer for helse- og omsorgssektoren i kommunene. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009) søkte å skape bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Gjennom denne reformen fikk kommunene et større og tydeligere ansvar for utskrivningsklare pasienter (Hedlund et al., 2021). Hedlund et al. (2021) beskriver denne reformen som basert på politiske føringer og ikke utelukkende en helsereform. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), og også kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017-2018)), er således eksempler på hvordan politikken, særlig fra statlig hold, har sterk påvirkning på driften av helsetjenestene i kommunene.

Enhetslederne for helseenhetene i kommunen må med andre ord ha evnen til å samarbeide i omgivelser preget av mange interessenter som både gjør beslutninger og legger press som påvirker driften av enhetene (Nyland og Pettersen, 2018). Politikerne, administrasjonen, myndighetene med flere legger premisser og danner rammer som enhetslederne må arbeide omkring. Nyland og Pettersen (2018) påpeker at mange interessenter kan medføre interessekonflikter, bruk av makt og politisk spill på veien frem til vedtak og fordeling av midler. «Alle» har pasienten i fokus, men det er snakk om fordeling av en gitt mengde ressurser og det vil dermed gjerne oppstå konflikter, hvorpå konsekvensen kan bli dekobling mellom eksempelvis planene og det som faktisk utøves.

2.3.2 New Public Management

Offentlig sektor har de siste tiårene blitt dreid over i en retning av mer resultatstyring og markedstenkning som følge av den internasjonale New Public Management-trenden (heretter kalt NPM). NPM-trenden har særlig innen helsesektoren medført en rekke reformer. Formålet med innføringen av markedsorienterte styringssystemer har vært å effektivisere helsesektoren (Pettersen, 2011; Kurunmaki, Lapsley og Melia, 2003). Helseforetaksreformen ble innført i 2002, og gjennom denne ble det opprettet et bestiller-utførerforhold mellom staten og de ulike helseforetakene (Nyland og Pettersen, 2018). Bestiller-utfører-modellen er en måte å implementere NPM, og staten blir en bestiller av helsetjenestene til innbyggerne. Bestillingen kan gå til både private og offentlige tjenestetilbydere.

Hood (1995) påpeker at man gjennom NPM søker å gjøre offentlig sektor mer lik privat sektor, og skifte fokuset fra innsatsstyring til resultatstyring. Gjennom NPM har regnskapet blitt et svært viktig element og er med på å ansvarliggjøre, blant annet resultatmessig. Hood (1995) kaller det et skifte mot «accountingization», et begrep innført av Power og Laughlin (1992). Hood (1995) forklarer «accountingization» som innføring av mer eksplisitte kostnadskategorier på områder der hvor kostnadene tidligere var aggregerte, samlet eller udefinerte. Kurunmaki, Lapsley og Melia (2003) ser på «accountingization» som en prosess hvor regnskapsinformasjon er med på å bestemme hvordan enkelte deler av et system, helsesektoren for eksempel, skal fungere. Regnskapet har med andre ord fått en sentral rolle, også i helsesektoren, som følge av innføringen av NPM, reformene og endringene i særlig organisasjonsstruktur og økonomistyring (Hood, 1995; Kurunmaki, Lapsley og Melia, 2003). Det diagnostiske og interaktive systemet som Simons (1995a, b) omtaler kan tenkes å bli brukt i større grad som

følge av det økte fokuset på resultater og prestasjonsmål fra NPM-trenden. Det diagnostiske systemet vil kunne følge opp resultater for måleindikatorer utover regnskapet, og det interaktive systemet kan således brukes til å diskutere, lære og justere kurset for de videre målene. Bruken av spesielt disse to spakene kan innrettes til nettopp ansvarliggjøring av resultater og måloppnåelser slik at helse- og omsorgssektoren drives effektivt.

2.4 Teoriens anvendelse

I dette kapitlet har jeg presentert teorien jeg anser som viktig for å kunne drøfte kommunens bruk av styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Definisjonene av økonomistyring (Anthony, 1965; Merchant og Van der Stede, 2007; Flamholtz, Das og Tsui, 1985; Anthony og Young, 2003), samt definisjonene av styringssystemene (Chenhall, 2003; Abernethy og Chua, 1996; Flamholtz et al., 1985; Malmi og Brown, 2008; Simons, 1995b) vil bli brukt til å vurdere hvorvidt de ulike verktøyene og mekanismene presentert i empirikapitlet er å anse som styringsverktøy og en del av økonomistyringen til kommune.

Refleksjonene omkring økonomistyring som pakker hvor særlig modellene til Malmi og Brown (2008) og Hopwood (1974) vektlegges vil bli drøftet opp imot sammensetningen av styringssystemet til kommunen som også inkluderer en rekke uformelle verktøy i form av verdier, normer og organisasjonskultur. Rammeverket til Simons (1995b) utgjør hoveddrammeverket i oppgaven og vil bli brukt til å diskutere bruken av de ulike styringsverktøyene. Jeg har valgt ta med teori omkring økonomistyring i offentlig sektor for å kunne belyse og diskutere styringskonteksten som styringen av helse- og omsorgssektoren foregår innenfor.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for de metodiske valgene jeg har tatt for å belyse studiens problemstilling «*Hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?*». For å synliggjøre fremgangsmåten i studien blir det gitt en beskrivelse av blant annet forskningsdesignet, datainnsamlingen og gjennomføringen av intervjuene. I tillegg vil det til slutt bli gitt flere refleksjoner omkring studiens kvalitet og etiske hensyn.

3.1 Vitenskapelige utgangspunkt

Vitenskap kan litt enkelt sagt ifølge Ringdal (2020) defineres som systematiske studier av fysiske eller sosiale fenomener. Vitenskapsfilosofi eller vitenskapsteori kan beskrives som systematisk studie av vitenskapelig aktivitet og kunnskap (Gilje og Grimen, 1993). Innen vitenskapsteoriene har man så to store begrep; ontologi og epistemologi. Ontologi handler om læren om hvordan virkeligheten ser ut, mens epistemologi omhandler kunnskapssyn og hvorvidt det er mulig å oppnå sann kunnskap (Jacobsen, 2015, Tjora, 2017). Det finnes mange ulike syn på både virkeligheten og på kunnskap (Ringdal, 2020; Jacobsen, 2015), men i denne studien er det et sosialt fenomen som studeres, nemlig styring av en organisasjon. Jeg har en fortolkningsbasert tilnærming hvor jeg forsøker å forstå hvordan en organisasjon, altså en kommune, bruker ulike verktøy til å styre organisasjonen. Dette gjør jeg gjennom å snakke med en del informanter som til daglig bruker dette systemet, og lese en del dokumenter. Ontologisk medfører dette at det som studeres anses som dynamisk og menneskeskapt (Jacobsen, 2015). En fortolkningsbasert tilnærming tar således opp i seg at virkeligheten ikke er stabil, men i kontinuerlig endring. Således innebærer en fortolkningsbasert tilnærming et kunnskapssyn hvor det ikke finnes en objektiv virkelighet (Jacobsen, 2015). Den fortolkningsbaserte tilnærmingen anerkjenner slik sett at informantene påvirker virkelighetsbildet som jeg som forsker sitter igjen med.

I den fortolkningsbaserte tilnærmingen ligger det også en utfordring i form av at jeg som forsker må finne ut hvordan informantene mine oppfatter, fortolker og ser på virkeligheten (Jacobsen, 2015). Kunnskap utvikles med andre ord i form av at jeg tolker det informantene sier og setter det sammen i et større bilde. Denne tilnærmingen krever således at jeg i min forskerrolle er i stand til å nettopp sette meg inn i informantenes følelser og opplevelser (Jacobsen, 2015; Thurén, 2009). Vitenskap som innebærer å fortolke og forstå andre kalles hermeneutikk, og kan

forstås som fortolkningslære (Jacobsen, 2015; Thurén, 2009; Gilje og Grimen, 1993). I denne studien har jeg altså et hermeneutisk syn på kunnskapen som utvikles.

Samtidig skilles det i forskningen mellom deduktiv og induktiv tilnærming på metoden for forskningen. Den deduktive tilnærmingen tar utgangspunkt i teorien også utformer forskeren hypoteser som så undersøkes empirisk. Den induktive tilnærming tar på sin side utgangspunkt i noe man har observert empirisk om en enkelthendelse og formulerer hypoteser for så å si noe om hvilke implikasjoner dette har for teorien på feltet (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017; Bell, Bryman og Harley, 2019). Det vil gjerne ikke være mulig å ha en rent deduktiv eller induktiv tilnærming ifølge Jacobsen (2015). Abduksjon er så en mellomting mellom de to ytterpunktene, hvor man hele tiden veksler mellom bruken av empiri og teori, og anser disse som likestilte (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017). Bell et al. (2019) påpeker at den abduktive tilnærmingen relaterer seg til det hermeneutiske synet på kunnskapsutvikling, hvor man har den kontinuerlige koblingen mellom datamaterialet fra informantene og min tolkning og forforståelse.

Jeg har derfor valgt en abduktiv tilnærming i denne studien, hvor jeg begynte med et pilotintervju uten noen særlig tanke på det teoretiske rammeverket. Etter å ha samlet inn litt data henvendte jeg meg til teorien for å nærmere formulere problemstillingen og intervjuguide til de kommende intervjuene. Både teorien og den første datainnsamlingen har slik sett blitt førende for resten av forskningsprosessen hvor jeg fortsatte med å vekselvis gjennomføre flere intervjuer og lese mer teori. Jeg utviklet nye spørsmål til andre informanter ut ifra mine tolkninger av tidligere intervjuer, men også ut ifra den teorien jeg hadde lest og ønsket å spørre informantene mer om.

Jacobsen (2015) påpeker at det ved en abduktiv tilnærming er relevant å si noe om hvor åpen eller lukket datainnsamlingen har vært. Det kan ifølge Jacobsen (2015) være hensiktsmessig å være relativt åpen i starten av datainnsamlingen for å skaffe seg en dypere forståelse, og at man senere kan ha en mer lukket tilnærming når man har mer oversikt. Som nevnt flere ganger tidligere begynte jeg svært åpent for å få et inntrykk av hva som var de faktiske styringsmekanismene og for å få de to første informantene til selv å fortelle om styringssystemet. Intervju nummer to var likevel vesentlig mer lukket enn det første intervjuet som nærmest var helt ustrukturert. Senere har jeg lukket datainnsamlingen mer og mer ettersom jeg har fått mer svar og oversikt, og forstått styringssystemet bedre. De to politikerne i utvalget

fikk likevel åpnere og løsere spørsmål enn enhetslederne og kommunedirektøren, til tross for at de ble intervjuet sent i datainnsamlingen.

3.2 Valg av forskningsdesign

Jeg gjennomførte det første intervjuet før jul 2021, og etter dette intervjuet og litt lesning av teori utviklet jeg relativt tidlig i forskningsprosessen problemstillingen «Hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?». Jeg har valgt å gjennomføre en casestudie i en liten norsk kommune da jeg ønsker å gå i dybden på denne kommunens bruk av styringssystemet (Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019; Tjora, 2017). Studien er en enkeltcase-studie og er intensiv i form av at det er få informanter, men den søker likevel å få frem mange nyanser av styringssystemet. Mulighetene for statistisk generalisering er derimot svært små siden det kun er en enhet med i studien (Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019). Avgrensningen og valget om å ha kun én kommune med i studien handler i stor grad om tidsbegrensningen på prosjektet.

Dessuten har jeg valgt en kvalitativ forskningsstrategi basert på tekstdata, altså transkriberte intervjuer og dokumenter (Ringdal, 2020). En kvalitativ metode er egnet til å nettopp beskrive og finne svar på «hvordan»-spørsmål, og er ofte brukt ved casestudier (Ringdal, 2020; Bell et al., 2019; Jacobsen, 2015; Tjora, 2017). Jacobsen (2015) løfter frem poenget om at kvalitativ og kvantitativ metode ikke er to motsetninger, men to ytterpunkter av skalaen. En ren kvalitativ metode innebærer ifølge Jacobsen (2015) at samtalene er helt åpne og uten noen forhåndsdefinert struktur. Jeg har i de fleste intervjuene benyttet forholdsvis omfattende intervjuguider og har således lukket intervjuene en del, og sånn sett trukket det i retning av kvantitativ metode på skalaen. Likevel vil jeg si at studien helt klart er av en kvalitativ karakter.

Den kvalitative metoden har gitt meg muligheten til å få en nærhet og relasjon til de jeg har intervjuet, og jeg har møtt de fleste på deres kontorer etter deres egne ønsker. Denne typen nærhet har også krevd at jeg har måttet være åpen i møte med deres svar (Jacobsen, 2015), som videre har gitt nyanser på bruken av de samme styringsmekanismene. Ulempen med den kvalitative metoden er derimot at den er såpass ressurskrevende at jeg ikke har hatt mulighet til å intervju informanter fra en annen kommune, flere politikere eller avdelingsledere i enhetene for eksempel. Med få informanter får jeg også et generaliseringsproblem, slik at det som nevnt ikke kan generaliseres noe særlig utover den kommunen som jeg studerer. Mengden data som

følger av den kvalitative metoden med intervju og dokumentstudier gjør det også krevende å holde oversikten og være tilstrekkelig åpen påpeker Jacobsen (2015).

3.3 Datainnsamlingen

3.3.1 Studiens utvalg

Studiens utvalg består av seks ulike informanter, som alle bruker styringssystemet på hver sine måte. Først valgt jeg å snakke med enhetslederen for helsesenteret da jeg anså det som svært sannsynlig at han visste mye om styringen av helsetjenestene i kommunen. Under samtalen med han kom det frem at rådgiver helse i kommunedirektørens stab ofte er i kontakt med enhetslederne og er med på å blant annet koordinere helseenhetenes arbeid. Det ble derfor nærliggende å gjennomføre et intervju med rådgiver helse som viste seg å sitte på svært mye informasjon, og har arbeidsoppgaver tett knyttet til styringssystemet. Som følge av studiens avgrensning til to av kommunens tre helse- og omsorgsenheter, ble det også naturlig å prate med enhetslederen for hjemmetjenesten. Da det første intervjuet med enhetslederen for helsesenteret var et svært åpent intervju, gjennomførte jeg senere et andre intervju for å også stille han mer konkrete og spesifikke spørsmål.

En annen informant jeg ønsket å snakke med var kommunedirektøren som er enhetsledernes og rådgiver helse sin nærmeste leder. Han har en sentral rolle i styringssystemet og jeg kunne derfor med sikkerhet ta han med som en del av utvalget basert på å besitte mye informasjon. Dessuten ble det naturlig å inkludere ordføreren som det gjennom sin rolle er naturlig å tenke at besitter mye informasjon om politikernes bruk av styringssystemet. Den siste informanten i utvalget, politikeren, ble jeg tipset om via enhetslederen i hjemmetjenesten. Tipset baserte seg på at denne politikeren sitter som kommunestyremedlem og er leder i utvalget for helse og oppvekst. Også denne informanten var det da naturlig å tenke at satt på mye informasjon om bruken av styringssystemet innenfor helse- og omsorgssektoren.

Utvalgsprosessen har altså bestått i å velge informanter som kunne gi meg god og mye informasjon om sin bruk av styringssystemet (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017). Utvalgskriteriene har derfor dreid seg om at informantene måtte ha nærhet til bruken av styringssystemet i kommunen. I tillegg har det vært et innslag av snøballmetoden, altså at den ene informanten leder til den andre, hvor enkelte av informantene har gitt meg råd om andre aktuelle informanter (Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019). Jacobsen (2015) påpeker at man utnytter den kvalitative

metodens fleksibilitet med å kombinere flere utvelgelsesmetoder på denne måten. Ved at jeg har avtalt intervjuer etterhvert og ikke alle på en gang har jeg hatt muligheten til å velge inn informanter litt om litt.

Tabell 1: Oversikt over informantene

Informant	Stilling	Sted	Varighet
Informant 1	Enhetsleder helsesenteret	Informantens kontor og Teams	2 intervju på henholdsvis 1,5 time og 1 time
Informant 2	Rådgiver helse	Informantens kontor	1 time
Informant 3	Enhetsleder hjemmetjenesten	Informantens kontor	1 time
Informant 4	Politiker, leder av Utvalget for helse og oppvekst (senere kalt «politikeren»)	Teams	1 time
Informant 5	Kommunedirektør	Informantens kontor	1 t og 15 min
Informant 6	Ordfører	Informantens kontor	1 time

Jacobsen (2015) henviser til Francis et al. (2010) som sier at man som forsker på forhånd bør sette et utgangskriterium for antall informanter i studien, og at man også bør sette et stoppkriterium. I utgangspunktet bestemte jeg meg for at jeg burde ha 6-8 informanter. Etterhvert kom jeg som beskrevet over frem til seks informanter, og jeg opplevde faktisk at det etterhvert fremkom mindre og mindre ny informasjon, hvilket Jacobsen (2015) beskriver som metning. Om jeg skulle intervjuet flere informanter hadde det nok vært hensiktsmessig å snakke med en politiker eller to til, særlig med tanke på deres subjektive oppfatning av det helhetlige styringssystemet. Likevel mener jeg at jeg nå har fått tilstrekkelig med informasjon og datamateriale til studien.

3.3.2 Dybdeintervju

Datainnsamlingen i studien har i hovedsak blitt gjort gjennom sju dybdeintervjuer, med de seks ulike informantene. Dybdeintervjuet søker å skape en relativt fri samtale ut ifra de temaene og spørsmålene jeg har spesifisert i min intervjuguide og som jeg følgelig ønsker informantens refleksjoner omkring (Tjora, 2017; Jacobsen, 2015). Metodelitteraturen påpeker at det er nyttig

å benytte denne datainnsamlingsmetoden når man ønsker å få frem informantenes subjektive meninger, holdninger og erfaringer, og nyansene i disse (Tjora, 2017; Bell et al., 2019; Jacobsen, 2015), hvilket er tilfellet i denne studien. Dybdeintervjuene har gitt meg anledning til å stille åpne spørsmål hvor informantene har stått fritt i hvordan og hva de har villet svare (Ringdal, 2020). Det er her ikke forhåndsbestemte svaralternativer slik man gjerne ser i ulike spørreundersøkelser. En annen viktig styrke ved dybdeintervjuene er muligheten jeg har hatt til å stille oppfølgingsspørsmål og gå nærmere inn på temaer som jeg ikke hadde tenkt ut på forhånd. Dette har ført til at datainnsamlingen min har vært åpen og mer fleksibel for innspill fra informantene (Ringdal, 2020; Bell et al., 2019). På en annen side påpeker Ringdal (2020) at det ved slike åpne spørsmål og svar er noe mer utfordrende å sammenligne svarene til de ulike informantene.

Intervjuguiden

Jeg utarbeidet for alle, foruten det første intervjuet, en intervjuguide. Disse var forholdsvis strukturerte og bestod av relativt mange spørsmål for å enklere grave i de ulike krinkene og krokene i styringssystemet for helsesektoren i kommunen (Jacobsen, 2015). Jacobsen (2015) påpeker at denne typen strukturering medfører at mine «før-dommer» som forsker kan påvirke hvilke tema som blir satt i fokus uten at dette nødvendigvis trenger å lukke datainnsamlingen. For å bøte på problematikken om at det ved dybdeintervjuer er mer krevende å sammenligne svarene har jeg stilt mange spørsmål forholdsvis likt til informantene (Ringdal, 2020). På denne måten har jeg fått frem ulike refleksjoner på samme spørsmål, men det har også blitt klart for meg at enkelte begreper og spørsmål har blitt tolket ulikt, og at informantene dermed har svart litt forskjellig ut ifra sine tolkninger.

Intervjuguiden min begynte med noen punkter med informasjon som jeg ga til alle informantene. Dette dreide seg blant annet om å fortelle hva studien handler om og dens formål, at det er helt frivillig å delta, og at de kan trekke uttalelser eller trekke seg helt fra studien. Slik informasjon er nyttig å gi for å berolige informantene om hvordan informasjonen de gir blir brukt i studien (Ringdal, 2020). I tillegg ble det etterspurt samtykke til lydopptak.

Jeg strukturerte intervjuguiden min for å få en lett start, med litt enkle spørsmål om dem selv av typen «hvor lenge har du sittet i din stilling?» og «hvilken erfaring har du fra tidligere jobber?». Deretter fortsatte jeg med spørsmål om den overordnede situasjonen i helse- og omsorgssektoren. Her fortalte samtlige informanter relativt mye og de snakket fritt og engasjert.

Jeg opplevde derfor at det tidlig i intervjuene var skapt god tillit og samspill mellom meg som forsker og informantene. Tillit beskrives i metodelitteraturen som en forutsetning for gode, informative og vellykkede intervjuer (Ringdal, 2020; Tjora, 2017; Jacobsen, 2015).

Midtdelen av intervjuene bar preg av spørsmål knyttet opp til de ulike styringsverktøyene jeg ønsket informantenes beskrivelse og meninger omkring. Disse spørsmålene var nært knyttet opp imot teori, og mot den datainnsamlingen jeg allerede hadde gjort. Spørsmålene var både av spesifikk karakter og av den rundere og åpnere typen (Bell et al., 2019). For en god del av spørsmålene hadde jeg forberedt ulike oppfølgingsspørsmål, men det ble i alle intervjuene rom og behov for spontane oppfølgingsspørsmål som spilte på ny og spennende informasjon som kom frem. Ettersom informantene svarte justerte jeg rekkefølgen på spørsmålene. Dersom informanten kom inn på et tema jeg opprinnelig hadde tenkt å stille på et senere tidspunkt i intervjuet, hoppet vi bare til den delen og fikk således god flyt i intervjuene.

Avslutningsvis satte jeg av tid til at informantene kunne tilføye det de måtte ønske. Samtlige informanter benyttet denne muligheten og det kom frem mange interessante nyanser i denne delen av intervjuene. Jacobsen (2015) beskriver dette som en «sikkerhetsventil», og jeg opplevde det som viktig å stille dette spørsmålet. Informantene fikk således mulighet til å poengtere noe av det de tidligere hadde sagt, legge til viktige tilleggsopplysninger eller bekrefte at vi hadde snakket om ganske mye forskjellig og at de opplevde å ha fått sagt det de mente. Vedlagt ligger intervjuguiden til det andre intervjuet med enhetslederen ved helsesenteret.

Gjennomføringen av intervjuene

Fem av intervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt på informantens eget kontor. Intervju nummer to med enhetslederen for helsesenteret og intervjuet med politikeren ble gjennomført per Teams. Ved fysiske intervjuer er det gjerne enklere å etablere tillit, trygghet og åpenhet, i tillegg til at samtalen ofte flyter bedre enn ved digitale intervjuer (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017). Samtlige informanter fikk selv velge hvorvidt de ønsket at jeg skulle komme til dem, eller om vi skulle gjennomføre intervjuet digitalt. Denne valgmuligheten trekker Tjora (2017) frem som fordelaktig. En av de store fordelene med digitale intervjuer er at det kunne gjennomføres uten å måtte møtes. Jeg opplevde at det ved begge de to digitale intervjuene var mer praktisk for informantene å gjennomføre via Teams enn å ha besøk av meg fysisk. Lydkvaliteten på intervjuet med politikeren var tidvis litt dårlig, men ved hjelp av lydopptaket fikk jeg tak i de

aller fleste ordene. Alle intervjuene startet med litt småprat før vi satte ordentlig i gang, og jeg opplevde stemningen som avslappet og hyggelig ved samtlige av intervjuene.

Alle informantene signerte et samtykkeskjema for lydopptak av intervjuene. Lydopptakene medførte at jeg ikke behøvde å notere ned alt som ble sagt, og heller kunne være tilstede i samtalen og følge opp det informantene sa (Bell et al., 2019; Tjora, 2017). Jeg tok mye notater ved det første og helt åpne intervjuet med enhetslederen for helsesenteret. I de senere intervjuene var intervjuguidene mine såpass omfattende, og jeg hadde fra før en del knagger å henge informasjonen på, at jeg ikke følte behovet for å notere like mye. Jeg ble nok også mer med i samtalen av å slippe å notere så mye. I deler av metodelitteraturen påpekes det at informantene ved lydopptak kan bli opptatt av at det de sier tas opp og at de dermed kan bli mer tilbakeholden (Bell et al., 2019; Tjora, 2017). Min opplevelse er at det ikke virket som om informantene ble særlig påvirket av lydopptakingen og de virket til å snakke svært fritt fra start til slutt.

Etter å ha hørt gjennom lydopptaket fra de to første intervjuene hørte jeg at jeg kanskje avbrøt på litt uheldige tidspunkt, som når informanten egentlig hørtes ut til å skulle si noe veldig verdifullt. Lydopptaket var derfor svært nyttig for å også se på min egen rolle og hva jeg selv sa i intervjuene. Jeg forsøkte i de senere intervjuene og vente lengre før jeg brøt inn og fortsatte spørsmålene. Noen av informantene var såpass pratsomme at det nettopp var nødvendig å bryte inn enkelte ganger for å gå videre i intervjuet. Gjennomhøringen av lydopptakene var også nyttig for å justere intervjuguiden til de senere intervjuene. Jeg fikk litt mer oversikt over hva jeg hadde fått svar på, hva jeg ønsket andres meninger om, og hva jeg ikke hadde spurt om i det hele tatt. Denne justeringen mellom intervjuene anser jeg som viktig for studien.

3.3.3 Dokumentstudier

I tillegg til dybdeintervjuene med de ulike informantene har jeg lest igjennom mange av dokumentene i kommunens plan- og styringssystem. Dokumentene representerer her sekundærdata som er produsert og utarbeidet med helt andre hensikter og formål enn å belyse min problemstilling (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017). Jeg har derfor lest og tolket disse dokumentene med dette poenget i tankene. Ifølge Jacobsen (2015) er skriftlige kilder gjerne gjennomtenkte og reflekterte, samtidig som at det skriftlige formatet også gir rom for at informasjonen kan ha blitt vridd på for å uttrykke noe spesielt. Det er derfor viktig å reflektere omkring hvorvidt slike dokumenter er pålitelige (Jacobsen, 2015). Dokumentkildene i denne

studien er utarbeidet av kommunen og er offentlig tilgjengelige dokumenter. De fleste av dokumentene har i tillegg vært oppe til politiske behandling, og jeg mener derfor det er grunn til å sette stor tillit til at dokumentene er til å stole på.

Jeg har sett på følgende dokumenter:

- Kommuneplanens samfunnsdel 2010-2025
- Helse- og omsorgsplanen 2018-2025
- Handlingsplanen 2022-2025
- Innspill til handlingsplanen fra enhetene
- Årsbudsjett 2022
- Tertialrapportene for 2021
- Årsmeldingen for 2020
- Arbeidsgiverstrategien
- Tjenestekriteriene for helsetjenestene i kommunen
- Økonomireglementet
- Kommunens etiske retningslinjer
- Omsorgstrappen
- Visjon og verdigrunnlag på helsesenteret

Dokumentene er i hovedsak brukt til å innhente konkrete faktaopplysninger, og gi bakgrunnsinformasjon til å utforme intervjuguider til intervjuene. Med den kontekstkunnskapen de ulike dokumentene har gitt meg har jeg vært bedre rustet til å tolke og forstå det informantene har sagt, og det har antageligvis gjort det lettere for meg å stille oppfølgingsspørsmål. Da jeg synes det er vesentlig å omtale informantene etter stilling har jeg ødelagt lenkene til dokumentene i studien ved å sette inn «xxx» for kommunenavnet, og bruke «Kommunen» for forfatter. Dette har jeg gjort for å ivareta informantenes anonymitet ved å ikke avsløre i hvilke kommune studien er gjennomført.

3.4 Dataanalyse

Etter intervjuene transkriberte jeg lydopptakene relativt tett etterpå slik at jeg fikk det over på tekstform, og samtidig hadde intervjuet friskt i minne. For å unngå at jeg selekterte bort data for tidlig i prosessen transkriberte jeg lydopptakene i sin helhet, med unntak av avsporinger i form av småprat utenfor temaet. Tjora (2017) anbefaler å gjøre det slik, da man gjerne så tidlig

i prosessen ikke vet hva som vil være viktige temaer og detaljeringsnivå. Jeg transkriberte dog ikke latter, lyder før nøling og slikt, men la inn tre punktum der hvor informantene hadde lengre tenkepauser. Dessuten «oversatte» jeg fra dialekt til bokmål og som Tjora (2017) påpeker, må man da være observant på at mange dialektord har spesielle betydninger. En del av informantene snakket relativt bred dialekt, men jeg har ikke opplevd det som noe særlig problem da jeg selv er godt kjent med dialekten. For å senke farten på lydopptaket benyttet jeg iMovie. Dette for at det skulle bli lettere å henge med å skrive ned alt og slippe å hoppe fullt så mange ganger tilbake.

Underveis i transkriberingen har jeg tenkt mye på hvordan alt henger sammen. Jeg har notert mye i en kladdebok samtidig som jeg transkriberte og har der tegnet linjer, hierarkier og skrevet en del smånotater. I Powerpoint har jeg samlet de ulike styringsmekanismene som har blitt nevnt underveis i dokumentene og intervjuene. Jeg har også satt opp modeller for plansystemet, organisasjonskartet og sortert mekanismene etter beste evne i forhold til Simons sitt rammeverk. Dette har mest vært for at jeg selv skulle beholde oversikt og kontroll over datamaterialet.

Formålet med en dataanalyse og koding av de transkriberte dataene er å redusere kompleksiteten i materialet og forsøke å få oversikt for å se de store linjene i materialet (Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019). Slik sett veksler man i dataanalysen mellom å se detaljene i det informantene sier og å se helheten og sammenhengene. Kodingen bryter således ned materialet til mindre deler som igjen kan ses som en del av en helhet og bidra til å belyse problemstillingen (Jacobsen, 2015). Jeg vil si at notatene jeg tok underveis i transkriberingen og samlingen av styringsmekanismer i Powerpointen var en del av min måte å utforske og gjøre meg kjent med datamaterialet før jeg kodet.

Ringdal (2020) refererer til Saldaña (2014) som skiller mellom prosesskoding og in-vivo-koding, altså empirinær koding. In-vivo-koding er ifølge Ringdal (2020) egnet når man eksempelvis ønsker å beskrive informantenes opplevelser. I denne studien ønsker jeg å vite mer om informantenes oppfatninger og bruk av styringssystemet, jeg har derfor valgt å gjennomføre en in-vivo-koding eller innholdsanalyse som Jacobsen (2015) kaller det. Innholdsanalysen baserer seg på tanken om at det informantene sier i intervjuene kan reduseres til et sett av kategorier. Ved en innholdsanalyse koder man først åpent og bryter ned sitatene fra informantene til stikkord eller korte setninger. Deretter gjør man en aksial koding og ser etter

overordnende koder som flere av de underordnende kodene man først fant kan samles inn i (Jacobsen, 2015). Tjora (2017) omtaler det da som fordelaktig at kodingen er så empirinær som mulig, og ikke bare sorterer materialet. Dette har jeg derfor forsøkt å få til etter beste evne.

Jeg kodet i Excel og lagde meg et system hvor hver av informantene hadde sin kolonne, og jeg hadde koder på to nivå – underordnede og overordnede koder. I kolonnen lengst til venstre la jeg inn plass til de overordnede kodene, og i radene under navnet til hver av informantene la jeg inn de underordnede kodene som hørte til sitatene. I radene nedover fikk jeg derfor en rekke koder, og jeg la til koder etterhvert som det ble behov. Jeg plasserte lignende koder ved siden av hverandre, og dannet etterhvert temaer eller overordnede koder, som da ble lagt inn i kolonnen lengst til venstre. Radene inneholdt derfor kodene fra sitatene til hver av informantene, som tilsammen dannet et slags tema. Ikke alle informantene sa noe om alle temaene, men på denne måten fikk jeg nettopp oversikt over hvem som sa noe om hva. I cellen med kodene tilhørende den enkelte informant la jeg inn sitatene som kommentarer. Slik fikk jeg samlet sammen sitatene og kunne i hovedsak forholde meg til Excel-dokumentet i det videre arbeidet. De overordnede kodene/temaene ble justert litt etterhvert som jeg så hva det egentlig handlet om, og mange koder og sitater ble derfor også flyttet på. For å skape litt struktur for meg selv lagde jeg fire bolker for kodene etter hvilken fase i styringssirkelen jeg mente de hørte inn under. Også her ble det gjort endringer etterhvert som jeg fikk mer oversikt og så sammenhengene bedre.

3.5 Studiens kvalitet

I dette delkapittelet skal jeg si litt om studiens kvalitet med tanke på validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Deler av metodelitteraturen trekker frem at disse begrepene relaterer seg til måling, hvilket i mindre grad er i overenstemmelse med en kvalitativ studie. Begreper som troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet løftes derfor frem som alternative begreper for å reflektere rundt studiens kvalitet (Ringdal, 2020; Bell et al., 2019). Troverdighet handler i så måte om at studien er gjennomført på en slik måte at den er til å stole på. Bekreftbarhet refererer til kvaliteten i tolkningene og hvorvidt studiens innsikt kan bekreftes av andre studier. Tilslutt knyttes studiens overførbarhet til hvorvidt resultatene kan overføres til å gjelde andre situasjoner og steder (Ringdal, 2020). Tjora (2017) uttrykker på sin side at det er lite hensiktsmessig å innføre disse nye begrepene. I tillegg påpeker også Ringdal (2020) at det kan

det være nyttig å reflektere omkring studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Jeg vil derfor i dette delkapittelet gjøre noen refleksjoner omkring nettopp disse begrepene.

3.5.1 Validitet

Validiteten til studien, eller gyldigheten om man vil, dreier seg om hvorvidt jeg har målt det jeg ville måle, altså om det er sammenheng mellom utformingen av prosjektet, de funnene jeg har gjort og den problemstillingen jeg ønsker svar på (Ringdal, 2020; Jacobsen, 2015; Tjora, 2017; Bell et al., 2019).

Tjora (2017) fremhever at den viktigste kilden til høy gyldighet stammer fra å holde seg innenfor de faglige rammene og forankrer studien i tidligere forskning på feltet. Jeg har i min studie brukt teorien til å være med å utforme forskningsdesignet og spesielt intervjuguidene. Med utgangspunkt i Simons (1995a, b) sitt rammeverk og definisjonene av økonomistyring og styringssystemer har jeg utviklet intervjuguidene og forankret min forskning i disse teoriene. En annen ting som kan høyne gyldigheten er ifølge Tjora (2017) å tydeliggjøre hvordan forskningen er utøvd og praktisert. Dette mener jeg å ha gjort gjennom beskrivelsen av valg av forskningsdesign og -strategi, beskrivelse av hvordan utvalget og datainnsamlingen er gjort, og hvordan dataanalysen har foregått. På denne måten kan lesere av min studie selv kritisk vurdere studiens relevans og posisjon (Tjora, 2017).

Jacobsen (2015) refererer til Alvesson (2011) som er kritisk til hvordan mange har en forholdsvis naiv holdning til spesielt intervjuer i kvalitativ holdning. Det løftes frem som et viktig poeng at jeg som forsker må reflektere rundt hvorvidt informantene min faktisk presenterer virkeligheten eller ei. Det påpekes at det mennesker sier og gjøre ofte er to forskjellige ting (Jacobsen, 2015). I den forbindelse mener Jacobsen (2015) at det er nyttig å spørre seg om man har fått tak i de riktige kildene. Jeg opplever å ha fått tak i relevante kilder og de er blant de viktigste brukerne av styringssystemet i kommunen innenfor helsesektoren. Det skal likevel sies at det kunne vært relevant å snakke med eksempelvis avdelingslederne for å få et annet perspektiv på de refleksjonene om driften av enhetene som særlig enhetslederne har gitt. På grunn av studiens omfang og avgrensning har jeg dog utelatt disse potensielle informantene. Studien hviler således i stor grad på de beskrivelsene som er gitt av informantene selv. Siden disse er blant de nærmeste og viktigste brukerne av styringssystemet mener jeg at de er godt egnet til å uttale seg. Deres nærhet og kunnskap om styringssystemet gjør at man

gjærne kan ha større tiltro til at informasjonen de gir er riktig. Dette kan igjen bidra til å styrke studiens gyldighet (Jacobsen, 2015).

Studien behandler ikke i noe særlig grad sensitiv informasjon, og intervjuene er i tillegg gjennomført uten at andre kan ha hørt hva informantene har sagt. Det er derfor grunn til å tro at informantene ikke har særlig motivasjon til å gi uriktige opplysninger eller snakke usant på grunn av temaets art eller konteksten for intervjuet (Jacobsen, 2015). Muligheten til å sjekke opp mange av opplysningene opp imot de offentlige dokumentene er også med på å styrke troen om at de har gitt riktige opplysninger. Det er likevel klart at de kan ha forfinet virkelighetsbildet og/eller ha utelatt opplysninger. Pakken med de seks ulike informantene som er intervjuet uavhengig av hverandre samt de offentlige dokumentene, styrker etter min mening studiens gyldighet.

Jacobsen (2015) påpeker at informasjon som kommer uoppfordret fra informantene ofte kan tillegges større gyldighet enn de svarene som kommer som følge av mine spørsmål. Samtlige informanter har kommet med mye uoppfordret informasjon gjennom intervjuene til tross for at jeg har stilt en rekke spørsmål. Ettersom jeg etter de første intervjuene ble klar over at jeg kanskje brøt inn litt tidlig ventet jeg i de senere intervjuene til informantene fikk snakket ut i større grad. De kom da med mye uoppfordret informasjon, som jeg egentlig opplevde at de første informantene også ga. Informantene snakket veldig fritt og virket veldig villig til å dele av sin kunnskap og sine erfaringer, og utbroderte og gav uoppfordret eksempler. Det faktum at jeg ikke alltid styrte samtalen og heller ikke måtte stille alle spørsmålene jeg hadde forberedt fordi informantene selv svarte på dem uten at jeg stilte dem, styrker igjen studiens gyldighet (Jacobsen, 2015).

3.5.2 Reliabilitet

Reliabiliteten eller påliteligheten til studien handler om hvorvidt trekk ved studien har påvirket resultatene og om det altså er sammenheng i forskningsprosjektet som helhet, og om studien kan repliseres (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017; Bell et al., 2019). Ringdal (2020) trekker frem at å reflektere omkring studiens reliabilitet er å bli bevisst de mulige feilkildene som kan ha oppstått i datainnsamlingen.

Tjora (2017) påpeker at det er viktig å redegjøre for ens eget engasjement og posisjon i forhold til forskningsarbeidet. Jeg har en relativt sterk tilknytning til kommunen, men hadde på forhånd

liten tilknytning og kunnskap til rådhuset og kommuneadministrasjonens arbeid. Flere av informantene visste av ulike årsaker hvem jeg var, men jeg har derimot ikke hatt noe personlig kontakt med noen av informantene før intervjuene. Jeg opplever derfor ikke at den lille kunnskapen de hadde om meg på forhånd hadde noen påvirkning på påliteligheten til studien i verken positiv eller negativ retning. Det bør likevel nevnes at jeg har opplevd tjenestetilbudet fra helsesenteret i kommunen på nært hold gjennom å ha vært pårørende for en tid tilbake. I tillegg har et nært familiemedlem sittet som kommunestyremedlem i tidligere perioder. Vedkommende er i dag gått bort, og jeg har derfor ikke hatt noen dialog angående politikeres bruk av styringssystemet utover de samtalene jeg har hatt med studiens informanter. Min kjennskap til helsesenteret og lokalpolitikertilværelsen kan naturlig nok likevel tenkes å ha påvirket mine fordommer. Tjora (2017) påpeker på sin side at det viktigste er å være klar over slik forforståelse og være forberedt på å justere denne forståelsen. Jeg har gjort mitt ytterste for å forholde meg nøytral til tross for min tilknytning til kommunen og helsesektoren.

En annen faktor som kan ha påvirket påliteligheten til studien er konteksteffekter (Jacobsen, 2015). De fleste intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor. Ved teamsintervjuet med enhetsleder helsesenteret satt vedkommende på sitt kontor og jeg hjemme. Teamsintervjuet med politikeren ble gjennomført på ettermiddagstid hvor vi begge satt hjemme. Kontekstene for alle intervjuene har derfor vært relativt naturlige etter min mening, og samtlige har vært planlagt. Informantene har selv valgt både tid og sted og alle virket svært komfortable med situasjonen. For god registrering av data ble det gjort lydopptak. Hvorvidt dette har påvirket informantenes utsagn og opptreden er vanskelig å kontrollere for (Jacobsen, 2015), men som nevnt tidligere virket ikke informantene særlig påvirket av lydopptakingen. Bruken av lydopptak har gjort det mulig for meg å sitere informantene direkte, men unntak av omskriving fra dialekt til bokmål, og dette styrker ifølge Tjora (2017) påliteligheten til studien da informantenes stemme trer frem.

3.5.3 Generaliserbarhet

Studiens generaliserbarhet handler om hvorvidt resultatene og innsiktene fra en studie kan overføres til andre situasjoner og enheter (Jacobsen, 2015; Tjora, 2017). Tjora (2017) påpeker at man i mange tilfeller ønsker å belyse spesifikke problemstillinger og at muligheten for generalisering således kanskje ikke er et mål i seg selv. I denne studien har jeg ønsket å belyse akkurat denne kommunens bruk av styringssystemet. Med tanke på at det er et relativt begrenset antall informanter i utvalget er det lite sannsynlig at studiens funn kan generaliseres og si noe

om bruken av styringssystemene i andre kommuner. Det kan på sin side likevel tenkes at studien kan gi innsikt som kan være relevant for andre kommuner.

Dersom jeg hadde gjennomført samme studie i flere kommuner hadde sannsynligheten for å kunne generalisere økt betydelig (Jacobsen, 2015). Målet med min studie er likevel ikke å nødvendigvis skulle generalisere i særlig stor grad. Jeg søker heller å si noe om bruken av styringssystemet for å styre helsesektoren i akkurat denne kommunen. På sin side håper jeg at innblikket i bruken av styringssystemet kan være av verdi for spesielt informantene selv som er brukerne, men også kanskje andre som bruker sitt styringssystem på samme eller en annen måte.

3.6 Etiske hensyn

I ethvert forskningsprosjekt er det viktig for forskeren å reflektere omkring de etiske hensynene som må tas for å bevare studiens integritet (Bell et al., 2019). De etiske hensynene dreier seg i stor grad om å sørge for at informantene gir et informert samtykke, at man ivaretar privatlivets fred og sørger for riktig presentasjon av dataene (Ringdal, 2020; Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019). Ved å være bevisst konsekvensene av valgene som tas gjennom forskningsprosessen kan man redusere risikoen for etisk uheldige effekter (Bell et al., 2019).

Et informert samtykke handler således om at informanten frivillig deltar i forskningsprosjektet og vet hvilke konsekvenser deltagelse kan ha. For å kunne gi et slikt samtykke er det viktig at informantene har fått god og tilstrekkelig informasjon i forkant, og har kompetanse til å selv vurdere fordelene og ulempene med å delta i prosjektet. Det skal ikke legges noe press med tanke på deltakelse, og informasjonen må derfor forklare hensikten med studien og hvordan dataene brukes og behandles etter intervjuene. I tillegg må informasjonen gis på en slik måte at den er forståelig for den som skal gi samtykket (Ringdal, 2020; Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019). Tidlig i forskningsprosessen meldte jeg prosjektet til NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, som vurderte personvern hensyn i studien. I begynnelsen av hvert av intervjuene ble det gitt en beskrivelse av prosjektet, dens hensikter og det ble opplyst om at deltagelsen var frivillig. I tillegg ble det beskrevet hvordan informantene kan trekke uttalelser eller i sin helhet trekke seg fra studien. Etter informasjonen ble informantene forelagt et skjema hvor de signerte på at de ønsket å delta i studien og at de syntes det var greit at det ble gjort lydopptak av intervjuet.

For å ivareta informantenes privatliv har jeg blant annet unnlatt å nevne kommunens navn i studien (Ringdal, 2020, Jacobsen, 2015). I tillegg har jeg forsøkt å ta bort de spesifikke kjennetegnene som kan avsløre hvilken kommune det er snakk om, og følgelig at informantenes identitet blir avslørt. Mye av informasjonen er offentlig tilgjengelig, men informantene har likevel gitt beskrivelser av sin bruk av styringssystemet og sin arbeidshverdag. Samlet sett er nok datamaterialet av en mindre privat og følsom karakter. Utvalget er likevel lite, hvilket ifølge Jacobsen (2015) kan gjøre det mer krevende å sikre anonymitet. Anonymisering av kommunen har derfor vært av stor betydning, og det er derfor jeg har ødelagt linkene til de ulike plandokumentene slik som tidligere nevnt. Som et ekstra tiltak har jeg valgt å alltid benytte «han» og kun betegne informantene etter deres stilling.

I tillegg til et informert samtykke og ivaretagelse av privatlivets fred påpekes det at det er viktig å gjengi datamaterialet på en korrekt måte (Ringdal, 2020; Jacobsen, 2015; Bell et al., 2019). Jeg har etter beste evne forsøkt å ikke ta sitater ut av sammenhenger og ikke forsøkt å få sitatene til å passe inn i forhåndsbestemte argumenter. Det er likevel ikke mulig å gi en helt korrekt gjengivelse da et forskningsprosjekt nettopp handler om å bryte ned datamaterialet og sette det sammen i et større bilde. Jeg er derfor etterstrebet å gjengi informantens utsagn i den konteksten det ble sagt og uten å tillegge det andre meninger enn det jeg oppfattet at informanten opprinnelig mente.

4. Empiri

I dette kapittelet vil jeg presentere mine empiriske funn, og jeg begynner med å gi en beskrivelse av kommunen og dens helsesektor. Videre presenteres konteksten for styring som de to enhetene må jobbe innenfor med tanke på den politiske og administrative styringen av kommunen som helhet. Det vil deretter bli gitt en beskrivelse av dagens situasjon i helse- og omsorgssektoren i kommunen spesielt med tanke på utfordringene de har. Resten av kapittelet er strukturert i henhold til den ideelle styringssirkelen (Anthony og Young, 2003) hvor jeg først beskriver den strategiske planleggingen for helse- og omsorgssektoren, der mål og visjoner utarbeides. Deretter beskrives prosessen enhetslederne går gjennom under utarbeidelsen av handlingsplanen. Det gis så en beskrivelse av hvilke faktorer som er viktige for aktørenes handlinger når planene og budsjettet skal settes ut i drift. Tilslutt viser jeg hvordan kommunen rapporterer, evaluerer og følger opp de plandokumentene og tiltakene de har vedtatt.

4.1 Om kommunen

4.1.1 Befolkningssammensetning og demografisk framskrivning

Kommunen i studien er en relativt liten kommune med omlag 7 000 innbyggere. I 2020 utgjorde den yrkesaktive delen av befolkningen i kommunen nærmere 60 %, pensjonister i aldersgruppen 67-79 år utgjorde omlag 15 %, og pensjonister over 80 år utgjorde omlag 6 % av befolkningen. I prognosene for befolkningssammensetning frem mot 2040 forventes det at andelen yrkesaktive vil synke til omlag 54 %, andelen pensjonister i alderen 67-79 år vil øke til nærmere 19 % og andelen pensjonister over 80 år vil også øke til i overkant av 12 %. Andelen yrkesaktive vil med andre ord reduseres betydelig i perioden, samtidig som antall eldre antas å øke markant. I tillegg antas det at andelen barn i grunnskolen vil reduseres betraktelig. Kommunen står derfor, som resten av landet, ovenfor endringer i demografien i retning av flere eldre per yrkesaktive, og det vil allerede i 2025 være flere eldre over 67 år enn antall unge (Kommunen, 2021a). Det er i dag i overkant av 160 personer med demens i kommunen, og det forventes at dette tallet vil øke til omkring 300 med demens i 2040 (Aldring og helse, u.å). Det antas med andre ord en markant økning i antall demente, i tillegg påpeker rådgiver helse at mange utvikler demens tidligere og dermed lever lengre med demens. Som følge av dette vil flere trenge flere år med helse- og omsorgstjenester. Kommunens mål er å kunne tilby alle sine innbyggere tilstrekkelige og nødvendige helse- og omsorgstjenester slik at de kan leve gode, trygge og verdige liv helt til siste slutt.

4.1.2 Kommunens organisasjonsstruktur

Kommunestyret er kommunens øverst myndighetsorgan og har det overordnede ansvaret for hele kommunens virksomhet (Kommunen, 2020a). Det består av 25 representanter med ulike bakgrunner. I tillegg finnes det en rekke utvalg og råd med medlemmer fra kommunestyret, deriblant Utvalg for helse og oppvekst med sju medlemmer. Disse utvalgene behandler relevante saker og gir sine uttalelser før det går videre til formannskapet eller direkte til kommunestyret. Alle saker som gjelder økonomi går derfor gjennom formannskapet som gir sin innstilling til kommunestyret (Kommunen, 2021b).

Kommunen har implementert resultatledelse, med internkontroll som en integrert del, og har i tillegg valgt å gå for en flat struktur uten kommunalsjefer. Dette innebærer at kommunens 10 enhetsledere rapporterer direkte til kommunedirektøren. Kommunedirektøren har i tillegg en stab bestående av en økonomisjef, personalsjef, utviklingsleder, rådgiver helse og omsorg, rådgiver oppvekst og leder IT og digital samhandling (Kommunen, 2021c). Sammen utgjør de den administrative ledelsen i kommunen. Kommunedirektøren rapporterer til kommunestyret som er hans overordnede.

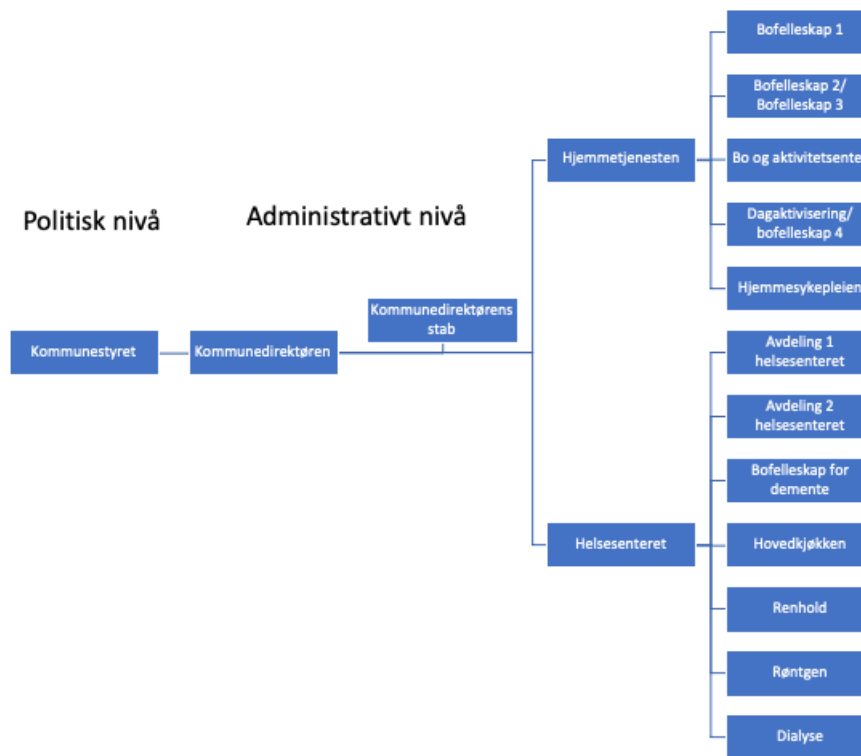
Kommunestyret er styret i bedriften kommunen, og kommunedirektøren er administrerende direktør eller daglig leder i bedriften kommunen. Ny kommunelov er veldig tydelig på skillet mellom politikk og administrasjon. Ordføreren styrer formannskapet, kommunestyret og politikken. Kommuneloven sier videre at det er kommunedirektøren som har ansvaret for administrasjonen. Det er jeg som leder administrasjonen, og det er jeg som har full delegeret myndighet over administrasjonen. (...) når budsjettet er vedtatt så er det min oppgave å bruke det vedtatte budsjettet og gjennomføre vedtak. Det er en viktig del av min jobb å få utført det som våre politikere har bestemt. (Kommunedirektøren)

Kommunedirektøren er altså tydelig på at hans oppgave er å få utført det politikerne bestemmer, og dermed lede enhetslederne på en slik måte at de jobber i tråd med kommunens overordnede mål om å skape et godt liv for sine innbyggere.

Helse- og omsorgssektorens organisering

Kommunes helse- og omsorgssektor består av tre enheter; hjemmetjenesten, helsesenteret og helse og familie. I organisasjonskartet under ser man organiseringen av hjemmetjenesten og

helsesenteret som er denne studiens avgrensning. Begge enhetene er komplekse å består av avdelinger med ulike funksjoner og arbeidsoppgaver.



Figur 5: Organisasjonskart for hjemmetjenesten og helsesenteret

Begge enhetslederne i utvalget forteller om et godt samarbeid mellom de to enhetene. De samarbeider om felles problemstillinger, særlig knyttet personalpolitikk og personalforvaltning. De har tett kontakt gjennom blant annet ukentlige møter med de to enhetslederne og avdelingslederne i enhetene. Enhetsleder helsesenteret forteller at de bruker møtene til å ta opp felles problemstillinger innenfor driften av enhetene. De sørger blant annet for å ha felles innretning på ferieavvikling, avspasering, bytting av vakter med mer. Begge enhetslederne trekker frem at de har et nært og godt samarbeid, og at de to enhetslederne ofte ringer til hverandre eller har møter for å løse de ulike utfordringene de står ovenfor.

4.2 Styrings kontekst

4.2.1 En oversikt over plansystemet

Kommuneplanens samfunnsdel er den overordnede planen med tre spesifiserte fokusområder – stedsutvikling, folkehelse og omsorg (Kommunen, 2010). Kommuneplanens samfunnsdel er

eksempelvis opptatt av at omsorgstjenestene skal ytes på lavest mulig nivå som fortsatt gir pasienten tilstrekkelig med hjelp. Planen revideres i tråd med kommunens planstrategi og er planlagt revidert i 2022. Kommuneplanens samfunnsdel konkretiseres ned i ulike temaplaner, deriblant helse- og omsorgsplanen. Helse og omsorgsplanen fungerer som en sektorplan og sier noe om hvilke hovedmål helse- og omsorgssektoren har. Disse målene består av både langsiktige satsningsområder og konkrete tiltak (Kommunen, 2018). I helse- og omsorgsplanen er det beskrevet at den demografiske utviklingen er en utfordring, og at man ønsker å implementere mer velferdsteknologi for at brukerne skal kunne bo hjemme og være selvhjulpne lengst mulig. Som tiltak har de eksempelvis satt opp at de har behov for å etablere en felles plattform for velferdsteknologi, etablering av digitalt tilsyn i omsorgsboliger og etablering av elektroniske dørlåser. På denne måten bidrar temaplanen til å tydeliggjøre fokusområdene for nettopp helse- og omsorgstjenestene, og er en viktig del av plansystemet.

Et hakk lengre ned i plansystemet finner vi så handlingsplanen. Handlingsplanen er en fireårig plan som revideres hvert år, og viser hvilke tiltak kommunen skal prioritere i den nærmeste tiden. Tiltakene i handlingsplanen skal være med på å realisere de mer langsiktige målene fra kommuneplanens samfunnsdel og temaplanene slik som helse- og omsorgsplanen (Kommunen, 2021a). I handlingsplanen 2021-2024 (Kommunen, 2020b) ble det vedtatt å investere i velferdsteknologi i form av for eksempel elektroniske dørlåser hos hjemmeboende og digitalt tilsyn hjemmeboende. Tiltakene trenger midler for å kunne gjennomføres og denne fordelingen vedtar politikerne på kommunestyremøtet i desember. Årsbudsjettet bygger på alle tiltakene i handlingsplanen og sier noe om hvor mye som er satt av til de ulike tiltakene. Eksempelvis er det budsjettet med en investering på 806 000 kroner og 82 000 kroner per år i driftsutgifter på de elektroniske dørlåsene i perioden 2022 – 2025 (Kommunen, 2021c). Mellom behandlingen av handlingsplanen og årsbudsjettet kan det imidlertid gjøres endringer, slik at det er først når budsjettet er vedtatt at bevilgningene er endelig fastsatt (Kommunen, 2021c).

Plansystemet er med andre ord komplekst og henger sammen på en slik måte at handlingsplanen og årsbudsjettet skal speile kommuneplanens samfunnsdel.

4.2.2 Modell for kommunal styring

Gjennom vedtak av tiltak og fordeling av økonomiske midler er politikerne med på å sette ambisjonsnivået for kommunen og enhetene, og legger til rette for at enhetene skal nå målene som blir satt. Kommunedirektøren utarbeider forslag til alle plan- og styringsdokumentene som

politikerne behandler politisk. Når kommunedirektørens forslag til handlingsplan er ferdig utarbeidet sendes det til høring til kommunens råd og utvalg, deriblant utvalget for helse og oppvekst. Utvalgene kan komme med alternative forslag i forhold til kommunedirektørens forslag og disse behandles av formannskapet og kommunestyret forteller politikeren. Politikeren forteller også at det politiske spillet ligger i det å samle flertall for de sakene man synes er viktig.

Når handlingsplanen behandles i kommunestyret stemmer politikerne over kommunedirektørens forslag til handlingsplan, hvor de eventuelt fjerner eller legger til tiltak. Politikerne kan med andre ord velge å se bort ifra kommunedirektørens tilrådning. Ifølge politikeren tar kommunedirektøren politikernes vedtak til etterretning og gjør som de sier, men kan komme med oppklaringer underveis i behandlingen av handlingsplan, årsbudsjett og andre saker.

Er det vedtatt så må jo kommunedirektøren gjøre som vi har sagt. Men det hender jo at kommunedirektøren kommer med avklaringer underveis i møtet om vi kommer med helt ville forslag som ikke er mulig å gjennomføre. Kommunestyret er jo en samling av helt vanlige folk så det er jo ikke alltid at vi skjønner hva vi er i ferd med å gjøre, det kan være ting som er lovstridig eller mindre lurt (...) han sier at sånn kan vi ikke gjøre det, eller det her er det en plan som er motstridig mot eller et eller annet slikt. (Politikeren)

Politikeren påpeker at det er gjennom handlingsplanen og årsbudsjettet at politikerne kan påvirke driften av kommunen. Kommunedirektøren påpeker videre at selv om premissene for årsbudsjettet er lagt i handlingsplanen kan det skje ting i mellomtiden som fører til at politikerne ønsker å prioritere inn andre tiltak. Politikerne bruker således handlingsplanen og årsbudsjettet til å få kjempet inn sine saker og gjennomføre politikk. Rådgiver helse fremhever at politikerne ikke i særlig stor grad flytter på pengene i årsbudsjettet, men at de heller prioriterer mellom tiltak. Lovpålegget om å ha kommunepsykolog kan for eksempel tvinge frem prioriteringer i budsjettet. Det er likevel verdt å merke seg at det er den totale rammen til enheten som enhetslederne rapporterer på, og det er den de må overholde. Så lenge enhetslederne holder seg innenfor sin ramme er budsjettavvik i detaljbudsjettet deres av mindre betydning ifølge kommunedirektøren.

Måten plansystemet er satt opp på gjør at det ofte tar en del tid fra et tiltak blir vedtatt til det blir igangsatt. Politikeren opplever systemet som litt tungrodd, og mener det for eksempel vil ta noen år før en utvidelse av antall heldøgns plasser er på plass. Også ordføreren opplever at plansystemet er noe tregt. En annen ting som løftes frem av flere av informantene er hvor stor påvirkningskraft kommunedirektøren har gjennom sin stilling. Politikeren og ordføreren forteller at med så mange sider og saksdokumenter ikke er noe problem for kommuneadministrasjonen og snike inn noe uten at det oppdages eller rette et spesielt fokus mot noe.

De har jo veldig stor påvirkning, mye større påvirkningskraft enn meg, fordi at i saksutredningen så ligger det jo en mulighet til å lede blikket til kommunestyret i spesielle retninger, eller å passe på at blikket ikke kommer andre plasser. Slik at som utreder for kommunestyret, så har kommunedirektøren en stor påvirkningskraft.
(Ordføreren)

Ordføreren mener altså at han har mindre påvirkningskraft enn kommunedirektøren selv om han er øverste leder for politikken og er den som setter sakskartet.

4.2 Målet er et godt tjenestetilbud til alle med behov for helse- og omsorgstjenester

Kommunen sikter mot god kvalitet i tjenestene og at det skal være godt å bo i kommunen helt til livets slutt. Helse- og omsorgstjenestene skal tilby gode og verdige liv, hvor innbyggerne føler seg trygge hele veien. En av informantene påpeker at tjenestene ikke bare skal være faglig forsvarlige, men at innbyggerne også skal oppleve dem som gode.

(...) å yte forsvarlig helsetjenester, og ikke bare forsvarlig men både tilfredsstillende og gode helsetjenester må jo være et mål. Betyr ikke at alle sammen kan bli helt fornøyd tenker jeg, så de får alt de vil ha, det er sjeldent mulig. Men det skal være både forsvarlig og tilfredsstillende, og det føler jeg egentlig at vi yter. (Politikeren)

Samtlige informanter er enige i at kommunen i dag yter gode helse- og omsorgstjenester. En informant forteller at han hører mye bra om helse- og omsorgstjenestene fra innbyggerne. I tillegg er de gode resultatene tallfestet gjennom bruker- og medarbeiderundersøkelsene. Det at kommunen er en god og ryddig kommune som skårer godt på de nasjonale rangeringene blir

også løftet frem som et argument for at tjenestene er gode. Flere av informantene påpeker likevel at selv om tjenestetilbudet til de som får tjenester er godt, er det allikevel ikke nok da flere ikke får de tjenestene de ønsker.

Jeg tenker det at vi tilbyr gode tjenester. (...) Men det er jo for de som er så heldige at de kommer innenfor dørene. De som ikke kommer seg inn får jo ikke så gode tjenester som de egentlig har bruk for per nå. (Enhetsleder helsesenteret)

Kommunen har over tid satset på eldreomsorg og har i flere runder bygd ut tilbudet. Likevel har de ventelister og har måttet leie institusjonsplasser i nabokommunen i 2021.

Vi har ventelister, vi kjøper plasser i nabokommunen, og vi har pasienter liggende hele året. Men vi har hatt god kontroll på dette. Det handler igjen om at kommunen har satset på eldreomsorg og omsorgstjenester over år, slik at vi har et ganske nytt bofellesskap for demente, og et annet bofellesskap har nylig bygd ut så kapasiteten har økt mye. (Enhetsleder helsesenteret)

En annen informant påpeker at det innen helse aldri vil bli nok, slik at det må gjøres vurderinger på hvor standarden skal være.

(...) I all hovedsak så yter vi gode helse og omsorgstjenester i kommunen. Men så er det jo slik innen helse at man har jo aldri nok. Hvis du spør brukerne eller iallfall hvis du spør medarbeiderne så har man jo aldri nok, ting kan alltid bli bedre. Og da spør det litt hvor man skal legge lista. (Rådgiver helse)

Informantene er med andre ord samstemte om at de tjenestene de tilbyr er av god kvalitet, men de skulle gjerne sett at de kunne tilby tjenester til flere av de som har behov. Til tross for at tjenestetilbudet er bygd ut de senere årene ser samtlige informanter det som nødvendig å bygge ut tilbudet enda mer, samtidig som kriteriene for å få vedtak på de ulike helsetjenestene må vurderes.

4.3 Utfordringsbildet

Samtlige informanter peker på økonomi, kapasitet og kompetanse som de store hovedutfordringene kommunen har innen helse- og omsorgssektoren. De opplever økt press hvor mer skal gjøres innenfor de samme økonomiske rammene. I tillegg nevnes økt lovgivning og økte forventninger fra pårørende som faktorer til økt press på tjenestene. Det forventes at kommunen muligens får redusert sine tilskudd fra staten med tiden, og at de derfor må flytte penger fra oppvekstsektoren til helsesektoren som følge av den demografiske utviklingen. Det fremgår av handlingsplanen (Kommunen, 2021a) at det fremover blir en økning i behovet i eldreomsorgen samtidig som det blir færre barn. De har derfor gjort denne prioriteringen, og det beskrives som en viktig bevisstgjøring omkring hvordan kommunen skal bruke midlene de har tilgjengelig.

Vi må flytte penger fra oppvekst, skole og barnehager til eldreomsorg, hjemmetjenesten og helsesenteret. Så det er en flytting av penger for vi regner ikke med at kommunen får mer penger i fremtiden. Tvert imot er det vel heller signalisert at kommunene får mindre. Det er lagt inn fra staten, både krav om å bli mer effektiv og få mer ut av hver krone. Vi må ha en dreining internt fra oppvekst til eldreomsorg. (Kommunedirektøren)

Kommunen har observert at den demografiske utviklingen ser annerledes ut i dag enn i 2018. Kommunen har derfor igangsatt et utredningsarbeid knyttet til det med heldøgns omsorg og avlastningsplasser. Flere av informantene påpeker at de i tiden fremover må jobbe smartere og mer effektivt da det ikke vil være nok personell til å drive på samme måte som de gjør i dag.

Ja det er klart at når vi har en økende eldre befolkning så ser jeg for meg at det i alle fall blir utfordrende å drive omsorgstjenester på samme måte som vi driver nå. Det finnes det ikke folk til. (Enhetsleder helsesenteret)

Kommunen har vedtatt i sin handlingsplan at de skal fortsette å prioritere gjennom god utnyttelse av omsorgsboliger og hjemmetjenester, prioritere innkjøp og implementering av velferdstjenester samt styrke innsatsen med digitale tjenester i samarbeid med frivillige. Samtidig som behovene og ønskene øker har kommunen allerede nå begynt med effektiviseringstiltak i tjenestene innenfor helse- og omsorgssektoren for å redusere kostnadene. For 2021 hadde de tre enhetene et samlet budsjett på 171,2 millioner kroner i netto driftskostnader. Kommunen ønsker å redusere kostnadene langsiktig med fire millioner kroner,

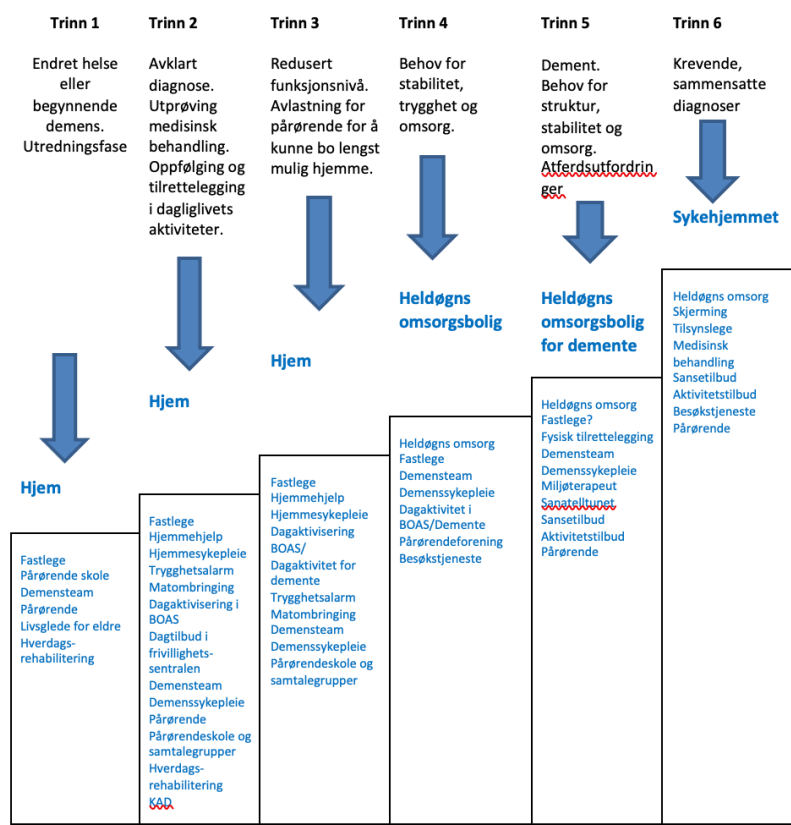
tilsvarende 2,3 % av budsjettet for 2021. Kommunedirektøren har derfor nedsatt en styringsgruppe for å arbeide med å finne kostnadsreduserende tiltak i helse- og omsorgssektoren i kommunen (Kommunen, 2021a).

Velferdsteknologi fremheves av flere informanter som en viktig del av arbeidet for å effektivisere helse- og omsorgstjenestene, og kunne yte mer tjenester på de samme økonomiske rammene. Samtidig påpeker ordføreren at de digitale hjelpemidlene og velferdsteknologien ikke skal føre til færre varme hender og dårligere kvalitet på tjenestene, de skal heller brukes på en smartere måte.

For det er jo viktig at det må være varme hender og digitale hjelpemiddel for det kan ikke være at de digitale hjelpemidlene skal overta for de varme hendene. Man må bruke de varme hendene bedre, og så må vi ha flere. (Ordføreren)

Helsepersonalet må med andre ord benyttes på rett sted til rett tid, og utnyttes på en bedre måte. Som tidligere påpekt forteller informantene om at det ikke er nok personell til å bruke de ansatte på samme måte som i dag. Rådgiver helse setter spørsmålstegn om hvorvidt det er riktig å bruke en sykepleier til å eksempelvis skrive turnus. De to enhetslederne i utvalget forteller til at det begynner å bli vanskeligere å rekruttere nok personell, selv om det har gått greit å få tak i folk til nå.

En annen utfordring er manglende sirkulasjon på plassene i helse- og omsorgstjenesten, som i så måte kan medføre kollaps i omsorgstrappen. Kommunene har som tidligere nevnt ventelister på tilbudet både i hjemmetjenesten og ved helsesenteret. De ser at det i det siste har vært mindre sirkulasjon på plassene i omsorgstrappen som følge av at pasientene lever lengre. Omsorgstrappen beskrives som et trappesystem bestående av 6 trinn hvor hvert trinn representerer et omsorgsnivå.



Figur 6: Omsorgstrappen (Kommunen, 2019)

De tre første trinnene innebærer at brukeren bor hjemme og får tilsyn og hjelp i eget hjem. De neste to trinnene innebærer at man bor i en heldøgnsomsorgsbolig. Øverste trinn i trappa er en institusjonsplass ved helsesenteret i kommunen (Kommunen, 2019). Kommunen tilbyr også dagtilbud og avlastningsopphold, men enhetsleder helsesenteret påpeker at refrenget i møtene i inntaksteamet, der de vurderer behov og gir tilbud, er at dagtilbudet er fullt. Dagtilbudet beskrives av informantene som et viktig tilbud for at flere kan bo hjemme lengre. Rådgiver helse beskriver hvordan manglende sirkulasjon på plassene i omsorgstrappen med blant annet flere som lever lengre og pasienter som er klare til å flyttes fra sykehusene til kommunen, fører til flaskehalsen som igjen kan medføre at omsorgstrappen kollapse.

Vi har få plasser på sykehjem i kommunen sammenlignet med andre kommuner fordi vi har en så godt utvidet hjemmetjeneste. Når vi ikke får sirkulasjon i sykehjemmet så blir det liggende utskrivningsklare pasienter på sykehuset som vi ikke kan ta imot, og vi må betale mye penger for det, og vi må kjøpe sykehjemsplasser i andre kommuner. Og så blir det slik at de som har utviklet demens og som kanskje også er så syke at de skulle vært i sykehjemmet, de får ikke plass fordi det er ikke plass der. Så det er en opphopning av personer som er for dårlige til å bo i omsorgsboliger, men som likevel må være der. Og

så blir det en opphopning i disse heldøgns og omsorgsboligene, som er slike selveierleiligheter, fordi at man ikke kommer videre i systemet når man har en økt funksjonsnedsettelse også må man yte mye mer hjemmehjelp i hjemmet. Det skal ikke så mye til før trappa vår svikter og det er en utfordring. Det er rett og slett det at det oppstår en flaskehals i systemet. (Rådgiver helse)

For å skalere opp tjenestene mener samtlige informanter at det må bygges flere plasser, og at det altså ikke er rom for å skape særlig flere plasser innenfor dagens bygningsmasse. Likevel er ikke informantene sikre på om de bør øke antall institusjonsplasser eller antall heldøgns omsorgsboliger. Flere påpeker at de er spent på hva den igangsatte utredningene på dette vil konkludere med.

Det er en viktig diskusjon om vi skal øke antall institusjonsplasser eller om vi skal øke antall omsorgsplasser med heldøgnsomsorg, altså bemanning 24/7. (Kommunedirektøren)

Samtidig påpekes det av flere informanter at forebyggende tiltak også behøver en kapasitetsøkning, dette for å gjøre folk i stand til å bo hjemme lengst mulig. Ved hjelp av dagopphold og dagaktivisering kan man utsette behovene for heldøgns omsorgsboliger og institusjonsplasser. Likevel uttaler rådgiver helse at han mener det kan være vanskeligere å skaffe ressurser til denne typen forebyggende tiltak.

I dag så er det slik at det er lettest å få ressurser, altså det er lettere å formidle at nå er det krise og vi trenger mer penger på sykehjemmet. Men hvis vi skal løse disse utfordringene som vi har så er vi nødt til å sette inn mer ressurser på rehabilitering, opptrening, råd og veiledning i hjemmet i forhold til hvordan folk kan løse daglige utfordringer i eget hjem og en del slike lavterskeltilbud. (Rådgiver helse)

Ordføreren er i stor grad enig i dette utsagnet, og mener det for politikerne kan oppleves som mer prekært å skaffe flere plasser på behandlingsnivå. Informanten forteller likevel at han tror politikerne nå også er flinke til å se viktigheten av forebyggende tiltak.

Oppsummert har kommunen altså utfordringer knyttet til strammere økonomiske rammer, kapasitet og manglende sirkulasjon på de plassene de har, i tillegg til at det er vanskeligere å

rekruttere helsepersonell. Manglende sirkulasjon på plassene skaper større press oppover i omsorgstrappen og på de mer ressurskrevende tjenestene slik som heldøgnsomsorg og institusjonsplasser. Den pågående utredningen vil kunne gi kommunen svar på hvordan den demografiske utviklingen antas å utvikle seg fremover. De gjentakende elementene er at de må få mer ut av hver krone gjennom å jobbe smartere og mer effektivt, benytte digitale hjelpemidler og velferdsteknologi, i tillegg til å reflektere rundt bruken av fagpersonell. Fagkompetanse og varme hender må settes inn på rett sted til rett tid. I tillegg må terskelen for de ulike tiltakene i omsorgstrappen vurderes opp imot kapasitet og økning i behov for helse- og omsorgstjenester.

4.4. Planer, strategi, verdier og visjoner

4.4.1 De overordnede verdiene

Kommunen jobber etter en visjon om det gode liv i en attraktiv bygd, og søker å skape helse- og omsorgstjenester som bygger opp under dette. Kommunen har utformet en arbeidsgiverstrategi (Kommunen, u.å) som bygger på verdibasert ledelse. Verdiene de styrer etter er raushet, ansvarlighet, mot og kreativitet. Flere av informantene forteller at de vet at det eksisterer et slikt dokument, men at de ikke er direkte bevisst på den i det daglige. Enhetsleder hjemmetjenesten forteller likevel at han kjenner seg godt igjen i verdiene, og mener de gjenspeiler måten de jobber på og at de gir en god beskrivelse på driften i hjemmetjenesten. At de ikke husker dem på sparket mener han kan skyldes at de er såpass innarbeidet i dem. Informanten mener verdiene er med på å gi retning for arbeidet.

Gir litt retning gjør de jo, men den er jo så innarbeidet. Ja altså, hvis du leser det der så er det sånn «ja sånn er det, sånn gjør vi det ja». (Enhetsleder hjemmetjenesten)

På helsesenteret har de for en tid tilbake utarbeidet et eget dokument kalt visjon og verdigrunnlag (Internt måldokument). Der har de satt opp verdiene respekt, trygghet, samvær og glede som viktige verdier. De har satt seg som mål at det skal være kvalitet og kontinuitet i deres helse- og omsorgstjeneste. Disse har de koblet opp imot brukertilfredshet, medarbeidertilfredshet og effektivitet uttrykt i form av eksempelvis samsvar mellom arbeidsoppgaver og ressurser, og myndiggjøring av medarbeidere og tydelig definerte arbeids- og ansvarsoppgaver. Disse er igjen spesifisert ned i delmål. Enhetsleder helsesenteret fremhever at faglig forsvarlighet trumfer budsjettet. Dersom det er behov for ekstra bemanning på en vakt vil dette bli satt inn til tross for budsjettsprekk, hvis det er det som skal til for å drive forsvarlig.

Kommunedirektøren fremhever også at faglig forsvarlig tjeneste er grunnsteinen i hele tjenesteutøvingen.

Det er jo det at vi skal ha en faglig forsvarlig tjeneste, det er jo grunnpilaren. Så all vår tjenesteyting skal være innenfor lov og forskrift, vi har ikke anledning til å bryte norsk lov eller en forskrift. Gjør vi det så er det avvik. Så det er grunnleggende å levere faglig forsvarlig tjenester. Også er det jo å følge budsjettet, og følge det som vi har av styringsdokument forøvrig og prøve å innfri de fokusområdene og tilslutt oppnå det gode liv da. Det skal være trygt og godt å bo her. (Kommunedirektøren)

Det gode liv er med andre ord den mest overordnede verdien kommunen styrer etter. Om informantene ikke er så bevisste på de nedskrevne verdiene i arbeidsgiverstrategien, beskriver de likevel de samme type verdiene hvor faglig forsvarlighet, samt trygghet, kvalitet og kontinuitet i tjenestene er rådende verdier.

4.4.2 Strategi eldreomsorgen: Brukerne skal bo hjemme lengst mulig

Som overordnet strategi for å oppnå gode helse- og omsorgstjenester har kommunen satt som strategi at de skal hjelpe brukerne til å bo hjemme lengst mulig. Tanken bak dette er at mener brukerne holder seg friskere lengre dersom de bor hjemme. Flere av informantene påpeker at kommunen ønsker at brukerne skal få tjenester på lavest mulig omsorgsnivå. For å få til dette må man tenke helhetlig mener rådgiver helse.

Det er det å greie å tenke helhetlig for vi har jo en strategi i kommunen om at eldre og syke skal bo hjemme. Altså hovedregelen er at man skal bo hjemme og man skal bo hjemme så lenge som mulig. Noe av ideologien eller tanken bak det er at folk holder seg friske lengre dersom de bor hjemme i eget miljø og klarer seg selv. Altså at man yter hjelp på lavest mulig omsorgsnivå. At man ikke yter mer hjelp enn det folk trenger og vil ha. Det betyr at hvis vi skal møte den utfordringen i forhold til antall personer med demens så kan vi ikke bare bygge omsorgsboliger, altså vi må iverksette mange tiltak – forebyggende tiltak og helsefremmende tiltak, på et tidlig stadium. (Rådgiver helse)

Enhetsleder hjemmetjenesten påpeker at de for å få til dette må de hjelpe brukerne til å mestre livet hjemme. Ordføreren tenker at man må ta i bruk digitale tjenester slik som smarthus teknologi for å kunne gjennomføre denne strategien, og som tidligere nevnt benytte de

varme hendene bedre. Det fremheves av flere informanter at det er viktig med dagtilbud og avlastningstilbud slik at det også blir levelig for de pårørende. At flere bor hjemme lengre vil ifølge flere av informantene være avgjørende for at kommunen klarer å tilby tjenester til den eldrebølgen som er ventet å komme.

4.4.3 Kommuneplanens samfunnsdel tegner de lange linjene for helse og omsorgssektoren

Til nå er kommunens største utfordringer og det overordnede verdigrunnlaget blitt beskrevet. Kommuneplanens samfunnsdel beskriver alle de lange linjene i hvordan politikerne tenker at samfunnet og helsesektoren skal være i tiden fremover, og hva som er fokusområdene. Det er satt opp tre hovedområder; stedsutvikling, folkehelse og omsorg (Kommunen, 2010). Det er disse faktorene som er viktig for å skape det gode liv som er kommunens overordnede visjon. Politikerne beskriver hvordan kommuneplan samfunnsdel legger de overordnede føringene for hvordan helse- og omsorgssektoren skal drives, og er et svært viktig styringsverktøy for både politikere og administrasjonen.

Den skal jo på en måte legge overordnede føringer for all kommunal drift egentlig slik at det må jo gjenspeile både statusen i samfunnet og hvor vi vil hen da. Det skal jo være et viktig styringsverktøy, men det er jo ikke alltid vi husker å rette opp hodet og se dit når vi skal drive å vedta ting. Sånn at den av og til blir litt avglemt i kampens hete når det er andre dokumenter lengre ned i systemet. Men det er jo et stort og viktig dokument, og jeg synes kommunedirektøren er flink til å ta det med i tertialrapporter og ellers minne oss på det som står der. (Politikeren)

Informanten påpeker hvordan politikerne lett kan bli fanget av enkeltsaker og dermed glemme de lange linjene. Kommunedirektøren tilrettelegger for at politikerne bruker kommuneplanens samfunnsdel gjennom å alltid trekke den inn i handlingsplanen, tertialrapportene og årsmeldingen. Kommunedirektøren forteller at han utfordrer enhetslederne til å komme med tiltak til handlingsplanen som oppfyller fokusområdene i kommuneplanens samfunnsdel. Eksempelvis er «beste effektive omsorgsnivå og næromsorg» et fokusområde som tar for seg at kommunen ser for seg mer forebyggende tiltak, en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, investering i omsorgsboliger og utnyttelse av velferdsteknologi. Dette styringsdokumentet tvinger således de ulike aktørene til å tenke på den overordnede planen for kommunen om å gi den beste omsorgen på laveste mulig nivå. Ordføreren påpeker at dette også er viktig med tanke

på at kommunestyret byttes hvert fjerde år, selv om ikke alle politikerne nødvendigvis er like bevisste på kommuneplanens samfunnsdel.

Vi må tenke på samfunnsutviklingen, de store linjene. Også er det jo slik at for hvert fjerde år så velges det et nytt kommunestyre. De programmene som partiene har de må jo på en måte ta innover seg hvilken kommuneplaner vi har, men samtidig så tror jeg nok kanskje ikke at alle er så bevisst på de lange linjene som legges i samfunnsdelen og kommuneplanen. (Ordføreren)

Oppsummert er kommuneplanens samfunnsdel et viktig styringsverktøy for å holde den kommunale driften på sporet av de langsiktige målene for utviklingen av samfunnet i kommunen. Samtidig kan det se ut til at politikerne i hovedsak tenker fire år frem i tid, hvilket er tidsrommet handlingsplanen omfatter.

4.5 Planlegging og budsjettering

4.5.1 Signalene går gjennom handlingsplanen

Hver vår melder alle enhetslederne inn sine innspill til handlingsplanen. Dette er alle de tiltakene de ønsker å iverksette i sin enhet. Eksempelvis kan økning i grunnbemanningen være et tiltak som spilles inn. Rådgiver helse påpeker at innspillene er enhetsledernes mulighet til å si ifra om at de ønsker tiltak som de ikke klarer innenfor dagens økonomiske ramme.

Signalene går gjennom arbeidet med handlingsplanen og budsjettdokumentet, hvor enhetslederne sier noe om at den potten vi har nå strekker ikke til. (Rådgiver helse)

Både enhetsleder for hjemmetjenesten og helsesenteret forteller at deres bruk av handlingsplanen i hovedsak dreier seg om utarbeidelsen av innspillene til tiltak. Gjennom året samler de ifølge enhetsleder helsesenteret opp tiltak som de mener er nødvendige. Hjemmetjenesten spilte til handlingsplanen 2022-2025 inn at de hadde behov for en økning i midler til hukommelsesenheten (Kommunen, 2021d), samtidig spilte enhetslederne for både hjemmetjenesten og helsesenteret inn behovet for midler til betalt matpause også i deres enheter. Enhetsleder for helsesenteret fremhever at han i tillegg bruker handlingsplanen i dialog med de ansatte for å forklare hvorfor ting er som de er, og at det hjelper dem til å se det større bildet i kommunen.

Etter å ha mottatt innspillene fra enhetslederen går kommunedirektøren gjennom tiltakene og gjør sin prioritering til handlingsplanen. Kommunedirektøren forteller også at han har bedt enhetslederne prioritere sine lister før de sendes inn til han slik at de signaliserer hvilke tiltak de mener er aller viktigst. Dette for at enhetslederne for de tre helseenhetene sammen kan prioritere og være med på å se hvor helsesektoren som helhet har størst behov for tiltak og ytterligere midler i forhold til å sikre gode helsetjenester samlet sett.

(...) alle enhetsledere i kommunen spiller inn sine behov, justerer eksisterende tjenestenivå, melder inn eventuelle justeringer, men også forslag til nye tiltak. Også er det jo min jobb som kommunedirektør å prioritere og legge frem ei prioritert liste til politikerne våre. (Kommunedirektøren)

Et eksempel på hvordan tillitsvalgte kan kjempe for prioritering av et tiltak i kommunedirektørens forslag til handlingsplan er saken som gjaldt betalt matpause i to avdelinger i helse- og omsorgssektoren. Disse to avdelingene var de eneste i kommunen som ikke hadde betalt matpause. Å spille inn et slikt tiltak handlet blant annet om å sikre likebehandling av de ansatte i kommunen, men også rekrutteringen til helsesektoren. Saken hadde vært spilt inn som tiltak i flere runder uten gjennomslag. Så tok de tillitsvalgte saken i egne hender og tok opp viktigheten av tiltaket i det som kalles kontaktmøte med kommunedirektøren. Ordføreren forteller at også varaordfører ble kontaktet, og at de sammen signaliserte ovenfor kommunedirektøren at dette var et tiltak som nå måtte prioriteres. De to enhetslederne i utvalget er på sin side klare på at de ikke kan være advokater for en slik sak utover å spille inn tiltaket gjennom den vanlige saksgangen knyttet til utarbeidelsen av handlingsplanen. Ordføreren påpeker at det kan ha vært viktig med tanke på gjennomslag for tiltaket at noen nettopp kjempet for tiltaket. Ifølge ordføreren var de også tydelige ovenfor kommunestyret at dette var et tiltak han og varaordføreren kjempet for.

Jeg tror ikke det er noen som tidligere har vært advokat nok for tiltaket. Vi syntes det var feil at kommunedirektøren og alle på rådhuset skulle ha betalt matpause og ikke de som jobbet i omsorgssektoren, som kanskje hadde enda mer behov for det. Før var de tilgjengelige uten å få betalt for det. Det synes vi var en urimelighet. (...) så når vi ble advokater for det så gikk tiltaket gjennom. (Ordføreren)

På denne måten kan blant annet tillitsvalgte bruke ulike innfallsvinkler for å få inn tiltak allerede i kommunedirektørens forslag til handlingsplanen. Når kommunedirektøren senere sender ut sitt forslag til høring legges også den fullstendige listen med innspill fra enhetslederne med som vedlegg. Dette mener politikeren er viktig for å få et eget inntrykk av hvor skoen trykker i enhetene og kunne se hvilke saker partiene kan kjempe for. I tillegg påpeker han at det er lite lobbyvirksomhet lik den fra de tillitsvalgte angående betalt matpause i alle avdelinger.

Jeg synes innspillene er kjempeviktig for å få litt temperaturen for å se hvor vi kan kjempe for å få inn saker. Men jeg tenker jo også at det ikke hadde gjort noen ting om de hadde drevet med enda mer lobbyvirksomhet dem som driver med det. Men det er mulig at enhetslederne er veldig lojal til administrasjonen. (Politikeren)

Således er handlingsplanen og innspillene til handlingsplanene med på å kommunisere fra enhetslederne til kommuneadministrasjonen og politikerne, hvilke behov de har i hjemmetjenesten og på helsesenteret. Den vedtatte handlingsplanen og årsbudsjettet signaliserer så tilbake til administrasjonen og enhetslederne hvilke tiltak enhetene skal gjennomføre de neste årene.

4.5.2 Enkelthendelser krever tilpasninger i planene

Enhetsleder helsesenteret forteller om et tilfelle der de hadde utagerende pasienter som medførte at de hadde behov for å gjøre noen bygningsmessige tilpasninger som ikke var med i den gjeldende handlingsplanen. Informanten forteller at han gjorde grundig forarbeid med å dokumentere behovet gjennom blant annet risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS). Det ble så lagt frem et forslag om tilleggsbevilgning i tertial 1, og helsesenteret fikk de nødvendige midlene relativt raskt. Kommunedirektøren fremhever på sin side at han ikke er så glad i slike ekstrasaker da det forstyrrer plan og styringsdokumentene.

Når det kommer konkrete ekstrabehov så må vi skrive en egen sak til kommunestyret for da må vi forklare kommunestyret at det kommer i tillegg til den ordinære prosessen. Sånne saker liker jeg egentlig ikke, for det forstyrrer plan- og styringsdokumentene våre. Vi har jo grunnlag til å på en måte se litt frem i tid både med antall innbyggere og antall eldre. (...) Så når det kommer sånne ekstrabehov så kreves det ekstra behandling og ekstra sak for kommunestyret. (Kommunedirektøren)

Det legges med andre ord opp til å i størst mulig grad forholde seg til plansystemets ordinære saksgang, hvilket kan tenkes å virke noe begrensende. Ifølge rådgiver helse må enhetslederne derfor tenke veldig planmessig og planlegge frem i tid for å få tilstrekkelige med ressurser for å iverksette tiltak for den kommende perioden.

4.6 Handling og måling av aktivitet

4.6.1 Delegeringsreglementene tydeliggjør ansvarsforhold

Kommunen har et delegeringsreglement som forteller hvem som har ansvaret for hvilke oppgaver. Kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for den kommunale driften, men har viderefordelt ansvar til sin stab og til enhetslederne. Kommunedirektøren forteller at han bruker delegeringsreglementet til det fulle. Når han har delegert bort ansvar til enhetslederne lar han dem også gjøre egne vurderinger og styre innenfor sitt ansvarsområde.

De to enhetslederne forteller at de bruker delegeringsreglementet hele tiden. De har et som sier hvilke oppgaver som er delegert til seg, men også et som sier hvilke oppgaver som er delegert nedover i enhetene.

Bruker jo delegeringsreglementet for at helsesenteret skal styres på en hensiktsmessig måte og at det er definert hvem som har ansvar for hva. (Enhetsleder helsesenteret)

Der står det jo hva den enkelte, hva jeg skal gjøre selv og hva jeg kan delegere bort, og hva kommunedirektøren skal gjøre selv og hva han kan delegere bort. Så det er kjekt å ha. Der står det hva den avdelingslederen har ansvar for, hva den avdelingen har ansvar for av personalpolitikk, innenfor økonomiske rammer, innenfor turnusen, innenfor pasientene og at brukerne får den hjelpen de skal ha og, alt det står i delegeringsreglementet. Slik at alle vet hva de har ansvar for. Det er viktig. (Enhetsleder hjemmetjenesten)

Delegeringsreglementene er med andre ord med på å tydeliggjøre ansvar. I tillegg beskriver flere av informantene at enhetslederne har stor handlingsfrihet delegert fra kommunedirektøren.

Jeg føler at jeg har stor handlingsfrihet delegert til meg fra kommunedirektør ja. Slik at han driver ikke å detaljstyrer nei. Jeg har fått en pott med penger og det er opp til meg

å bruke de pengene så godt som jeg kan gjøre innenfor lovverket. (Enhetsleder helsesenteret)

Også rådgiver helse påpeker den store styringsretten enhetslederne har og at de står veldig fritt så lenge de overholder de økonomiske rammene og handler innenfor delegeringsreglementet.

I forhold til aktivitet, så lenge de holder seg innenfor ramma si og yter tjenestene som er lovpålagt eller kommunen har sagt at de skal gjøre, så er handlingsfriheten veldig stor. (Rådgiver helse)

Delegeringsreglementet bidrar således med tydelige grenser for hva de ulike aktørene i kommunen kan gjøre, og skaper med det også frihet til å tenke selv.

4.6.2 Lover og regler legger føringer for aktivitet og atferd

Helse- og omsorgssektoren er omfattet av en rekke lover og regler. Enhetsleder helsesenteret forteller at lovverket hjelper dem med å unngå uønsket atferd, og at han opplever lovverket mer som førende og ikke bremsende.

Det opplever vi jo som en trygghet, for eksempel innenfor det her med tvang og makt. Der skal man ha tunga rett i munnen altså, for rettsikkerheten skal være god og lovverket hjelper til med det. (Enhetsleder helsesenteret)

I tillegg har kommunen utarbeidet etiske retningslinjer som de ansatte skal sørge for å lese seg opp på og følge. Flere av informantene påpeker likevel at de som jobber innen helsesektoren har de etiske retningslinjene i ryggmargen og bruker dem hver dag uten at de nødvendigvis sitter og leser de så ofte.

Vi har jo etiske retningslinjer i ryggmargen, i tillegg så er de definert skriftlig (...) Det opplever jeg at vi bruker mye. Når vi melder avvik på hverandre på atferd så går jo det på etiske retningslinjer. Også går det på det her med at alle skal behandles likt da, og at noen ikke skal ha fordeler fordi at man kjenner noen. Altså vi bruker jo de etiske retningslinjene hver dag uten at vi sitter å leser i dokumentet. (Enhetsleder helsesenteret)

De etiske retningslinjene, samt lover og regler, er altså med på å gi retning til hvilken atferd som er ønsket i kommunen.

4.6.3 Kommunens tjenestekriterier legger grunnlaget for omsorgstrappen

Kommunen har egne tjenestekriterier som innen helse og omsorg sier noe om hva som skal til for å kvalifisere til å få ulike tjenester. Ut ifra tjenestekriteriene har kommunen som nevnt tidligere utarbeidet omsorgstrappen, hvor hvert trinn sier hvilket tilbud brukeren skal få og hva som skal til for å kvalifisere til dette nivået av omsorgstjenester. Enhetsleder helsesenteret forteller at tjenestekriteriene og omsorgstrappen brukes mye i forbindelse med inntak av pasienter. Ifølge kommunedirektøren bruker enhetslederne også tjenestekriteriene som grunnlag for innspillene til handlingsplanen.

Rådgiver helse forteller at de har et kartleggingsverktøy, Iplos, som hjelper til med å sette en skår som igjen reflekterer hvilket trinn pasienten er på i omsorgstrappen. Informanten påpeker at dette verktøyet er matematisk oppbygd og at de således er avhengig av en skjønsmessig vurdering i tillegg.

(...) Iplos er veldig sånn matematisk. Altså du gjør en kartlegging basert på tall i forhold til funksjonsnivå, også er det summen av tallene som utgjør hvilket omsorgsnivå du ligger på. Men så skal det jo selvfølgelig gjøres en faglig og selvstendig vurdering i tillegg, men med utgangspunkt i denne Iplosen. Så det er på en måte den som sier noe om hvor i omsorgstrappa du ligger. (Rådgiver helse)

Flere av informantene forteller om at det nå stilles så store krav til kompetanse på formell vedtaksskriving, objektivitet, likebehandling og rettsikkerhet at det har medført en opprettelse av et forvaltningskontor fra 1. januar 2022, hvilket var et av tiltakene i helse og omsorgsplanen som var ønsket utredet. Det er derfor nå forvaltningskontoret som bruker kartleggingsverktøyet og omsorgstrappen for å vurdere hvilke behov pasienten har og hvilket tilbud som skal gis. Enhetsleder helsesenteret forteller likevel at de ikke er kommet i gang med bruken av forvaltningskontoret for tjenestene ved helsesenteret enda.

4.6.4 Kulturen preges av lojalitet til tjenestevei, tillit, nære relasjoner og erfarne enhetsledere

Samtlige av de fire informantene som jobber i kommunen beskriver organisasjonskulturen som god. Enhetsleder helsesenteret forteller om en organisasjonskultur preget av en holdning om at pasientene skal ha det godt, og at det skal være faglig god kvalitet og høyt faglig fokus. Enhetsleder hjemmetjenesten påpeker at det er forskjell på kulturen i de ulike avdelingene, men at det alltid er rom for humor, kompetanse og kreativitet. Rådgiver helse forteller at kulturen preges av stolthet over å jobbe i kommunen, og stolthet rundt det å levere gode tjenester med god kvalitet. Samtidig beskriver samtlige informanter at kulturen i svært stor grad preges av en lojalitet til tjenestevei. Saken om betalt matpause er et eksempel på dette. Enhetslederne fremhever at de mener det ville vært feil å drive lobbyvirksomhet for å få saken prioritert, da de må forholde seg til tjenestevei og har gjort sitt ved å melde inn tiltaket som forslag til handlingsplanen. Kommunedirektøren viser til at de ansatte og enhetslederne nettopp forholder seg til styringsdokumentene og den ordinære saksgangen i plansystemet.

Jeg vil beskrive kulturen som god. Veldig stor forståelse for regelverket, for våre styringsdokument. Vi er tro mot det systemet og melder inn nye behov, nye tiltak og vi justerer driften vår. Så det er en veldig god kultur inn mot meg som kommunedirektør.
(Kommunedirektøren)

Enhetslederne, rådgiver helse og kommunedirektøren betegner alle denne lojaliteten ovenfor kommunedirektøren og tjenestevei som positivt. Tjenestevei gjelder også for de ansatte i enhetene, hvor normen er å melde ifra til nærmeste leder som eventuelt melder videre til sin leder. Politikerne synes de ansatte i enhetene gjerne kunne jobbet mer aktivt for sakene sine slik som de gjorde i saken om betalt matpause, men han ser at lojaliteten ovenfor administrasjonen og enhetslederne kanskje er for stor til at dette vil skje. Heller ikke ordføreren går forbi kommunedirektøren. Dersom han ønsker å snakke med en enhetsleder avklares dette først med kommunedirektøren, som ifølge ordføreren alltid sier ja, men ønsker å vite om møtet.

Enhetslederne har lang erfaring og fartstid i kommunen. Dette mener både enhetslederne og rådgiver helse at er viktig for stabiliteten og kontinuiteten i organisasjonen, og at det også er viktig for organisasjonskulturen. Det er lite utskiftninger og enhetslederne kjenner hverandre godt. Enhetsleder hjemmetjenesten forteller at han mener at stabiliteten i enhetsledergruppen er en styrke i form av at driften da flyter godt og går nærmest av seg selv. Kommunedirektøren trekker frem det faktum at det faktisk er enhetslederne som driver kommunen, og ikke

administrasjonen, da de kun trekker i trådene. I tillegg påpeker enhetsleder hjemmetjenesten at det sliter på de ansatte å bytte ledere, hvilket de så tendenser til da det i løpet av relativt kort tid ble flere bytter på ene avdelingslederstillingen.

Kommunedirektøren forteller at gode relasjoner mellom enhetsledere og andre aktører i organisasjonen er viktig for å være trygg på hverandre og tørre å diskutere åpent. Det er kultur for å utfordre hverandre, og det anerkjennes at motstand er med på å skape utvikling.

Hvis en enhetsleder ikke fungerer da sliter vi, så det er viktig at enhetslederne er trygge, har tillit og kan diskutere og utfordre hverandre og sette ting på spissen for å komme videre. Motstand gir jo ny kraft til videreutvikling, det er ikke tvil om det. Så det at vi kjenner hverandre, er trygg på hverandre, godt fagmiljø og har relasjoner til hverandre det er klart det er avgjørende. (Kommunedirektøren)

Tillit til hverandre er således en viktig del av kulturen og styringen av kommunen. Rådgiver helse og kommunedirektøren viser til at det er viktig å ha tillit i forhold til driften, da den baserer seg på delegeringsreglementet og tillitsbasert styring. Tillit blir sånn sett et avgjørende element i styringspakken. Administrasjonen må kunne stole på at enhetslederne gjør jobben sin, og at de leverer som de skal. I så måte er tilliten viktig for administrasjonen for å få innsyn i enhetene og de opplysningene som de trenger fra enhetslederne.

Hvis enhetslederne hadde hatt en opplevelse av at vi ikke har en god relasjon eller at de ikke hadde hatt tillit til meg så hadde jobben min blitt vanskelig. (Rådgiver helse)

Rådgiver helse påpeker at han er avhengig av at enhetslederne har god tillit til han for at han skal kunne utøve sin rådgiverrolle i kommunedirektørens stab. Han bruker enhetslederne mye og er derfor nødt til å ha en god relasjon og innpass hos dem.

For å oppsummere kan man si at kulturen i kommunen preges av sterk lojalitet til systemet, lederne og kommunedirektøren, og baserer seg på tillit til hverandre. De beskriver at de har gode og nære relasjoner med korte avstander, stabilitet i enhetsledergruppen og trygghet til å ytre sin mening.

4.7 Rapportering, evaluering og oppfølging

4.7.1 Rapportering fra enhetene til kommunedirektøren og kommunestyret

Ved tertial en og to utarbeides det en statusrapport kalt Tertialrapport. I disse skriver enhetslederne litt om situasjonen i enhetene, og hvilke tiltak som er iverksatt eller ikke iverksatt, og årsakene til de ulike avvikene. I tertialrapport to for 2021 står det for eksempel at helsesenteret har implementert velferdsteknologi i form av nytt alarmsystem. I tertialrapportene blir det rapportert på målekartet, i tillegg til nøkkeltall slik som fravær og økonomi. I tillegg til tertialrapportene utarbeides det i slutten av året en årsmelding, som man ifølge kommunedirektøren nærmest kan kalle en tredje tertialrapport da de er forholdsvis like. Informanten påpeker likevel at det er i behandlingen av de to tertialrapportene at politikerne har mulighet til å endre budsjettet og eksempelvis gi tilleggsbevilgninger. Rådgiver helse fremhever at rapporteringen er svært knyttet til økonomi, og hvordan enhetene ligger an med tanke på sin økonomiske ramme.

Hvis det har oppstått store avvik så skal disse forklares. Hvis det har oppstått uforutsette ting som at nasjonale myndigheter for eksempel har pålagt kommunen å utføre oppgaver som den ikke har gjort før så må man be om en konsekvensjustering. Veldig knyttet til økonomi. Veldig knyttet til økonomi. For det går jo på om man leverer det man har sagt man skal levere, eventuelt hvorfor man ikke gjør det. Eventuelt hvorfor man leverer mer enn man skal levere. (Rådgiver helse)

Rapportene sier altså noe om sammenhengen mellom budsjettet og regnskapet, og eventuelle avvik mellom disse. På helsesenteret rapporterte de i tertial 2 for 2021 om et kostnadsavvik knyttet til utskrivningsklare pasienter og kjøp av sykehjemsplasser i nabokommunen hvilket det ikke var budsjettet for. Således ser man en sammenheng mellom merforbruk i enheten på grunn av kapasitetsutfordringer.

Et positivt avvik skal også forklares, og er ifølge kommunedirektøren like «alvorlig» som et negativt avvik. I årsmeldingen er også KOSTRA-tall med, altså tall fra et nasjonalt informasjons- og rapporteringssystem ved Statistisk sentralbyrå (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2019). Disse brukes ifølge kommunedirektøren til å diskutere nivåplasseringen på budsjett og regnskap. Kommunen sammenligner seg da både med sine egne historiske KOSTRA-tall, men også andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe, hvilket er

sammenlignbare kommuner. Ifølge årsmeldingen for 2020 har kommunen eksempelvis en høyere andel beboere 80 år og over som bor i bolig med fast tilknyttet bemanning kontra KOSTRA-gruppens tall.

Målekartet er en svært viktig del av den rapporteringen som fremkommer i tertialrapportene og årsmeldingen, bruken av det varierer ut ifra hvilken posisjon informanten sitter i. Som tidligere nevnt utarbeides det for hver enhet en rekke måleindikatorer, eksempler på måleindikatorer for å måle brukernes opplevde kvalitet i hjemmetjenesten er «brukermedvirkning», «trygghet og respektfull behandling», «tilgjengelighet» og «informasjon». Disse måles gjennom brukerundersøkelsene som gjennomføres annen hvert år. Kvaliteten i hjemmetjenesten måles gjennom tall for behovsdekning, altså hvor mange som er på venteliste, og den faglig kvaliteten måles gjennom antall årsverk med henholdsvis høgskoleutdanning, fagutdanning og ufaglærte. Resultatene for disse og de øvrige måleindikatorene legges inn i rapportene og brukes ifølge enhetsleder helsesenteret som en kontrollmekanisme, men også som et verktøy for å drive faglig utvikling.

Ja det blir en kontrollmekanisme, men det er samtidig et verktøy for å drive faglig utvikling. For de målene som vi har satt der er jo tatt fra nasjonale føringer for hva man skal ha fokus på innenfor helse og omsorg. (...) Nå skal vi til å ha fokus på fallforebygging for eksempel som også vil komme inn i målekartet i neste budsjett. (...) til å begynne med så var det jo andre mål vi hadde, så når vi ser at nå er vi god på det, nå får vi til det, da tar vi med nye mål. Så det ligger ei utvikling i det. (Enhetsleder helsesenteret)

Enhetsleder hjemmetjenesten forteller at de også i hans enhet benytter målekartet til å se etter forbedringspotensial gjennom å se på årsakene til hvorfor måltallene beveger seg i positiv og negativ retning. Målekartet og nøkkeltallene diskuteres da på ledermøtene i enhetene. Rådgiver helse forteller på sin side at han bruker målekartet til å utforme utfordringsbildet for helse og omsorgsenhetene. Sammen med tilleggsteksten fra enhetslederne forteller målekartet litt om hvor enhetene har utfordringer. Enhetsleder hjemmetjenesten opplever at målekartet gir et riktig bilde av driften i enhetene, mens enhetsleder helsesenteret savner å ha muligheten til å vise hva de får til også. Fokuset ligger gjerne på å fortelle hva som ikke fungerer, heller enn å si noe om det som fungerer mener enhetsleder helsesenteret.

Kommunedirektøren forteller på sin side at han bruker målekartet, tertialrapportene og årsmeldingen i resultatsamtalen og styringsdialogen med enhetslederne. Der går de igjennom målekartet og diskuterer utviklingen. Kommunedirektøren påpeker dog at det er vanskelig å finne frem til hvilke måleindikatorer de skal ha og hvilke mål det skal settes for hver indikator. Likevel mener kommunedirektøren at de gjennom målekartet med bruker- og medarbeiderundersøkelser annen hvert år får et godt bilde på status, og at det til nå er det beste alternativet de har til å undersøke tjenesteleveransen. Styringsdialoger er for kommunedirektøren et svært viktig styringsverktøy.

Helt avgjørende. For den samtalen gir meg innblikk i hvert enkeltelement og vi fanger opp og vi stiller spørsmål, hvorfor har du gått litt tilbake på den måleindikatoren, hvorfor har du gått litt frem på det målet, hva har du gjort? (Kommunedirektøren)

Rapporteringen fra enhetslederne og samtalen rundt rapportene gir med andre ord kommunedirektøren et mer detaljert innblikk i driften i enhetene. Politikeren mener på sin side at målekartene gir svært liten informasjon da det er forskjellige skalaer og disse ikke er spesifisert i hvert tilfelle. Det kan derfor oppleves litt som at de står uten kontekst. Nøkkeltallene i rapportene gir politikeren mer informasjon, og han mener at det er mye nyttig og interessant informasjon i rapportene. Ordføreren forteller at også han noen ganger spekulerer på forholdene i målekartet, og hva de ulike skårene står i forhold til. Han synes likevel rapportene med målekartene gir politikere god bakgrunn for å forstå hvilken retning kommunen beveger seg i. De to politikernes bruk av rapportene og målekartet kan forstås som at det er en orientering til dem hvor de har mulighet til å gjøre budsjettmessig justeringer for å korrigere kursen.

4.7.2 Rapportering på avvik i enhetene

På enhetsnivå driver de systematisk med kvalitetssikring gjennom bruk av et avvikshåndteringssystem kalt Compilo, og det beskrives at helsesektoren er den sektoren som har kommet lengst på dette området. De ansatte melder inn avvik på alt fra manglende dopapir på et pasientrom til avvik på atferd. Flere av informantene forteller at avvikene behandles på lavest mulig nivå og går derfor til nærmeste leder. Dersom lederen ikke klarer å lukke avviket går det videre til hans leder og følger med andre ord delegeringsreglementet. De avvikene som går helt til kommunedirektøren er gjerne avvik som enhetene ikke klarer å løse innenfor sin

økonomiske ramme. Kommunedirektøren trekker frem behov for nytt ventilasjonsanlegg som et eksempel her.

Begge enhetslederne forteller at det flere ganger rapporteres på uetisk atferd eller tvang og makt for eksempel, og at det derfor er tydelig at de har en standard for hvordan man oppfører seg. I enkelte tilfeller hender det at den ansatte rapporterer på seg selv om for eksempel bruk av tvang uten at det foreligger et vedtak om tvang. Den ansatte er dermed klar over avviket, og ofte er det ifølge enhetsleder helsesenteret gode grunner til slike avvik som for eksempel den ansattes egen eller andre pasienters sikkerhet. Enhetsleder helsesenteret forteller at de da kaller inn til samtale og ser eksempelvis på hvorvidt det kan være behov for vedtak om tvang.

Videre forteller begge enhetslederne om at de utarbeider risiko- og sårbarhetsanalyser for å kartlegge hvilke farer det kan være med de ulike arbeidsprosedyrene. Dette gjelder alt fra brannvern til legemiddelhåndtering. Ros-analysene brukes til å utarbeide arbeidsrutiner som de ansatte skal jobbe etter.

Ja det er liksom hele hjulet da at du Ros-analyserer, utarbeider rutiner, evaluerer, også må man kanskje endre da. Det er nå sånn vi holder på. (Enhetsleder helsesenteret)

Rutinene blir således vurdert og eventuelt justert. Med denne typen rutiner på plass er det satt føringer for hvordan de ansatte skal opptre og utføre ulike arbeidsoppgaver. De rapporterer avvik dersom standardene og prosedyrene ikke blir fulgt. Det kan også være at det i enkelte tilfeller er behov for tiltak for å gjøre arbeidsprosedyrene trygge for både de ansatte og pasientene. Et eksempel som enhetsleder helsesenteret trekker frem i den forbindelse er at de ved utagerende pasienter hadde behov for bygningsmessige tilpasninger. Dette klarte de ikke å utføre innenfor de økonomiske rammene de hadde og meldte derfor avviket til kommunedirektøren. Tiltaket ble fremmet i forbindelse med tertialrapporten og politikerne bevilget de nødvendige midlene. Dette viser sammenhengen mellom avvikshåndtering, rapportering og plansystemet. Det er her verdt å merke seg at politikerne ifølge enhetsleder helsesenteret ikke har innsyn i avvikene som rapporteres. De får kun denne informasjonen gjennom rapporteringen fra kommunedirektøren og hans stab.

4.7.3 Administrasjonsnivåets slutning av styringssirkelen

Kommunedirektøren benytter enhetsledermøtene til å ta opp saker som er av felles interesse for alle enhetslederne. Dette kan eksempelvis være fordeling av budsjett, internkontroll, varsling, tilsyn og så videre. Også her diskuterer de ifølge kommunedirektøren avvik mellom regnskapet og budsjettet, og både merforbruk og mindreforbruk blir diskutert. Rådgiver helse påpeker at de gode resultatene på for eksempel kommunebarometeret blir tatt opp i disse møtene og formidlet til enhetslederne som videreformidler ned i sine enheter. Kommunedirektøren påpeker også at han tar saker med seg fra enhetsledermøtene dersom han opplever det som nødvendig.

Hvis det er problemstillinger som jeg føler at det er nødvendig at vi diskuterer videre så tar jeg jo det med meg, også ber jeg jo kanskje en av rådgiverne om å analysere det nærmere, også tar vi det opp igjen i strategisk ledergruppe [kommunedirektørens stab], så da er det jo en prosess på det. (Kommunedirektøren)

Enhetsledermøtene gir med andre ord administrasjonen innspill til saker de bør gå nærmere inn i å vurdere om det skal gjøres en strategisk endring eller ei. I tillegg er også omsorgsforum, et månedlig møte mellom rådgiver helse, nav og de tre enhetslederne i helse- og omsorgssektoren, en arena for å avdekke behov, rapportere på avvik og diskutere utfordringer, for eksempel kapasitetsutfordringer. Rådgiver helse beskriver forumet som et forum der de har hånda på pulsen og ser på hvordan er situasjonen nå. Enhetsleder hjemmetjenesten forteller at dette er et fint forum for å sparre med hverandre, i tillegg til å være et bindeledd mellom rådhuset og enhetene. Her tar de for eksempel opp nye føringer og meldinger fra myndighetene, og hvilke endringer dette eventuelt medfører for driften av enhetene. Implementeringen av Helseplattformen er her et eksempel som trekkes fram av enhetsleder helsesenteret. Han forteller at de i omsorgsforum kan uttrykke hvilke behov de har og også kanskje finne ut at andre enheter har enda større behov. Gjennom slike diskusjoner kan de sammen komme frem til en felles prioritering til innspillene til handlingsplan.

Enhetsledermøtene og omsorgsforum blir altså brukt til å presentere utfordringsbildet, diskutere mulige løsninger på utfordringene, tenke helhetlig som kommune og overordnet prioritere tiltak innenfor helse og omsorg. Her ser de både bakover på den måloppnåelsen som har vært, og framover mot de nye målene og justeringene som er nødvendig.

4.7.4 Styringssirkelen sluttet også på politisk nivå

I det daglige har kommunedirektøren mye kontakt med ordføreren. Både kommunedirektøren og ordføreren er enige i at de leder hvert sitt område, og beskriver seg som henholdsvis innenriksministre og utenriksminister. Ordføreren styrer politikken, men kommunedirektøren styrer innad i kommune. Kommunedirektøren beskriver at han styrer nedover og gir råd oppover, altså til politikerne. Møtene mellom kommunedirektøren og ordføreren brukes mye til å gi støtte og veiledning til ordføreren gjennom at kommunedirektøren besvarer spørsmål og holder ordføreren oppdatert, forklarer ordføreren. Kommunedirektøren påpeker at en stor del av hans rolle er å spille politikerne gode og gi dem gode beslutningsgrunnlag. Ordfører følger på vegne av kommunestyret opp i sakene som pågår.

For øvrig følger også utvalgene, formannskapet og kommunestyret med på at de vedtatte tiltakene blir iverksatt og gjennomført. Det hender også at tiltak blir skrotet eller endret.

Vi sier i kommunestyret at et vedtak gjelder jo til et nytt blir gjort, så hvis vi har vedtatt ting for fire år så står det jo ikke skrevet i stein at det blir slik i neste handlingsplan.
(Politikeren)

Tiltak kan med andre ord bli omgjort eller erstattet med et annet dersom politikerne finner det som mer hensiktsmessig. På denne måten kan de justere kursen og strategien ved neste handlingsplan som tar opp i seg de nye behovene og utfordringene enhetene står ovenfor.

4.8 Oppsummering

Oppsummert er dette altså en kommune som opplever at de driver godt og leverer gode resultater, men som også har sine utfordringer med tanke på både økonomi, kapasitet og kompetent personell. Til tross for at eldreomsorgen beskrives som godt utbygd, ser de behov for å øke kapasiteten ytterligere gjennom mer bygningsmasse og mer personell. De økonomiske rammene strammes likevel inn og helse- og omsorgssektoren er bedt om å effektivisere og kutte kostnader. I tillegg har kommunen måttet omprioritere penger fra skole og oppvekst til helse og omsorg. Politikerne er her viktige i og med at de setter de økonomiske rammene og fordelingen av de tilgjengelige midlene i kommunen, og således avgjøre hvilke tiltak enhetslederne kan iverksette.

Kommunen har dessuten erfarne enhetsledere inne helse- og omsorgssektoren som har et godt samspill med kommuneadministrasjonen. Samtidig er også samhandlingen mellom enhetsledere, kommuneadministrasjonen og politikerne god, og de er enige i de utfordringene kommunens helsesektor står ovenfor. Det er også enighet om at enhetslederne er fagpersonene innen helse og omsorg, og at politikerne bare kan sette rammene og ambisjonsnivået for tjenesteutøvingen til de to enhetene. Ifølge kommunedirektøren er det enhetslederne som faktisk driver kommunen.

Et annet viktig faktum som trekkes frem av flere informanter med tanke på styringen av kommunens helse- og omsorgssektor er nærheten og relasjonene mellom enhetslederne seg i mellom, og også mot kommuneadministrasjonen. Enhetslederne beskriver en arbeidshverdag hvor de opplever stor frihet og mulighet til å bruke sin kompetanse til å finne de beste løsningene i sin enhet. Delegeringsreglementet samt de øvrige retningslinjene og lovene tydeliggjør ansvar og krav til driften av kommunen og helsesektoren på en formell måte. Tilliten til hverandre og lojaliteten til tjenesteveien fremheves likevel som svært viktig for samhandlingen og samarbeidet. Videre beskrives tilliten mellom enhetslederne og kommuneadministrasjonen som avgjørende med tanke på at styringssystemet er tillitsbasert.

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg drøfte den presenterte empirien opp imot teorien for å belyse problemstillingen, hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Først diskuteres styringspakkens sammensetning, før denne ses opp imot spakene i rammeverket til Simons (1995a, b). Deretter diskuteres betydningen en organisasjonskultur preget av tillit og lojalitet til tjenestevei har for styringen av hjemmetjenesten og helsesenteret. Til sist drøftes det hvordan dynamikken mellom de muliggjørende og grensesettende spakene kan gi enhetslederne en opplevelse av svært stor handlingsfrihet.

5.1 Styringspakkens sammensetning

Kommunen skal ved økonomistyring og bruken av styringssystemet sitt forsøke å løse en vanskelig oppgave. De skal sørge for at kommunens innbyggere har gode helsetjenester i tiden fremover med økte behov og knappe ressurser. Kommunens valg av innføring av resultatledelse kan anses som en del av NPM-trenden (Pettersen, 2011; Kurunmaki, Lapsley og Melia, 2003; Hood, 1995). Gjennom fokuset på resultater har helsesektorens kvalitet og prestasjoner blitt kvantifisert, og blir nå evaluert gjennom en rekke kvantitative måltall. På denne måten kan det ha blitt lettere for kommunen å delegere bort og samtidig ansvarliggjøring resultater (Hood, 1995). Den kybernetiske styringen eller den administrative styringen som det også kan betegnes som (Malmi og Brown, 2008; Hopwood, 1974), består av årsbudsjettet, årsmeldingen og tertialrapporter med rapportering på målekartene og sammenligning med KOSTRA-tallene, samt kartleggingsverktøy slik som Iplos. Ved å definere måleindikatorer som det kan rapporteres på kvantitativ og som inneholder prestasjonsmål kan man sammenligne (Malmi og Brown, 2008) og dermed si noe om prestasjonene er forbedret eller forverret. En kan likevel sette spørsmålsteget med hvorvidt helse- og omsorgstjenester egentlig lar seg kvantifisere ned til 20-30 måleindikatorer i målekartet. På den ene siden kan man argumentere for at summen av målekartet, tilleggsteksten i tertialrapportene, og bruker- og medarbeiderundersøkelsene kan gi et representativt bilde av prestasjonene i helse- og omsorgssektoren til tross for at måloppnåelsen vurderes i henhold til kvantitative tallverdier. Det er likevel tydelig at flere av informantene mener at disse rapporteringene kanskje ikke gir det fulle og hele bildet.

Planlegging er et annet element i midtseksjonen til Malmi og Brown (2008) sin modell, og er viktig for styringen av kommunen og helsesektoren for å sørge for måloppnåelse i form av eksempelvis å ha nok tilgjengelige sykehjemsplasser. Gjennom de langsiktige planene, kommuneplanens samfunnsdel og helse- og omsorgsplanen, og den mer kortsiktige handlingsplanen kan kommunen sette retningen for helsesektoren og vise medarbeiderne hvordan helsesektoren skal utvikles og driftes (Malmi og Brown, 2008). På denne måten brukes planene som styringsverktøy gjennom å sørge for at det politikerne, kommuneadministrasjonen og enhetslederne gjør på kort sikt er i henhold til de langsiktige ønskene og målene for kommunen (Chenhall, 2003; Abernethy og Chua, 1996; Flamholtz et al., 1985; Malmi og Brown, 2008; Simons, 1995b). For å ha sjans til å imøtekomme de økte behovene i helse- og omsorgssektoren er kommunen tvunget til å gjøre tiltak i dag som å kutte kostnader og justere tjenestenivået. Dette kommuniseres altså gjennom plansystemet. Eksempelvis kan en justering av omsorgstrappen i retning av at man må ha et større behov før man får en institusjonsplass være nødvendig for å fremover kunne tilby helse- og omsorgstjenester til flere innbyggere.

Kommunen har en flat struktur hvor enhetslederne rapporterer direkte til kommunedirektøren. Dette skaper en nærhet mellom administrasjonen og enhetslederne, og enhetenes utfordringer løftes opp til politikerne via kommuneadministrasjonen. Styringen av kommunens hjemmetjeneste og helsesenter skjer nettopp gjennom dette samspillet mellom politikken og administrasjonen, i tillegg til enhetsledernes styring innad i enhetene. Det at de fleste lokalpolitikere er fritidspolitikere gjør noe med maktbalansen mellom politikerne og administrasjonen (Ølberg, 2012). Kommunedirektøren i kommunen mener likevel han skiller sterkt mellom politikk og administrasjon, og vektlegger at administrasjonens jobb er å gjøre faglige utredninger og vurderinger for så å jobbe ut ifra det politikerne har vedtatt. Dette trekker i retning av faglig uavhengighet som Jacobsen et al. (2021) omtaler. Kommunedirektøren har likevel svært stor påvirkningskraft, og tillegges mer makt jo mindre politikerne leser og setter seg inn i saksdokumentene. Det politiske spillet og den politiske virksomheten med kommunestyremøter, gruppemøter og lignende blir en del av styringssystemet i form av kommunens organisering og administrative styring (Malmi og Brown, 2008).

Kommunens tjenestekriterier, omsorgstrappen, samt de mange rutinene og prosedyrene som kvalitetssikres ved hjelp av Compilo, er også å anse som en del av den administrative styringen (Malmi og Brown, 2008; Hopwood, 1974). Compilo er et styringsverktøy i form av å synliggjøre avvik og således lede de ansatte til å handle i tråd med kommunens mål om å gi

gode og forsvarlige helsetjenester (Flamholtz et al., 1985; Abernethy og Chua, 1996; Merchant og Van der Stede, 2012). Bruken av omsorgstrappen gir inntaksteamene retning til å gi vedtak på tjenester etter de riktige kriteriene som igjen er viktig for at kommunen skal nå målsetningen om å tilby innbyggerne helsetjenester på riktig tjenestenivå (Flamholtz et al., 1985; Abernethy og Chua, 1996; Merchant og Van der Stede, 2012). Reformen og lovverket øker fokuset på likebehandling (Hedlund et al., 2021) og vedtaksskrivingen beskrives som omfattende og mer krevende i dag, dette har tvunget frem opprettelsen av forvaltningskontoret.

Den felles oppfatningen om samarbeid, tillit til hverandre og utøvelse av helsetjenester til pasientens beste ser ut til å være en viktig del av organisasjonskulturen, og det er tydelig at kulturen har stor betydning for den sosiale styringen (Malmi og Brown, 2008; Hopwood, 1974). Dessuten er de mange ulike møtene i organisasjonen en viktig del av økonomistyringen (Anthony, 1965; Merchant og Van der Stede, 2007; Flamholtz, Das og Tsui, 1985). Avdelingsledermøtene samt ledermøtene på tvers av enhetene er trolig med på å skape en bedre samhandling mellom enhetene og opprettholde samhold, tillit og felles verdier. Slik sett kan det argumenteres for at kommunens ulike møter har verdi og påvirkning på både organisasjonskulturen, de sosiale normene og verdiene i kommunen (Chenhall, 2003; Flamholtz et al., 1985, Malmi og Brown, 2008; Hopwood, 1974).

5.2 Bruken av styringssystemet for å implementere strategi

5.2.1 Flere styringsverktøy brukes diagnostisk og interaktivt om hverandre

Mine funn tyder på at flere av styringsverktøyene brukes både diagnostisk og interaktivt, og at de henger nært sammen. Dette er i tråd med Tessier og Otley (2012) sin tanke om at styringssystemene nettopp kan brukes både interaktivt og diagnostisk. Tertialrapportene og målekortet er for eksempel tema ved flere av de ulike møtene som avholdes i kommunen. Møtene kan anses som egne styringsverktøy eller styringsmekanismer (se blant annet Chenhall, 2003) hvorpå også disse kan brukes både diagnostisk og interaktivt.

Enhetslederne innen helse har flere møtepunkter med hverandre og sine over- og underordnede. Leder møtene mellom enhetene og i enhetene samt omsorgsforum er alle møtepunkter for å diskutere status innen helse- og omsorgssektoren og for å luften problemstillinger og utfordringer med de andre. Ved å bruke disse møtene til å avdekke avvik og behov i enhetene, i tillegg til å ha hånda på pulsen, vil jeg si at møtene brukes diagnostisk. Det gir møtedeltakerne tilbakemelding på hvordan ståa er og for eksempel hvilke kapasitetsutfordringer man ser for

seg. Til tross for at diskusjonene i møtene ikke nødvendigvis er koblet opp imot prestasjonsindikatorer slik Simons (1995b) vektlegger, er de likevel informasjonsdrevet og søker å avdekke avvik. Avvikene kan kanskje tidvis være av en mer opplevd karakter, enn formalisert i en prestasjonsindikator, men representerer likefullt enhetsledernes opplevelse av avvik fra retningen og målene kommunens helsesektor forsøker å nå. Møtevirksomheten mellom lederne av helseenhetene er viktig for den kontinuerlige, regelmessige og mer formelle dialogen. Som Simons (1995b) påpeker tillater det interaktive systemet å tenke fremover mot nye muligheter og strategier, mens det diagnostiske systemet i større grad ser seg bakover. På disse tre møtene er flere av de typiske diagnostiske styringsverktøyene slik som målekartet og årsbudsjettet gjenstand for diskusjoner, for å tenke på fremtiden og nye strategier som kan og bør iverksettes for å imøtekomme den enorme etterspørselen for helse- og velferdstjenester. Således kan en tenke på møtene som en måte å interaktivt bruke Compilo, tertialrapportene med målekartet samt årsbudsjettet. Jeg vil likevel argumentere for at møtene i seg selv er å anse som styringsverktøy med tanke på den koordinerende, sosiale og mellommenneskelige funksjonen de også har (Hopwood, 1974; Chenhall, 2003).

Møtene har nemlig en svært viktig sosial funksjon i form av å være hverandres sparringspartnere, og i form av læring av hverandre. De mellommenneskelige elementene som ikke er en del av Simons (1995b) sin definisjon av verken det diagnostiske eller det interaktive systemet er trolig likevel viktig for møtenes totale funksjon i styringssystemet. Ledermøtene på tvers av enhetene gir mulighet for samordning av for eksempel ferieavvikling. Dette kan ses på som en personalstyring som er viktig for de ansatte i form av å oppleve rettferdighet og likebehandling, som igjen kan være med på å øke sannsynlighetene for at de jobber i tråd med helsesektorens mål (Chenhall, 2003). De tre møteforumene gir også mulighet for interaktivt å jobbe med handlingsplanen gjennom dialog omkring tiltakene som spilles inn til handlingsplanen. Dette vil igjen kunne bidra til at kommunens helseenheter drar i samme retning, og muligens reduserer sannsynligheten for at omsorgstrappen kollapser og kapasitetsutfordringene blir overveldende.

Handlingsplanen kan anses som et styringsverktøy i tråd med Simons (1995a, b) sin beskrivelse av det diagnostiske systemet. Når kommunestyret har vedtatt handlingsplanen har de egentlig vedtatt en lang rekke mål de ønsker skal oppfylles i løpet av planperioden. Standarden for tjenesteytingen i helse- og omsorgssektoren er satt. Hvordan enhetslederne på sin side ønsker å løse oppgavene er opp til dem.

Kommunedirektøren bruker på sin side handlingsplanen også interaktivt (Simons, 1995a, b). Under utarbeidelsen av handlingsplanen har kommuneadministrasjonen møter med enhetsledere, tillitsvalgte, samt at kommunedirektøren har tett kontakt med ordføreren gjennom året. Innspillene diskuteres i ulike fora og med den strategiske ledergruppen, også kalt kommunedirektørens stab. Gjennom prioriteringen og forslaget til handlingsplan som legges frem for politikerne har således kommuneadministrasjonen staket ut en retning for videre utvikling, satt fokus på det de anser som de viktigste tiltakene og tatt hensyn til de strategiske usikkerhetene man ser for fremtiden (Simons, 1995b). Deretter bruker politikerne forslaget til handlingsplanen interaktivt i dialog med andre partier for å forhandle frem kompromisser og kommunisere hvilke tiltak de mener kommunen bør fokusere på.

For en tid tilbake flyttet kommunen penger fra skole og oppvekst til helse og omsorg som følge av de endrede demografiske fremskrivningene. Dette beskrives som en nødvendig prioritering for å skulle nå målene innen helse og ta hensyn til de strategiske usikkerhetene (Simons, 1995b) som følger med eldrebølgen. Denne bruken av handlingsplanen og årsbudsjettet handler nettopp om å se kommunen som en helhet. Sektorene skal bevilges de midlene de trenger, verken mer eller mindre, derfor vil et mindreforbruk være like alvorlig som merforbruk fordi da har ikke den økonomiske «prestasjonsstandard» truffet helt eller det er tiltak som ikke er iverksatt.

Tertialrapportene er nært knyttet til handlingsplanen og årsbudsjettet, og kan fordre endringer på handlingsplanen. Eksempelet om bygningsmessige tilpasninger for å ivareta sikkerheten til de ansatte og de utagerende pasientene ved helsesenteret, er et slikt tilfelle hvor det ble gjort en konsekvensjustering for å få midler til tiltaket uten å måtte vente til neste handlingsplan. Således kan nok både handlingsplanen, årsbudsjettet, tertialrapportene og årsmeldingen ha funksjoner som trekker i retning av å være en del av det diagnostiske styringssystemet (Simons, 1995a, b). Likevel mener jeg bruken av disse styringsverktøyene støtter tanken til Tessier og Otley (2012) om at disse styringsverktøyene kan og blir brukt både diagnostisk og interaktivt da de både måler resultater og fordrer kommunikasjon. Som diskutert angående ledermøtene i enhetene og omsorgsforum mener jeg møtene mellom kommuneadministrasjonen og enhetslederne i kommunen er en del av styringssystemet i seg selv, men er også med på å skape interaktiv bruk av de mer typiske diagnostiske styringsverktøyene slik som tertialrapportene.

Bruken av tertialrapportene innebærer i så måte altså bruken av målekartene. I styringsdialogen mellom enhetsleder hjemmetjenesten og kommunedirektøren er målekartene gjenstand for diskusjon. Målekartet er et veldig typisk diagnostisk styringsverktøy med en rekke prestasjonsstandarder hvor det også på forhånd er satt opp en ønsket skår for hver av indikatorene (Simons, 1995a, b). Eksempelvis nevnes fallforebygging som en av prestasjonsindikatorene. Informantene påpeker at det er vanskelig å finne de riktige indikatorene, men at målekartet i alle fall delvis gir et bilde av innsatsen i hjemmetjenesten og på helsesenteret. Nettopp fordi det er vanskelig å gjennom målekartet gi det fulle bildet av den helsetjenesten som leveres, er styringsdialogen viktig for kommunedirektøren. Samspillet mellom interaktiv og diagnostisk bruk av målekartet er avgjørende i kommunen for at det skal ha styringsverdi. Om helsesenteret skårer dårlig på måleindikatorene som skal si noe om pasientenes opplevde kvalitet vil det nødvendigvis være av betydning at kommunedirektøren tar opp avviket med enhetslederen og at de sammen kan gjøre endringer. Samtidig kan det være læring i målekartet som er med på å drive den faglige utviklingen slik enhetsleder helsesenteret beskriver. Målekartet er en måte å synliggjøre måloppnåelse og prestasjoner (Simons, 1995b) ovenfor kommunedirektøren, men også for enhetslederne og ansatte i hjemmetjenesten og på helsesenteret. Således er altså målekartet et eksempel på at en kvantifisert rapport også har behov for å bli gjennomgått og diskutert ansikt-til-ansikt for å få økt styringsverdi. Da kommunedirektøren har svært stor påvirkningskraft på prioriteringen av forslag inn i handlingsplanen er det helt avgjørende at enhetslederne nettopp kommuniserer hvor skoen trykker med tanke på å i fremtiden både tilby gode helsetjenester og nok helsetjenester. Målekarter må derfor fange opp «problemområdene», men dette er samtidig vanskelig da det er utfordrende å finne gode måleindikatorer for helsetjenestene.

Sett fra politikernes side vil jeg argumentere for at også de bruker handlingsplanen interaktivt med tanke på sin politiske virksomhet. De ser etter muligheter for å tilby bedre helse og omsorgstjenester til innbyggerne, og jobber opp imot handlingsplanen gjennom hele året. Som en del av det interaktive systemet tvinger handlingsplanen nettopp frem en kontinuerlig dialog og forhandling mellom politikerne (Simons, 1995b). På den andre siden bruker politikerne tertialrapportene og årsmeldingene i liten grad utover å eventuelt vedta tilleggsbevilgninger. Rapportenes og plansystemets store omfang kan trekke i retning av mindre interaktiv bruk fra politikernes side, og det ser ut til at tertialrapportene og årsmeldingen i størst grad er å anse som en del av det diagnostiske styringssystemet til politikerne.

Det ser ut til at kommunen har en relativt løs bruk av det diagnostiske styringssystemet. Mange møter og utstrakt dialog, samt stor tillit mellom de ulike aktørene i kommunen, hvilket jeg kommer tilbake til senere, ser ut til å fordre denne løse bruken av de diagnostiske styringsverktøyene. Årsmeldingen og tertialrapportene med målekart, KOSTRA-tall og mer ser eksempelvis ut til å være viktig når det kommer til å skape bevissthet og dialog om hvorvidt helsesenteret og hjemmetjenesten leverer helsetjenester av tilstrekkelig god kvalitet.

5.2.2 Hjemmetjenesten og helsesenterets grensesettende systemer

Helsesektorens verdier har ikke utelukkende som oppgave å inspirere, motivere og gi retning til atferden. Verdiene kan også fungere begrensende. Eksempelvis kan kjerneverdien «respekt» fra helsesenterets visjon- og verdigrunnlag rette fokus mot en viss type atferd ovenfor pasienter og kolleger, og samtidig sier det noe om at eksempelvis handlinger som ikke respekterer pasienten er uønsket i organisasjonen. Således angir for eksempel visjon- og verdigrunnlaget en minimumsstandard for helsesenterets medarbeideres atferd, og er å anse som en del av grensesystemet (Simons, 1995b) og er i litteraturen ansett som sosiale grensesystemer (Tessier og Otley, 2012). I forlengelsen av dette med verdier som respekt, kommer helsesektorens etiske retningslinjer inn. Uten at helsemedarbeiderne i det daglige leser dem, brukes de aktivt i indirekte forstand gjennom å melde avvik på hendelser som ikke følger de etiske retningslinjene. Sammen med helse- og omsorgssektorens svært mange lover og regler hvilket det også meldes avvik på, utgjør de etiske retningslinjene en viktig del av helsesektorens grensesystem (Simons, 1995a).

Gjennom tydelige lover og retningslinjer er det klart for medarbeiderne hvilken atferd som er uønsket og enhetene kan dermed unngå uheldige hendelser. Det faktum at både de ansatte selv og andre kolleger melder inn avvik på atferd i Compilo trekker i retning for at det finnes en norm og en standard for atferden i enhetene. Det kan tenkes at dette stammer fra mellomliggende faktorer i det sosiale samspillet mellom mennesker, og ikke utelukkende stammer fra de formaliserte og nedskrevne retningslinjene samt lovverket. I så måte kan det trolig anses som en del av organisasjonskulturen (Malmi og Brown, 2008; Flamholtz et al., 1985; Chenhall, 2003; Hedlund et al., 2021) og favner dermed bredere enn Simons (1995b) sin definisjon av styringssystemet. Samtidig kan det at avvikene diskuteres med nærmeste leder og eventuelt i ledermøtene minne om en interaktiv bruk (Simons, 1995b) av avvikshåndteringssystemet.

En av informantene i studien påpeker at lovverket omkring tjenesteytingen i helse- og omsorgssektoren ikke først og fremst er begrensende, men mer førende. Dette er i tråd med Adler og Borys (1996) sin tanke om at formalisering kan være positivt og effektiviserende. Simons (1995a, b) beskriver grensesystemet som ledernes måte å si hva som ikke skal gjøres, og det skal begrense mulighetssøkende atferd, samt hjelpe kommunen til å unngå risiko. Gjennomføring av ROS-analysen og utvikling av rutiner og prosedyrer som igjen evalueres etter noe tid, er også å tolke som en del av grensesystemet i enhetene. På denne måten kan man kartlegge farer som bør unngås og kan nettopp gi helsemedarbeiderne føringer for hvordan eksempelvis legemiddelhåndtering bør foregå, og i alle fall hva som ikke bør skje. Gjennom gode ROS-analyser kan det for eksempel synliggjøres behov for bygningsmessige tilpasninger og utvikles gode rutiner for at helsemedarbeideren på en trygg måte skal kunne håndtere utagerende pasienter. ROS-analyser og prosedyrer kan således tenkes å være en viktig trygghet for både lederne, medarbeiderne og pasientene, og en måte for lederne å kommunisere uønskede handlinger.

Forøvrig er delegeringsreglementene i kommunen betydningsfulle i styringen av kommunen og helsesektoren. Kommuneadministrasjonen uttrykker at det er stor tiltro til at enhetslederne leverer det de skal. Delegeringsreglementet fra kommunedirektøren til de to enhetslederne tydeliggjør i så måte hvilke ytre rammer enhetslederne har å jobbe innenfor, og er således veldig i tråd med Simons (1995b) sine tanker omkring grensesystemet. Kommunen er en kompleks organisasjon hvilket betyr at kommunedirektøren må delegerer ut ansvar. Friheten til å alltid handle til pasientenes beste som trossystemet representerer, bremses og begrenses av delegeringsreglementet. Det enorme aktiviteten innen helsesektoren krever ikke bare gode bremses (Simons, 1995a, b) for enhetslederne, men enhetslederne må også sørge for at de har gode bremses ovenfor sine underordnede. Derfor har også enhetslederne sine delegeringsreglement. Med så kompleks drift og med så mange ansatte er samtidig tillit til hverandre avgjørende. Simons (1995a) peker på det faktum at tydelige grenser i slike tilfeller er særdeles viktig. Det er tydelig at studiens informanter er positive til at delegeringsreglementet gir såpass klare ansvarsområder, da det også tydeliggjør hvor stort handlingsrommet egentlig er.

Handlingsrom i form av delegert myndighet er en ting, en annen ting er handlingsrommet som årsbudsjettet gir. Handlingsplanen setter føringene for budsjettet, er trolig også selv en del av grensesystemet (Simons, 1995a, b). Sammen setter handlingsplanen og årsbudsjettet tydelige

grenser for hva enhetslederne kan gjøre og ikke gjøre. Ovenfor enhetslederne kan politikerne begrense hvor mye midler som skal gå til tiltak i helsesektoren. Politikerne, med hjelp av kommuneadministrasjonen, skal som informantene beskriver fordele pengesekken på alle kommunens tjenesteområder. De skal på denne måten sørge for at økonomistyringen i kommunen som helhet er god og de må unngå at det brukes for mye penger. Ved å gjennom handlingsplanen og årsbudsjettet vedta hvilke tiltak helsesektoren får midler til og hvor mye, setter de opp rammene som enhetslederne må forholde seg til. Dersom det ikke bevilges midler til en økning av dagtilbudet, kan faktisk ikke enhetslederne sette i gang et slikt prosjekt. Det er naturlig å tenke at enhetslederne vil mye mer enn de får muligheten til å gjennomføre. Selv om pasienten og helsemedarbeidernes trivsel og velferd står i fokus er det slik i den kommunale driften at midlene må fordeles, og det er således avgjørende å gjøre dette eksplisitt. Det er likevel ikke slik at handlingsplanen og årsbudsjettet låser enhetslederne helt, da de arbeider ut ifra rammetilskudd vedtatt av politikerne. Om de så i sine egne detaljbudsjett prioriterer at flere av de ansatte får videreutdanning og heller senke reisekostandsposten står de fritt til det.

Samtidig ser det ut til at handlingsplanen og årsbudsjettet også er begrensende for politikerne. Ordføreren og politikerne synes politikerne får begrenset den politiske aktiviteten noe som følge av plansystemets iboende treghet og manglende fleksibilitet. Dette kan være positivt i form av at sakene blir mer gjennomtenkte om de følger de prosessene som plansystemet legger opp til, og at kommunen således unngår at politikerne for eksempel bevilger midler langt utover handlingsregelen som kan føre kommunen inn i en dårlig økonomisk situasjon (Simons, 1995a, b). På den andre siden kan denne tregheten medføre at det går flere år før en økning i antall plasser ved helsesenteret og hjemmetjenesten er på plass og kommunen kan imøtekomme morgendagens behov. Slik sett kan det tenkes at plansystemet på godt og på vondt setter begrensninger for utviklingen av helsetjenestene i kommunen. Når det er særlige behov, slik som i eksempelet om de utagerende pasientene som enhetsleder helsesenteret omtalte, må det likevel anses som avgjørende at verktøyene i grensesystemet også rommer den nødvendige fleksibiliteten, jamfør Simons (1995a, b) sin diskusjon om frihet versus begrensninger.

5.2.3 Trossystemet som retningsgivende styringssystem

Kommunen har flere styringsverktøy som er å regne som en del av trossystemet. Disse kommuniserer systematisk hvilke verdier og visjoner kommunen har. Kommunen har som overordnet visjon at innbyggerne skal leve et godt liv i kommunen. Kommuneplanens samfunnsdel er i så måte en utstrakt formalisering og beskrivelse av denne visjonen (Simons,

1995b). Kommuneplanens samfunnsdel tegner de lange linjene og slik sett gjennomsyrrer den hele den kommunale driften, og tegner et bilde av at det skal skapes mest mulig helse og at helsetjenestene skal ytes på lavest mulig omsorgsnivå eksempelvis. Dette betyr at denne planen skal gi retning til utviklingen av helse- og omsorgssektoren, samt tydeliggjøre hvilke forventninger som stilles til ytelse fra helse- og omsorgsplanen (Simons, 1995a, b). I tråd med Simons (1995b) sine tanker om trossystemet er ikke kommuneplanens samfunnsdel egnet til å måle måloppnåelse da det ikke er konkret nok formulert. Kommuneplanens samfunnsdel er heller ment til å kommunisere hvilken hovedretning politikerne ønsker for kommunen.

Ut ifra kommuneplanens samfunnsdels visjon om det gode liv har kommunen utformet en arbeidsgiverstrategi som sier litt hvordan det skal være å jobbe i kommunen og hvilke verdier de går ut i fra. Arbeidsgiverstrategien gjelder for hele kommunen og favner således alle organisasjonens aktører, i tillegg er den formell og informasjonsbasert og søker å opprettholde et godt arbeidsmiljø i organisasjonen (Simons, 1995a, b). Således er arbeidsgiverstrategien av de formelle styringsverktøyene i trossystemet i henhold til Simons (1995a, b) sin definisjon.

Det er likevel verdt å merke seg at informantene beskriver at de er klare over og vet godt om arbeidsgiverstrategien, men de bruker den ikke nødvendigvis i det daglige og husker ikke det nøyaktige innholdet. Det kan derfor tenkes at de innebygde verdiene til helsemedarbeiderne er av større betydning enn de nedskrevne verdiene som skal representere kommunen. Likevel er det sannsynlig å tenke at de formaliserte verdigrunnlagene som kommunen har utarbeidet, slik som arbeidsgiverstrategien, er med på å påvirke hvilke verdier som fremheves i kommunen generelt og som bakes inn i plandokumentene, og derigjennom har innvirkning på hjemmetjenesten og helsesenteret (Hopwood, 1974). De to helseenhetene er en del av en kommune som gjør driften svært kompleks hvorpå Simons (1995b) mener det er nødvendig med formalisering for å tydeliggjøre hvilken atferd som er akseptabel og ønsket. Det kan dog settess spørsmål med hvorvidt det er nok å kun formalisere verdiene, uten å videre sette krav til mer interaktiv bruk. Samtidig beskriver blant annet enhetslederen ved hjemmetjenesten at han kjenner seg igjen i verdiene, og slik sett er de nok et viktig element i styringen av kommunen til tross for at bruken ikke er særlig aktiv. Det kan altså virke til at enhetslederne i liten grad bruker arbeidsgiverstrategien direkte, men at den er innarbeidet i kulturen i kommunen (Malmi og Brown, 2008; Hopwood, 1974).

Helsesenterets visjon og verdigrunnlag er antageligvis mer sannsynlig å ha en styringseffekt for medarbeiderne enn arbeidsgiverstrategien til kommunen. Dette dokumentet er utarbeidet for helsesenteret spesielt og har derfor en større nærhet til de verdiene man finner i helse- og omsorgssektoren. I tillegg er dokumentet utarbeidet ut ifra de spesifikke utfordringene man ser på helsesenteret. Konkrete visjoner om fremtiden og hvordan man ønsker at det skal være på helsesenteret, samt systematisk presentasjon av hvilke verdier helsesenteret står for kan tenkes å inspirerer mer enn de litt vage og generelle verdiene definert i arbeidsgiverstrategien. I tillegg er det med på å tydeliggjøre kjerneverdiene ved helsesenteret, hvilket er viktig i en slik kompleks organisasjon (Simons, 1995a).

Bruken av de formelle verktøyene i trossystemet ser ut til å være lite aktiv. Helsemedarbeidernes typiske innebygde verdier som integritet, pasienten i fokus og medmenneskelighet kan tenkes å være viktigere for tjenesteytingen i helse- og omsorgssektoren enn formaliseringen av kommunens og helsesektorens verdier og visjoner. Enhetslederne beskriver de samme type verdiene som faglig forsvarlighet, trygghet og kvalitet til tross for at de ikke spesifikt bruker arbeidsgiverstrategien i det daglige. Slik sett støtter kanskje enhetsledernes bruk av kommuneplanens samfunnsdel, arbeidsgiverstrategien samt visjon- og verdigrunnlag-dokumentet Tessier og Otley (2012) sin tanke om at trossystemet ikke i seg selv er et styringssystem, men heller verktøy som kan være en del av andre styringssystemer. De verdiene og den organisasjonskulturen kommunen har, med en sterk innstilling til samarbeid, er trolig av ekstra betydning for å drive godt når det er vanskelig å måle kvaliteten på helsetjenestene.

Samlet sett tyder mine funn på at styringssystemet i kommunen brukes på ulike måter av de ulike aktørene, og at samme styringsverktøy slik som handlingsplanen kan benyttes på flere måter. Det er et samspillet mellom spakene, og styringsverktøyene får ulike funksjoner gjennom forskjellig bruk. Dette tyder med andre ord på at det kanskje ikke er styringsverktøyene i seg selv som er eksempelvis grensesettende eller interaktive, men at det heller er bruken som følger disse definisjonene, jamfør Tessier og Otley (2012). Det er heller ikke til å komme bort fra at styringsverktøyene er svært tett sammenkoblet og avhenger i stor grad av hverandre, og er således å anse som nettopp en styringspakke (Chenhall, 2003; Dent, 1990; Otley, 1980; Abernethy og Chua, 1996, Malmi og Brown, 2008).

5.3 Tillit og erfarne enhetsledere viktig for styringen

Studiens informanter er klare på at det er en god organisasjonskultur i kommunen, hjemmetjenesten og helsesenteret, og at den sosiale styringen (Hopwood, 1974) er en avgjørende del av styringssystemet. Simons (1995b) inkluderer det kulturelle elementet i sin definisjon av trossystemet, men det i form av det som er formalisert. Organisasjonskulturen i en organisasjon strekkes seg dog langt forbi de formelle rammene som lederne setter opp (Malmi og Brown, 2008). Som Flamholtz et al. (2018) definerer det er verdier, holdninger og sosiale normer som de ansatte deler med på å påvirke hvordan de tenker og hvordan de handler. I kommunen er stabilitet, lojalitet til tjenestevei, tillit til hverandre og sterkt pasientfokus en viktig del av organisasjonskulturen og er med på å legge premissene for arbeidet i helse- og omsorgssektoren. Dette trekker i retning av at det er nødvendig å definere styringssystemet bredere enn det Simons (1995b) gjør.

Informantene beskriver organisasjonskulturen i helsesektoren i kommunen som preget av at pasientene skal ha det trygt og godt, og leve et verdig liv helt til det siste. Dette er i tråd med de formaliserte verdiene som inngår i trossystemet. Det er derfor et sterkt faglig fokus og det er fokus på at pasientene skal motta helsetjenester av faglig god kvalitet. Hedlund et al. (2010) påpeker i likhet med Flomholtz et al. (2018) at kulturen således vil være førende i form av å si noe om hva som er uønsket og ønsket. Med en kultur preget av faglig fokus fordrer dette kompetanseutvikling og en kompetansekultur (Hedlund et al., 2010). Det høye faglige fokuset kombinert med humor og kreativitet gir det informantene beskriver som et godt fagmiljø. Helsemedarbeidernes ønske om å gi pasientene den beste mulige pleien og behandlingen via deres selvstyring (Hopwood, 1974) gir de administrative og sosiale styringsverktøyene slik som delegeringsreglementet og organisasjonskulturen forsterket effekt. Hjemmesykepleieren har fått tildelt en rekke oppgaver som skal gjennomføres i løpet av en vakt. Vedkommens selvstyring er således svært viktig og det er naturlig å tenke at det faglige fokuset som informantene beskriver at organisasjonens kultur bærer preg av, også påvirker hjemmesykepleierens utføring av oppgavene. Stoltheten over å levere gode helsetjenester, som løftet frem av rådgiver helse, er trolig også med på å øke hjemmesykepleierens motivasjon til gi hver eneste pasient helsetjenester av ypperste kvalitet.

En annen verdi som preger organisasjonskulturen er aktørens tillit til hverandre. Dette er ikke en formalisert verdi i tråd med Simons (1995b), men kan anses som en del av den sosiale

gruppestyringen (Hopwood, 1974; Ouchi, 1979). Over tid har det bygd seg opp en tillit mellom kommuneadministrasjonen og enhetslederne, men også til systemet og lovverket. Simons (1995a) påpeker at tydelige grenser for atferd er avgjørende der tillit og godt omdømme vektlegges. Kommunedirektøren er helt avhengig av å delegerer oppgaver til enhetslederne da det ikke er mulig for han å selv skulle detaljstyre alle enhetene. Delegeringsreglementet og plansystemet styrer i stor grad enhetslederne, samtidig vil tillit være avgjørende for at kommunedirektøren skal kunne stole på at de gjør det de skal og det som er faglig best. Slik sett komplementerer tillit som sosiale styringsverktøy de administrative styringsverktøyene som eksempelvis delegeringsreglementet og årsbudsjettet.

Kommunedirektørens tiltro til at enhetslederne presterer og leverer det som er forventet bunner gjerne i det Cäver og Siverbo (2011) betegner som kompetansetillit. De besitter faglig kompetanse på driften av hjemmetjenesten og helsesenteret i tillegg har de lang fartstid i sine roller. Kommunedirektøren påpeker at det er enhetslederne som driver kommunen, og i den forstand må kommuneadministrasjonen nesten ha tillit til at enhetslederne har den nødvendige kompetansen og erfaringen til å gjøre jobben sin. På den andre siden kan tillitsrelasjonen mellom kommunedirektøren og enhetslederne også anses som goodwill-tillit (Cäver og Siverbo, 2011). Nettopp fordi de to enhetslederne for hjemmetjenesten og helsesenteret har levert etter forventning år etter år, kan kommuneadministrasjonen ha tillit til at de to jobber for og er lojal til forpliktelsene ovenfor kommunedirektøren som har delegert ut ansvaret, og at de presterer etter beste evne. Goodwill-tillit kan også beskrive enhetsledernes tillit ovenfor hverandre og rådgiver helse da de har bevist at de jobber på lag, kan strekke seg for å hjelpe de andre og ønsker hverandre vel. Rådgiver helse påpeker at enhetsledernes tillit til han er avgjørende for å i det hele tatt få utført jobben sin.

Samtidig preges kommunen av institusjonell tillit (Cäver og Siverbo, 2011), altså en sterk tiltro til regelverket, retningslinjene og det kommunale plansystemet forøvrig. Kommunedirektøren beskriver at medarbeiderne i hjemmetjenesten og på helsesenteret og deres enhetsledere viser stor forståelse for regelverket og er tro til det styringssystemet kommunen har. Tilliten til de formelle verktøyene er en ting, en annen ting er tilliten til systemets saksgang som kommer til uttrykk gjennom lojaliteten til tjenestevei. Å følge delegeringsreglementet og tjenesteveien både oppover og nedover i organisasjonen beskrives som en fremtredende norm. Verken politikeren eller ordføreren snakker med enhetslederne uten at dette er avklart med kommunedirektøren. Enhetslederne tar heller ikke opp saker med politikerne direkte, men

forholder seg til sin leder, nemlig kommunedirektøren og lar det være opp til han å formidle videre. Saken om betalt matpause er et eksempel på akkurat dette. Selv om det trolig også for enhetslederne var viktig å få gjennomslag for dette tiltaket, gikk ikke de til politikerne direkte. De hadde tillit til systemet og at kommunedirektøren ville prioritere inn dette tiltaket. Politikerne uttrykker at han gjerne skulle sett mer av lobbyvirksomheten som de tillitsvalgte bedrev, men påpeker samtidig at de nok også har stor lojalitet til sine enhetsledere og kommuneadministrasjonen. Dette tyder på at normen om lojalitet til tjenestevei og tillit til systemet står svært sterkt også lengre ned i organisasjonen. Tiltaket om betalt matpause i alle kommunens avdelinger har tross alt vært spilt inn flere ganger uten at de tillitsvalgte var såpass aktive, hvilket kan tenkes å tyde på at det skal mye til før man setter den institusjonelle tilliten til side.

Styringen i kommunen og dens helse- og omsorgssektor preges altså av at det er tillit mellom aktørene. Kommunedirektøren beskriver en takhøyde for å diskutere og være kritisk, og fremhever at motstand gir kraft til endring. Således er tilliten mellom kommuneadministrasjonen og enhetslederne ikke bare viktig for tryggheten om at enhetene blir styrt på en tilfredsstillende måte, men også viktig for den strategiske utviklingen. De nære relasjonene mellom enhetslederne og kommuneadministrasjonen og dere trygghet på hverandre tyder på at det er sosiale styringsmekanismer som er med på å regulere atferden. Det er sannsynlig å tenke at kommunens størrelse og enhetsledernes lange erfaring og god kjennskap til hverandre, og utfordringene i ulike deler av kommunen som nettopp muliggjør denne typen relasjoner. Således kan åpenhet, trygghet og rom for diskusjoner være en del av denne gruppens normer og verdier, og er altså en del av den sosiale styringen (Hopwood, 1974). Ved at det er akseptert i enhetsledergruppen og kommuneadministrasjonen at man i eksempelvis enhetsledermøtene kan gi motstand og utfordre hverandre, er det sannsynlig at de kan komme frem til strategisk bedre løsninger på fremtidens kapasitetsutfordringer for eksempel. Relasjonene og det sosiale samspillet er således også en brikke i den totale styringen av kommunens helsesektor, og sjeldne utskiftninger av enhetsledere ser derfor ut til å være en fordel i så måte.

Sammen med de administrative og sosiale styringsverktøyene er også spesielt enhetsledernes selvstyring av avgjørende betydning (Hopwood, 1974). Som nevnt har kommunedirektøren stor kompetansetillit til enhetslederne. Enhetslederne, og også helsemedarbeiderne, er som flere ganger nevnt, delegert svært mye ansvar. Dette fordrer således selvstendig tenking og arbeid.

Det faktum at enhetslederne har vært enhetsledere i en årrekke taler i favør av at de er gode på selvstyring (Hopwood, 1974). Dette understøttes av informantenes beskrivelse om at enhetsledernes erfaring gjør at driften nærmest går av seg selv. Lang fartstid blant enhetslederne gir også en stabilitet og ro som trolig er fordelaktig for organisasjonskulturen.

Oppsummert kan man si at organisasjonskulturen, den sosiale styringen mellom aktørene, tilliten samt enhetsledernes og medarbeidernes selvstyring er med på å skape god samhandling og styring av hjemmetjenesten og helsesenteret. Verdier og normer som faglig fokus, lojalitet til tjenestevei og pasientenes beste samt trygghet og tillit til hverandre er alle en del av den overordnede organisasjonskulturen (Malmi og Brown, 2008), og er å anse som svært viktig i styringspakken for å nå målsetningene innen helse- og omsorgssektoren. Selvstyringen og den sosiale styringen komplementerer de administrative styringsverktøyene som det er svært mange av, og gir en helhetlig styring av hjemmetjenesten og helsesenteret. Som Hopwood (1974) påpeker, påvirker nemlig den sosiale styringen og selvstyringen til aktørene i kommune hvilken effekt eksempelvis planene, budsjettene og målekortene får.

5.4 Enhetsledernes opplevde frihet

Som beskrevet i de foregående delkapitlene består styringssystemet i helse- og omsorgssektoren av svært mange kontrollerende og grensesettende styringsverktøy. Eksempelvis er tertialrapportene og årsmeldingen med målekart, nøkkeltall med mer, med på gi kommuneadministrasjonen og kommunestyret kontroll over innsatsen som er lagt ned i hjemmetjenesten og på helsesenteret. De er således også med på å ansvarliggjøre enhetslederne for de prestasjonene og resultatene de har skapt (Simons, 1995b). I tråd med Mundy (2010) sin påpekning, ser møtevirksomheten, hvilket kan betegnes som en del av det interaktive systemet, ut til å ha en viktig rolle i å balansere ut den kontrollerende funksjonen disse rapporteringene har. Gjennom møtene diskuteres det årsaker og løsninger for å søke nye muligheter og gjøre endringer på alle ledernivåene i enhetene, og på denne måten kan det tenkes at rapportene nettopp muliggjør nødvendige endringer (Simons, 1995b). Rapportene synliggjør problemområder som både enhetslederne, kommuneadministrasjonen og kommunestyret må ta inn over seg. Helsesektoren står som nevnt ovenfor en enorm utfordring når det kommer til å skulle skape mer helse med mindre ressurser. Den utstrakte rapporteringen på hjemmetjenestens og helsesenterets krinker og kroker har kanskje vært medvirkende til at kommunen har sett at

de må ta i bruk velferdsteknologi, og har således rettet fokus mot et område med potensiale for fremtiden.

I tillegg til mange relativt kontrollerende styringsverktøy, har også kommunen mange grensesettende styringsverktøy slik som verdier og normer, utstrakt lovverk, plansystemet, årsbudsjettet og delegeringsreglementet (Simons, 1995b). Funksjonen til alle disse styringsverktøyene er å sette en grense for hvilken atferd eller handlinger som ikke er ønsket i hjemmetjenesten og på helsesenteret. Simons (1995b) beskriver disse verktøyene som mørke og kalde. Det kan derimot på sin side argumenteres for at disse også er lyse og varme, og altså en del av det muliggjørende styringssystemet nettopp fordi disse styringsverktøyene setter rammene for handlingsrommet, men sier samtidig ikke noe om hva som kan, skal eller bør gjøres innenfor dette handlingsrommet. På denne måten kan en si at de grensesettende styringsverktøyene i denne kommunen muliggjør alle handlinger som ikke er begrenset av lover og regler eller de øvrige grensesettende styringsverktøyene. Enhetslederne beskriver nettopp at det er rom for å være kreativ og tenke ut egne løsninger på helseenhetenes problemstillinger innenfor de rammene som er satt av myndigheter, kommunestyret og kommuneadministrasjonen.

I forlengelsen av dette tyder mine funn på at enhetslederne og kommuneadministrasjonen har et positivt syn på formaliseringen og byråkratiet i kommunen (Adler og Borys, 1996). Som enhetslederne beskriver opplever de de grensesettende og diagnostiske styringssystemene mer som førende og en trygghet, enn begrensende. De opplever å ha svært stor handlingsfrihet såfremt de holder seg innenfor rammene og leverer på forventningene. Delegeringsreglementet er et eksempel på at enhetslederne får tydeliggjort hvilken myndighet de har, hvilke arbeidsoppgaver de har og hvilke arbeidsoppgaver de kan delegere videre. På denne måten avklarer det ansvarsområder og skaper sannsynligvis mer effektivitet slik Adler og Borys (1996) trekker frem, da de ikke trækker i hverandres sko. Delegeringsreglementet er i så måte også med på å redusere usikkerheten og forbedre beslutningstakingen gjennom at alle lederne tilknyttet helse- og omsorgssektoren vet hvilke beslutninger de kan ta, og at avgjørelser dermed tas av nærmeste leder med tilstrekkelig beslutningsmyndighet (Sprinkle, 2003, referert i Mundy, 2010). Samtidig kan det tenkes at enhetsledernes lange erfaring og deres tillit til både kommunedirektøren og systemet som sådan er med på å skape denne positive holdningen til byråkratiet i kommunen. Enhetsledernes erfaring kan også tenkes å påvirke deres frihetsfølelse

positivt i form av at de kjenner systemet svært godt, og derfor vet hvordan de skal jobbe innenfor og rundt det.

Mine funn tyder på at hjemmetjenesten og helsesenterets enhetsledere er fornøyd med dagens styringssystem, og at de opplever en god balanse i den begrensende og muliggjørende bruken av styringssystemet (Simons, 1995b; Mundy, 2010; Adler og Borys, 1996). Dynamikken og spenningene mellom de ulike styringsverktøyene i styringssystemet ser ut til å sørge for effektiv styring (Tessier og Otley, 2012) da kommunen i følge informantene, bruker- og medarbeiderundersøkelsene og nasjonale rangeringer driver helseenhetene godt og effektivt, samtidig som de opplever stor frihet og rom for kreativitet. Kanskje er det nettopp denne opplevelsen av frihet og handlingsrom som er med på å skape engasjerte enhetsledere som ønsker å sitte i sine jobber over lang tid (Adler og Borys, 1996). Samtidig er det en ting at kommunedirektøren beskriver stor tillit til enhetslederne, en annen ting er enhetsledernes opplevelse av å ha tillit fra sin leder. Enhetsledernes beskrivelse av frihet og handlingsrom understreker nettopp deres opplevelse av tillit til at de gjør jobben sin og leverer som de skal, og derfor kan være kreativ og bruke sin faglige kompetanse til å skape gode helse- og omsorgstjenester.

Oppsummert opplever altså enhetslederne stor frihet til å være kreativ og innovativ, til tross for kommunens og helsesektorens svært mange kontrollerende og grensesettende styringsverktøy.

6. Konklusjon

Avslutningsvis vil jeg nå oppsummere mine viktigste funn, og presentere en konklusjon på studiens problemstilling – hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Studiens implikasjoner for teori og praksis, samt forslag til videre forskning presenteres også.

Overordnet kan jeg fastslå at kommunens bruk av de uformelle styringsverktøy er minst like viktige som bruken av de formelle. Organisasjonskulturen, tilliten til hverandre og den oppriktige innstillingen til samarbeid bidrar til å begrense behovet for stram styring fra kommunedirektøren ovenfor enhetslederne.

6.1 Studiens viktigste funn

Styringspakken til kommunen og dens hjemmetjeneste og helsesenter er sammensatt og bygger i svært stor grad på kommunes plansystem. Styringssystemet er i så måte å anse som en økonomistyringspakke (Malmi og Brown, 2008; Hopwood, 1974). De ulike styringsverktøyene har ulike hensikter og utfyller hverandre. Den utstrakte rapporteringen og plansystemet komplementeres med en organisasjonskultur preget av faglig fokus, lojalitet til tjenestevei og tillit til hverandre. Således jobber administrative styringsverktøy sammen med kommunens sosiale styring og individenes selvstyring (Hopwood, 1974).

Det grensesettende, diagnostiske og interaktive styringssystemet er viktig for styringen i kommunen, men trossystemet og organisasjonskulturen er av like stor betydning, om ikke større. Trossystemet får økt betydning da de øvrige systemene brukes forholdsvis fleksibelt. Samtidig mener jeg det er viktig å påpeke at det gjerne er bruken av deres ulike styringsverktøy som kan kategoriseres som nettopp grensesettende, diagnostisk, interaktivt eller en del av trossystemet (Simons, 1995b, Tessier og Otley, 2012). Det ser ut til at kommunen har klart å skape et samspill og balanse mellom de fire spakene som gjør at enhetslederne, kommuneadministrasjonen og politikerne spiller på lag på en hensiktsmessig måte. Til tross for at en kommune i utgangspunktet ofte er å anse som en byråkratisk organisasjon med streng politisk styring har kommunen i studien med sin flate struktur skapt rom for å gi kompetente og erfarne enhetsledere handlingsfrihet. Sammen med sine ansatte har enhetslederne rom til å være kreativt og komme frem til faglig gode løsninger.

Mine funn tyder således på at kommunen har funnet en god balanse mellom de muliggjørende og begrensende spakene (Simons, 1995b). I tråd med det positive synet på formalisering finner jeg at de mange kontrollsysteemene gir enhetslederne retning og veiledning og derigjennom rom til å være både effektiv og kreativ (Adler og Borys, 1996). Tydelige og avklarte ansvarsforhold ser ut til å ha en positiv effekt på opplevelsen av styringen i de to helseenhetene.

Til tross for at politikerne og kommuneadministrasjonen har særdeles viktige roller i den totale styringen ser det likevel ut til at det er enhetslederne som virkelig driver hjemmetjenesten og helsesenteret. Således er det de som må være med på å fremheve hvilke tiltak som må iverksettes for at det skal være mulig å skalere kommunens helse- og omsorgstjeneste til å nå målsetningene om å gi kommunens innbyggere et godt og verdig liv til siste slutt. utfordringene knyttet til kapasitet, økonomi og kompetanse er allerede tilstede og ser ut til å ikke bli noen mindre utfordring i fremtiden. Justering av omsorgstrappen, bruk av plansystemet for å muliggjøre en utbygging av kommunes heldøgnsomsorg, samt bruk av styringssystemet generelt til å oppnå en helhetstenkning omkring kommunes tjenesteyting innen helse, løftes frem som viktig for å kunne imøtekomme morgendagens behov for helse- og omsorgstjenester.

6.2 Implikasjoner

Praktisk sett mener jeg denne studien er med på å belyse det faktum at styringen for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgssektoren er prisdrevet av den helhetlige styringen av kommunen. Enhetslederne ved hjemmetjenesten og helsesenteret er avhengig av god økonomistyring i kommunen totalt sett for at deres handlingsrom til å skape bedre helsetjenester skal bli størst mulig. Kommuneadministrasjonen og kommunestyrets prioriteringer avgjør nemlig hvilket økonomisk og tiltaksmessig spillerom enhetslederne får.

Studien er en empirisk studie av bruken av styringssystemet i en kommune og bruken av de fire spakene fra Simons (1995b) sitt rammeverk – Levers of Control. I så måte mener jeg studien er med på å føre bevis for Simons (1995b) sin tanke om at styringssystemet kan brukes på flere ulike måter. Studien er også med på å vise at tanken om en balanse mellom frihet og begrensning er viktig innenfor den kommunale helsesektoren som tross alt preges av et så utstrakt grensesettende og diagnostisk system. Jeg finner i så måte støtte for at kontroll kan være positivt, gitt at det balanseres ut på riktig måte.

Studien viser at den sosiale og mellommenneskelige styringen er en vesentlig del av styringspakken. Avslutningsvis vil jeg derfor argumentere for at Simons (1995b) sin definisjon av et styringssystem kan se ut til å bli for smal. Informantenes vektlegging av tillit og lojalitet til tjenestevei tilsier at styringssystemet også bør omfatte mer enn bare formelle og informasjonsbaserte styringsverktøy.

6.3 Videre forskning

Studiens omfang begrenses til en casekommune hvor seks informanter har bidratt med sine perspektiver på bruken av styringssystemet for å nå målene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. En mulig innfallsvinkel for videre forskning kunne vært å utvide denne casestudie til å inkludere flere på den politiske og administrative nivået, men også inkludere medarbeiderne til enhetslederne. Avdelingslederne og helsemedarbeiderne kan sitte på helt andre refleksjoner og perspektiver omkring bruken av styringssystemet i kommunen. Opplever de at styringssystemet gir dem frihet til selvstendig, faglig og kreativ tenkning, og mener de at det er godt balansert? Det ville også vært interessant å undersøkt hvorvidt tilliten og lojaliteten til tjenestevei også strekker seg ned til deres operative nivå.

Et annet forslag til videre forskning kan være å gjennomføre en lignende studie i flere kommuner med både flat og mer hierarkisk struktur, samt med og uten resultatledelse. En mulig innfallsvinkel kan være å undersøker hvilken effekt resultatstyringen har for styringen av den kommunale helse- og omsorgssektoren. Informantene beskriver nære og gode relasjoner som viktig for å lette styringen av hjemmetjenesten og helsesenteret, og deres samarbeid. En mulig innfallsvinkel til videre forskning kan derfor være å se store og små kommuner opp imot hverandre, og se på hvordan samhandlingen mellom lederne påvirkes av kommunens størrelse.

7. Referanser

Abernethy, M. A. & Chua, W. (1996) Field study of control systems “Redesign”: the impact of institutional process on strategic choice. *Contemporary Accounting Research*, 13(2), 529-606.

Adler P. S. & Borys, B. (1996) Two Types of Byreaucracy: Enabling and Coercive. *Administratice Science Quarterly*. 41(1), 61-89.

Aldring og helse (u.å) *Xxx i år 2020*. Hentet fra <https://demenskartet.no>.

Anthony, R. N. (1965) *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Anthony, R. N. & Young, D. W. (2003) *Management Control in Nonprofit Organizations*, (7 utg.) McGraw Hill.

Bell, E., Bryman, A. & Harley, B. (2019) *Business Research Metods*. (5. Utg.) Oxford University Press.

Cäker, M. & Siverbo, S. (2011) Management control in public sector Joint Ventures. *Management Accounting Research*. 22, 330-348.

Chenhall, R. (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), 127-168.

Dent, J. (1990) Strategy, organization and control: some possibilities for accounting research. *Accounting Organizations and Society*, 15(1/2), 3-25.

Ferreira, A. & Otley, D. (2009) The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Reaserach*, 20, 263-282.

Flamholtz, E., Das, T. & Tsui, A., (1985) Toward an integrative framework of organizational control. *Accounting Organizations and Society*, 10(1), 35-50.

Gatewood, R. D. & Carroll, A. B. (1991) Assessment of Ethical Performance of Organizational Members: A Conceptual Framework. *Academy of Management Review*. 16(4), 667-690.

Gilje, N. & Grimen, H. (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget

Hedlund, M., Ingstad, K. & Moe, A. (2021) *God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste*. Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (9.05.2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. (Rapport 2019/11). Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368

Hood, C. (1995). The «new public management” in the 1980s: Variations on the theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2), 93-109.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0361368293E0001W?via%3Dihub>

Hopwood, A. (1974) *Accounting and human behavior*. London: Haymarket Publishing Limited.

Isaksen, J., Ågotnes, G. & Fagertun, A. (2018) Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 4(2), 143-152.

Jacobsen, D. I (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utg.) Cappelen Damm Akademisk

Jacobsen, D. I, Baldersheim, H. & Kühn, N. S. B. (2021) Faglig uavhengighet eller politisk lojalitet? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 37(4), 210-225.

Jordan, S. & Messner, M. (2012) Enabling control and the problem of incomplete performance indicators. *Accounting, Organizations and Society*. 37(8), 544-564.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1992) The Balanced Scorecard – Measures That Drives Performance. *Harvard Business Review*. 70(1), 71-79.

Kommunal- og distriktsdepartementet (2019, 1. november) *KOSTRA Kommune-Stat-Rapportering*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/id1233/>

Kommunen (2010) *Kommuneplanens samfunnsdel 2010-2025*.
<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/kommuneplan/gjeldende-samfunnsdel/kammuneplanen-samfunnsdel.pdf>

Kommunen (2018) *Helse- og omsorgsplan 2018-2025*.
<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgsplan-2018-2025-4.pdf>

Kommunen (2019) *Kriterier for helse og omsorgstjenester i xxx kommune*.
<https://www.xxxl.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/helse-og-omsorg/kriterier-for-helse--og-omsorgstjenester-i-oppdal-2019.pdf>

Kommunen (2020a) *Reglement for kommunestyret*.
<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/politikk/reglementer-folkevalgte/reglement-for-kommunestyret-i-oppdal-revidert-etter-kommunestyremote-03.06.2021.pdf>

Kommunen (2020b) *Handlingsplan 2021-2024*.
<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/politikk/handlingsplan-2021-2024/handlingsplan-2021-2024---vedtatt-av-kommunestyret-01.10.20.pdf>

Kommunen (2021a) *Handlingsplan 2022-2025*.

<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/politikk/handlingsplan-2022-25/handlingsplan-2022-2025---vedtatt-av-kommunestyret-24.06.21.pdf>

Kommunen (2021b, 7. Mai) *Politikk og innsyn*.

<https://www.xxx.kommune.no/politikkinnsyn/#heading-h3-1>

Kommunen (2021c) *Budsjett 2022*.

<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/politikk/budsjett/2022/budsjett-2022---oppdatert-etter-kommunestyrets-vedtak.pdf>

Kommunen (2021d) *Handlingsplan 2022-2025 – Innspill til tiltak fra enhetene*.

<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/politikk/handlingsplan-2022-25/handlingsplan-2022---2025---innspill-til-tiltak-fra-enhetene.pdf>

Kommunen (u.å) *Arbeidsgiverstrategi*.

<https://www.xxx.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/retningslinjer/arbeidsgiverstrategi-vedtatt-i-k-styret-forsokny.pdf>

Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner*. (LOV-2018-06-22-83).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>

Kurunmaki, L., Lapsley, I., Melia, K. (2003) Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research*, 14(2), 112-139.

Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package – Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19, 287-300.

Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Meld. St. 14 (2020-2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>

Meld. St. 38 (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=1>

Merchant, K. A. & Van der Stede, W. A. (2012) *Management Control Systems*, (3. Utg). Pearson

Mundy, J. (2010) Creating Dynamic Tensions Through a Balanced Use of Management Control Systems. *Accounting Organizations and Society*. 35(5), 499-523.

Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018) *Penger og helse: Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. (1. Utg). Fagbokforlaget

Nørreklit, H & Mitchell, F. (2007). The Balanced Scorecard. Hopper, T., Northcott, D. and Scapens, R. (Red.), *Issues in Management Accounting*. Harlow: Prentice Hall.

Otley, D. T. (1980) The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis. *Accounting Organizations and Society*, 4, 413-428

Ouchi, W. (1979) A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, 25(9), 833-848

Pettersen, I. J. (2011). Fra tempel til butikk. T. Busch, E. Johnsen, K. Klaudi Klausen, J. O. Vanebo (Red.), *Modernisering av offentlig sektor*. (147-164). Universitetsforlaget

Power, M. & Laughlin, R. (1992) Critical Theory and Accounting. I N. Alveson & H. Willmott (Red.), *Critical Management Studies*, (113-135). Sage.

Ringdal, K. (2020) *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Fagbokforlaget

Simons, R. (1995a). Control in an Age of Empowerment. *Harvard Business Review*, 80-88.

Simons, R. (1995b). *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Harvard Business School Press

Tessier, S. & Otley, D. (2012) A conceptual development of Simons' Levers of Control framework. *Management Accounting Research*, 23(3), 171-185

Thurén, T. (2009) *Vitenskapsteori for nybegynnere*. (2. Utg.). Gyldendal Akademiske

Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. Utg.) Gyldendal Akademiske

Ølberg, B. (2012) Politikk og fag, i takt eller utakt? *Stat og styring*. 22(2), 14-17.

8. Vedlegg

8.1 Intervjuguide til intervju med enhetsleder ved helsesenteret

Introduksjon

- Presentasjon av meg selv og prosjektet
- Masteroppgave ved NTNU Handelshøyskolen innen økonomistyring. Ønsker å se på styringsutfordringer der helsesektoren er i en spesiell posisjon nå med tanke på eldrebølgen og de behovene som der oppstår.
- Studerer «Hvordan brukes styringssystemet for å nå målene i helse- og omsorgssektoren»
- Frivillig og delta, og kan når som helst trekke uttalelser eller helt.
- Navnet vil bli anonymisert og kommunenavnet vil heller ikke fremkomme i oppgaven
- Det blir gjort lydopptak av intervjuet og tatt noe notater, godkjenner du dette?
- Samsvarserklæringen legges frem

Innledende del:

- Hvor mange år har du sittet som enhetsleder?
- Hvilken tidligere erfaring har du?

Generelle spørsmål – Utfordringsbildet

- Hvordan opplever du dagens situasjon med tanke på kapasitet, kompetanse og økonomi?
- Ser du for deg at dere må skalere ned tjenestene dere gir i dag for å imøtekomme økte behov og strammere økonomiske rammer?
- Hvordan kan dere skalere opp kapasiteten?
- Er det tiltak du mener er helt nødvendig å iverksette som det ikke er funnet økonomisk handlingsrom for?
- Har du sittet til styringsgruppa som skal foreslå effektiviseringstiltak?
- Er du med i arbeidsgrupper for utredningsarbeidet som nå skal gjøres?
 - Hvordan utfører dere dette utredningsarbeidet rent praktisk?
 - Hvordan finner dere frem til realistiske prognoser?
 - Bruker dere noen verktøy i dette arbeidet?
- Hva tror du er grunnen til at de forrige prognosene så fort ble utdaterte?

- Hvordan fungerer det så langt med et forvaltningskontor?

Det interaktive systemet

- Hva tas opp i omsorgsforum?
- Opplever du at du lærer ting fra omsorgsforum, ledermøtene og lignende som du implementere i din enhet?
- Har du mye uformell kontakt med kommunedirektøren og hans stab, rådgiveren da gjerne?
 - Har du mye uformell kontakt med andre? Politikere for eksempel
- Opplever du at dine medarbeidere finner ut av ting som er lurt som du tar med videre opp i organisasjonen og som faktisk endrer fremgangsmåten eller strategien til kommunen? At det er læring oppgjennom organisasjonen?
- Hvordan bruker du ledermøtene med dine avdelingsledere?
 - Hvor ofte har dere møte?

Det diagnostiske systemet

- Hvordan bruker du målekartet?
- Opplever du at målekartet faktisk viser resultatene deres og hva dere har fått til/ikke fått til?
- Stort avvik i målekartet mellom målet for venteliste og antall på venteliste.
 - Hvordan bruker du målekartet i forhold til denne typen avvik?
 - Kun en synliggjøring?
 - Brukes det til å argumentere ovenfor politikerne?
- Opplever du det som vanskeligere å få støtte til økt kapasitet for forebyggende tiltak enn det er å få støtte til heldøgnsstilbud?
- Bruker dere omsorgstrappa mindre nå etter at forvaltningskontoret er opprettet? Er brukerne av denne flyttet?
- Hvordan bruker du kommunens plansystem? Helse og omsorgsplanen? Handlingsplanen?
 - Er utarbeidingen av planene det viktigste?
 - Bruker du planene aktivt gjennom året til å styre enheten din?

Grensesystemet

- Hva opplever du som grensesettende i ditt arbeid?

- Hvilke systemer fungerer som bremser for din og medarbeidernes atferd/arbeid?
- Hvordan bruker du de etiske retningslinjene til kommunen?
- Brukes compilo til å melde ifra dersom noen opptrer uetisk eller utenfor lovverket?
 - Hvis nei, hvilke systemer fanger opp denne typer atferd?
- Hvordan opplever du det er å forholde seg til alt lovverk knyttet til tjenesteyting og saksbehandling i omsorgssektoren?
 - Er det tilsynsmyndighetene som avdekker eventuelle avvik der?
- Hvordan bruker du delegeringsreglementet?
- Hvor stor handlingsfrihet opplever du at du har?
- Opplever du økte krav og mer lovgivning?
 - Legger dette større press på dere økonomisk?

Trossystemet/organisasjonskultur

- Hva er verdiene dere jobber etter som skaper retning, inspirasjon og motivasjon?
- Hvor bevisst er du på verdiene i arbeidsgiverstrategien til kommunen?
 - Opplever du at den gir frihet?
 - Opplever du at den setter grenser for hva du kan og ikke kan gjøre?
- Har dere belønninger? Evt hvilke?
- Hvordan vil du beskrive organisasjonskulturen i helsesektoren i kommunen?
- Opplever du at denne legger føringer for hvordan folk opptrer?
- Hvor viktig har det med betalt matpause vært, og hvorfor?

Samhandling

- Hvordan fungerer samhandlingen mellom de to enhetene?
 - Hva samarbeider dere om?
 - Er det noen områder dere samordner?
- Deler dere noen ganger ansatte?
- Opplever du at dere i dag tilbyr gode helhetlige og tilpasset tjeneste uavhengig av organisatoriske skillelinjer i kommunen?

Kommunikasjon til politikere

- Hvordan kommuniseres situasjonen i hjemmetjenesten til politikerne?
- Hvordan kommuniseres framskrivningene til politikerne?

- I hvor stor grad opplever du at politikerne kan være med å påvirke styringen av enheten?

Avsluttende

- Opplever du at dere oppnår målene dere setter dere?
- Opplever du at det er for stort fokus på styring i dag?
- Hva vil du si er det viktigste styringsverktøyet ditt? Styringsverktøy kan da være møter, systemer, plandokumenter, organisasjonskultur og så videre
- Er du fornøyd med dagens totale styringssystem?
- Noe mer du ønsker å tilføye?
- Tusen takk for tiden din!

