

**Om sirkelens kvadratur -
Psykisk helsearbeid møter Bestiller-utfører-organisasjonen.**

Paper to be presented at the 18th Scandinavian Academy of Management Meeting,
Aarhus 18th – 20th August 2005.

Helge Ramsdal og Gunnar Vold Hansen

Østfold University College,
Department of Health and Social Studies
Box 409, 1602 Fredrikstad, Norway
(047)69303039/(047)69303041

e-mail addresses: helge.ramsdal@hiof.no, gunnar.v.hansen@hiof.no

Key words:

Bestiller-utfører-modell, psykisk helsearbeid, kommunal organisering, profesjon

English Summary

Implementing the Purchaser – Provider Model in Local Mental Health Services

In this paper we discuss how the Purchaser – Provider model applies to local mental health services. The Purchaser- Provider model is understood both as a theoretical and universalistic “ideal” model, as a municipal organisational model derived from the theoretical one, and as a “model in practice” – in which performance is modified in order to apply to the peculiarities of mental health service provision. Based upon contract-theories and principal-agent theories the model thus is open to local interpretations and modifications. One aspect is variations on a “hard” and “soft” dimensions in relations between purchaser and provider levels in the organisation. The research questions are: how is the ideal type model modified to “fit” the peculiarities of mental health services? What kinds of impacts will the model have for the users and the professionals? What are the implications for creating “efficient” mental health service organisations? The study is a comparative analysis of two cities having implemented the model in full scale. The analysis is based upon in-depth interviews with managers and service providers.

The research findings indicate that there are several dilemmas and problems when the model is implemented in local mental health services, and that this is the case notwithstanding choosing a “hard” or “soft” performance model. The “logic” behind the model is based upon consistent and stable needs and demands on the users’ side, in the shape of rational actors. Both these premises seem - more or less - to be missing in mental health service provision. The Purchaser-Provider model also divides professional work performances between the two levels in the organization in ways that threatens professional autonomy. Our results also show that the two municipalities have solved the inconsistencies between users’ needs and organizational performance in different ways. One main conclusion is that the “harder” the Purchaser-Provider model is implemented, the more the model is inconsistent with peculiarities of the mental health field.

Innledning.

Utgangspunktet for dette paperet er vår interesse for ”møtet” mellom et saksfelt; psykisk helsearbeid, og en bestemt måte å organisere offentlig virksomhet på; etter en bestiller-utfører-modell. Dette ”møtet” innebærer både muligheter for nye måter å organisere arbeidet på, men også problemer og paradokser. Slik vi ser det er de viktigste utfordringene knyttet til de egenskapene målgruppen, mennesker med psykiske lidelser, kjennetegnes av. Mange ganger er psykiske lidelser vanskelig definerbare, og preget av å være vekslende, for eksempel ved at brukerne er inne i en ”god” eller ”dårlig” periode. Dette fordrer at organiseringen av arbeidet gir rom for *fleksibilitet i forhold til skiftende og komplekse behov*. Enkelt sagt kan en illustrere dette med et bilde av ”sirkelen” – her forstått som sirkulære arbeidsprosesser med gjensidige tilpasninger mellom brukerne og ulike tjenesteytere. På den annen side er bestiller-utfører-organisering, som mange av de overordnede styringsmodellene som etableres i kommunene som ledd i ”moderniseringen” av offentlig virksomhet, basert på teorier om *forenkling* av organisasjons- og styringsprinsipper. Her kreves det klart avgrensede og formelt definerte oppgaver, og det forutsettes lineære prosesser mellom styring og gjennomføring, slik et bilde av ”kvadratet” kan illustrere. Det oppstår derved en spenning i møtet mellom psykisk helsearbeid og organisasjonsmodellen. Vi diskuterer her erfaringer fra noen kommuner om hvordan dette møtet finner sted. ”Passer” bestiller-utfører-organisasjonen til de oppgavene psykisk helsearbeid innebærer, og på hvilken måte håndterer en de paradokser og dilemmaer som oppstår i møtet mellom modell og arbeidsoppgaver? Vi er særlig opptatt av å studere hvilke konsekvenser denne organisasjonsmodellen har for brukerne og for profesjonelt arbeid. Og vi stiller spørsmål om hva som kan bli konsekvensene for utførelsen av komplekse og uforutsigbare arbeidsoppgaver dersom en viderefører bestiller-utfører-prinsipper i kommunene og i spesialisttjenestene?

Om studien.

Grunnlaget for dette paperet er dybdestudier av en par større kommuner der bestiller-utfører-organisering er innført som styringsmodell. Sett i sammenheng med datainnsamling om erfaringer fra andre kommuner som også har denne modellen, diskuterer vi dette ”møtet” mellom denne styringsmodellen og psykisk helsearbeid. De resultatene vi presenterer her er ledd i forskningsprosjekter knyttet til utviklingen av tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser som gjennomføres ved Høgskolen i Østfold¹. I denne sammenheng har vi innhentet erfaringer fra to relativt store kommuner som har etablert en bestiller-utfører-

organisasjon med to nivåer – såkalt ”flat struktur”. Vi har intervjuet til sammen 32 ansatte på ulike nivåer i de to kommunene. Hovedtyngden av intervjuene har vært med ledere og ansatte i virksomhet for psykiske tjenester, og de fleste av dem har en helse- og sosialarbeiderutdanning med videreutdanning som psykiatrisk sykepleier eller i psykisk helsearbeid. Et anliggende har vært å isolere effektene av modellen på psykisk helsearbeid fra andre aspekter ved den kommunale virksomhetenⁱⁱ.

Bakgrunn.

Profesjonelle organisasjoner, blant dem sykehus, universiteter og kommunale virksomheter, opplever i økende grad turbulente og komplekse omgivelser. Gjennom dereguleringer, mer sofistikerte og krevende brukere, og nye styrings- og ledelsesmodeller endres rammebetingelsene for profesjonelt arbeid, og tjenesteyterne opplever omfattende endringer og usikkerhet om hvordan arbeidet skal organiseres og utøves (Powell et al 1999). Innenfor statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske fag har en lenge vært opptatt av hvordan reformer – som oftest betegnet som New Public Management-inspirerte moderniseringstrategier for offentlig virksomhet – transformeres og tilpasses institusjonaliserte ordninger på ulike saksfelt (Christensen og Lægveid 2000, Zeuthen Berntsen et al 1999). Mange av disse studiene har hatt et overordnet forvaltningsperspektiv, og i mindre grad vært koplet opp mot konkrete analyser der ”møtet” mellom bestemte overordnede organisasjonsmodeller og bestemte profesjoner i *hverdagens arbeid ”på gulvet”* analyseres. Slike analyser fordrer at en ser saksfelt, profesjonskompetanse og overordnede styrings- og ledelsesprinsipper i sammenheng. Slike analyser inviterer primært til sammenliknende case-studier av arbeidsorganisasjoner som innfallspunkt til bedre forståelse av hverdagens arbeid, blant annet i helse- og sosialsektoren (Ramsdal et al 2000, Vikkelsø og Vinge 2004).

I de norske kommunene er situasjonen for psykisk helsearbeid preget av at rammebetingelsene har endret seg radikalt i løpet av det siste tiåret. Dette skyldes flere forhold, og slik vi ser det særlig tre: For det første kravene som stilles fra spesialisttjenestene gjennom foretaksorganiseringen etter Helsereformen 2000, for det andre Opptappingsplanen for psykisk helse, som representerer den norske psykiatireformen fra 1998 til 2008 (Ot.prp. nr. 63 1998), og for det tredje de rammebetingelsene for utvikling av og eksperimentering med kommunale organisasjonsmodeller som Kommuneloven fra 2001 inviterer til.

Når det gjelder det første punktet, er de faglige perspektiver og metoder som anvendes i spesialisttjenestene fremdeles på mange måter premissleverandører til lokale tjenester. Krav om (kostnads-)effektive tiltak, evne til å kommunisere innenfor kategorier som anvendes i spesialisttjenestene (for eksempel diagnoser), og krav om samordning og samarbeid mellom forvaltningsnivåene har stor betydning for utviklingen av de kommunale tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Samtidig er tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser en veletablert, men likevel på mange måter ny oppgave i kommunene. Kommunene har alltid relatert noen av sine tiltak til denne gruppen. Men i tiden fram til Opptrappingsplanen var likevel kommunale tiltak og tjenester til mennesker med psykiske lidelser relativt avgrenset, og generelt nedprioritert og neglisjert (Ramsdal 1996, St.m. nr. 25 1996 –1997). I studier av kommunenes prioritering, organisering og gjennomføring av Opptrappingsplanen er det slående at mange av de vurderinger som ble gjort gjeldende i tiåret før Opptrappingsplanen ble iverksatt i 1998, fremdeles preger tenkemåter og prioriteringer i kommunene (Helgesen og Myrvold 2005). Kommunene hadde ulike utgangsposisjoner da Opptrappingsplanen kom, og selv om en overalt har opplevd en klar økning i oppmerksomhet, antall ansatte og faglige ambisjoner, preges ennå mange kommuner av at de perspektivene og verdiene som kjennetegnet kommunen da, ennå har betydning for hvordan en ser på de mål og ambisjoner Opptrappingsplanen har formulert for de kommunale tjenestene. Uten at vi har systematiske data om dette (foreløpig) er det mye som tyder på at ulikhetene en finner mellom kommuner med hensyn til tiltak og tjenester for målgruppen henger sammen med institusjonaliserte trekk ved kommuneorganisasjonen, knyttet til deres utgangsposisjon fra tiden før reformarbeidet startet. Opptrappingsplanen treffer derved ulike kommuner på ulik måte, noe som også innebærer at rammebetingelsene for utøvelse av faglig arbeid er ulike.

De lokale utfordringer knyttet til å etablere et ”nytt” profesjonelt arbeidsfelt er derved mangeartede. Det forutsettes i Opptrappingsplanen at kommunene skal organisere tiltak og tjenester for å ivareta mål om integrering, normalisering og mestring, og der en ikke skal utvikle en ny særomsorg for mennesker med psykiske lidelser i kommunene (Ot.prp nr. 63 (1998-99)). I praksis har imidlertid over 70 % av kommunene etablert en egen psykiatritjeneste, i større kommuner vanligvis organisert som en selvstendig virksomhet (for eksempel ”psykiatriteam”) (Myrvold 2003). Vi vil her være særlig opptatt av hvordan denne virksomheten fungerer innenfor rammen av bestiller-utfører-organisasjonen.

Om psykisk helsearbeid i kommunene.

Den faglige begrunnelsen for å være opptatt av psykisk helsearbeid er at det er spesielle utfordringer når en brukergruppe med omfattende, diffuse eller komplekse behov møter de krav til klarhet og entydighet bestiller-utfører-modellen forutsetter. Avgrensning og organisering av tiltak og tjenester på feltet er i stor grad overlatt den enkelte kommune, samtidig som statlige myndigheter forutsetter at målgrupper og arbeidsområder i kommunene utvides. Arbeidsfeltet ("arbeid med mennesker med psykiske lidelser") er derved i omforming. Og samtidig skjerpes kravene til "resultater". Dette fordrer samordnet innsats fra mange virksomheter for å utnytte de kommunale ressursene best mulig. Hvordan dette håndteres innenfor rammen av bestiller-utfører-organisering er derfor særlig interessant, både mht. brukerfokus, på hvilke måter bestillingsenheter og utførerenheter forholder seg til hverandre, og hvilken kompetanse som kreves for å ivareta brukerne innenfor rammen av den overordnede organisasjonsmodellen. Det er foreløpig liten kunnskap om hvordan dette fungerer i praksis. Å studere erfaringene i kommuner som har innført denne modellen i et sammenliknende perspektiv er derfor særlig interessant.

"Bestiller-utfører-organisering" i offentlig virksomhet.

I den vestlige verden har bestiller-utfører-organisering en sentral plass i utviklingen av en moderne offentlig sektor (Sabel 2003). I de nordiske land har en i ulik grad benyttet denne modellen, og i Norge, som generelt har vært ansett som en "nølende reformator" av offentlig sektor, har en etter hvert sett at sentrale myndigheter advokerer for å benytte denne modellen på alle forvaltningsnivåer. I følge Kommunenes Sentralforbund (2004) hadde litt under 30% av norske kommuner etablert bestiller-utfører-organisering innenfor pleie- og omsorgssektoren i 2004. Det er særlig de største kommunene som har innført modellen, og derfor bor ca. 50% av Norges befolkning i kommuner som har en slik modell. Andre data kan tyde på at utviklingen av bestiller-utfører-organisering for hele kommuneorganisasjonen (ikke bare pleie- og omsorgssektoren) ikke har tilsvarende omfang, mens Krd's Kommunedatabase tyder på at tendensen til å reorganisere den overordnede styringsmodellen etter to-nivå-struktur – såkalt flat struktur – fortsetter, og at de grunnprinsippene modellen bygger på er blitt vanligere i kommunene (Hovig og Stigen 2004). Det er imidlertid ikke nødvendigvis en forutsetning å etablere en tonivåstruktur/flat struktur for at bestiller-utfører-prinsippet skal gjøres gjeldende, selv om en slik struktur anses som skreddersydd for dette formålet – og de to kommunene vi har studert har begge slik organisering.

Når bestiller-utfører-organisering blir ansett som et viktig virkemiddel for å effektivisere og modernisere offentlig virksomhet, har dette sammenheng med en oppfatning om at en kan oppnå flere, til dels motstridende, mål samtidig. For det første er det et mål å synliggjøre graden av samsvar mellom ressurser og behov. For det andre forutsettes den å gi bedre kontroll med de totale utgiftene, og også til kostnadseffektivisering av ulike offentlige tjenester hver for seg. For det tredje hevdes det at modellen legger bedre til rette for å ivareta brukernes rettsikkerhet og likebehandling, blant annet gjennom profesjonalisering av saksbehandlingen. Og for det fjerde legger modellen til rette for et klart skille mellom kommunens ansvar som forvalter og som tjenesteprodusent. Derved åpner også modellen for økt bruk av konkurranseeksponering og konkurranseutsetting (Busch og Vanebo 2001, KS 2004, Pape 2000).

Samtidig gir bestiller-utfører-modellen rom for ulike konkrete organisasjonsløsninger: *”Bestiller-utfører-modellen er .. ikke en klart definert, fasttømret modell, men et løst konsept som innebærer mange organisatoriske løsninger”* (KS 2004:1). I likhet med mange andre moderne organisasjonskonsepter, gir dette rom for at modellen kan tilpasses ulike lokale situasjoner. Et aspekt er at særpreg ved ulike arbeidsfelt og –oppgaver til en viss grad kan tas hensyn til i den praktiske bruk av modellen. Dette skjer i varierende grad, ved at de teoretiske prinsippene kan tilpasses de spesifikke oppgavene som skal utføres i ulike organisasjoner.

Utgangspunktet er *en teoretisk, universell modell*. Denne er forankret i organisasjonsteori og/eller økonomisk teori, og er lansert uavhengig av norske forvaltningstradisjoner. I likhet med mange andre slike teorier om organisering av offentlig virksomhet er utgangspunktet det en kan betegne som ”rational choice”- tilnærmingen (Klausen 2000, Busch og Vanebo 2002). Med utgangspunkt i disse teoriene har en etablert prinsipper for organisering av offentlig virksomhet som representerer det en kan betegne som ”privatisering fra innsiden” – det vil si at det er modeller for effektiv organisering av private produksjonsbedrifter som ligger til grunn (Osborne og Gaebler 1992, Ramsdal og Skorstad 2004).

Hovedprinsippene i bestiller-utfører-modellen kan oppsummeres i tre punkter:
et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestilleroppgave) på den ene side, og tjenesteproduksjon (utføreroppgaver) på den annen side.
Tydeliggjøring av omfang, innhold og kvalitet på tjenestene

Bestilleren bestemmer omfang, innhold og kvalitet på tjenestene, utføreren leverer tjenester i samsvar med kontrakt. I sin rene form forutsettes det et system for prissetting av tjenestene med tilpassede regnskapssystemer, hvor ”pengene følger brukeren”.

I de fleste kommuner vil en etablere en formell bestiller-utfører-modell der en anvender de overordnede prinsippene, men tar hensyn til kommunens størrelse, økonomiske situasjon eller andre lokale forhold når modellen konkretiseres. Men svært mange kommuner har benyttet de veilederne og beskrivelsene som KS og andre forfattere og konsulenter anbefaler, noe som innebærer en relativt stor grad av standardisering av lokale løsninger. I de fleste tilfeller har kommunene valgt å først etablere selve organisasjons- og styringsstrukturen knyttet til de to første hovedprinsippene, mens det siste – innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) - krever en omfattende prosess for prisfastsetting av ulike tjenester. ISF er derfor foreløpig bar utprøvd i pleie- og omsorgstjenesten i noen få kommuner. Det er imidlertid grunn til å merke seg at ISF er ansett som en nødvendig forutsetning for at bestiller-utfører-organisasjonen skal fungere optimalt (KS 2000, Ernst og Young 2003) .

Vi vet også at det er et potensielt skille mellom den formelle organisasjonsmodellen og *praksis*. Også her kan vi trekke på studier som viser at det eksisterer en rekke tilpasninger som modifierer effekten av modellen ut fra lokale forhold eller egenskaper ved arbeidsfeltet. Disse forholdene kan i stor grad forklare hvordan kommunens organisering fungerer i praksis (Sahlin-Andersson i Zeuthen Berntsen 1999, Ramsdal, Michelsen og Aarseth 2002). De lokale praksiser fungerer som ”lim” eller ”olje” i organisasjonen, og noen ganger kan dette skape en praksis som står i motstrid til hvordan en formelt mener at modellen skal styre handling.

I forhold til bestiller-utfører-organisering kan vi skille mellom ”myke” og ”harde” fortolkninger. De ”harde” er mer teoritro enn de ”myke” (Ejersbo og Greve 2002, Brignall og Modell 2000). Skillet mellom disse dreier seg i stor grad om hvordan relasjoner mellom bestiller og utfører organiseres. Det dreier seg om måten kontrakter inngås, hvor formelle de er, hvor detaljerte og kvantifiserte de er, hvordan sosiale relasjoner mellom bestillere og utførere er, og hvor sterkt fokus er på ISF med enhetspriser og prinsippet om ”penger følger brukeren”. Dette kan illustreres slik:

Tabell 1. Utforming av bestiller-utfører-organisering.

Relasjoner	”Hard”	”Myk”
Organisering av relasjoner	Formelle/eksterne	Mindre formelle/interne
Kontraktsformer	Detaljerte/kvantifiserte bestillinger	Rammestyring – generelle bestillinger knyttet til ikke-kvantifiserte resultater.
Kontaktformer	Ikke løpende kontakt mellom bestiller og utfører - sosial avstand	Løpende kontakt, uformelle møtepunkter for justeringer av bestillinger
Kompetanse	Ulik kompetanse hos bestiller/utfører	Felles kompetanse best./utfører
Økonomistyringssystem	ISF	Rammefinansiering

Som vi ser av tabellen kan en velge å utforme en teoritro ”hard” variant, der en på alle måter søker å ivareta formelle krav til modellen. Her er det ikke rom for å endre på kontrakter før etter formelle revisjoner. Her unngår en løpende og uformelle relasjoner som kan bidra til at den ene parten ”forstår” den andres situasjon på måter som ikke er tuftet på forhold som omfattes av kontrakten. Dette forsterkes ved at det er ulik kompetanse i bestiller- og utførerenhetene. Og ved at kontraktene er detaljerte og kvantifiserte kan en til enhver tid måle resultater, og eventuelt la andre utførere (for eksempel private aktører) overta oppgavene dersom disse kan være mer effektive.

En ”myk” variant vil gi muligheter for å modifisere og tilpasse bestillingene til utførerenhetens situasjon, og vise versa. Her legges det vekt på å ivareta løpende kontakt og dialog, også i kontraktsperioden. Det vektlegges at en må tilpasse kontraktene gjennom stadige tilpasninger, og at en gjennom lik kompetanse har et felles grunnforståelse av hvilke egenskaper ved arbeidsfeltet som krever særlig omtanke.

Jo ”hardere” relasjonene utformes, jo mer vil implikasjonene av modellen bli synliggjort – på godt og vondt. Det er verdt å merke seg at det som oftest er de ”harde” variantene som blir anbefalt av dem som ønsker å effektivisere, modernisere - og også privatisere - offentlig virksomhet. Det er derfor særlig slike ”harde” varianter vil være interessante å studere i forhold til diskusjoner om hvilke konsekvenser modellen vil ha.

I de to kommunene vi studerte var det klare gradforskjeller i forhold til ”hard”-”myk”-dimensjonen. I begge kommunene har en lik kompetanse i bestiller- og utførerenheten når det gjelder den vedtak overfor enkeltbrukere (den ”lille” bestillingen), og begge kommunen har

vedtatt å utsette innføring av ISF. På de øvrige dimensjonene var den ene kommunen mer teori-tro, det vil si preget av ”harde” relasjoner, mens den andre kommunen hadde en ”mykere” variant. Dette fikk som vi skal se store konsekvenser for hvordan møtet mellom modellen og psykisk helsearbeid forløp.

De to kommunene som kan illustrere ”hard” og ”myk” fortolkning av bestiller-utfører-organisering er begge relativt store bykommuner, med henholdsvis vel 50.000 og vel 30.000 innbyggere. De to kommunene har forholdsvis mange ansatte i Virksomhet for psykiatri – henholdsvis ca. 60 og ca. 30 ansatte. De ansatte i den største kommunen er knyttet til et omfattende tilbud til brukergruppen, med blant annet dagsenter, døgnbaserte tjenester, ambulerende team og boligtilbud. Den andre kommunen har i mindre ennå ikke etablert dagsenter/dagtilbud, og har gjennomgående et mindre utbygd tilbud til brukergruppen. I denne kommunen har en etablert Virksomhet for rus/psykiatri. Ca. 10 mennesker arbeider i det en kan betegne som psykiatriteamet. I begge kommunene er det etablert teamorganisering med teamledere/-koordinatorer. Tilbudet til mennesker med psykiske lidelser har vært og er i ekspansjon, og har opplevd sterk vekst etter at Opptappingsplanen ble påbegynt.

”Hard” modell.

Bestiller-utfører-organisering (Best-ut) ble etablert i 2002. Modellen regulerer i første omgang relasjoner mellom et overordnet bestillernivå og et utførernivå. Bestillingene har form av kontrakter som pålegger utførerenheter å gjennomføre bestemte oppgaver. I forhold til de tiltak og tjenester vi er opptatt av, dreier relasjonen seg om to forhold:

På den ene siden den bestillingen som ligger i kontrakten mellom overordnet nivå, mer spesifikt Kommuneområde Drift, og de 57 virksomhetene om mål og resultat for tjenestenes kvalitet og omfang, iverksetting av kommunens arbeidsgiverpolitikk, og ressursrammer – personal og økonomi – for virksomheten. Disse kontraktene er knyttet til de såkalte 2.0-forhandlingene, der virksomhetsleder og Kommuneområde Drift forhandler seg frem til de konkrete mål og rammer virksomheten skal arbeide innenfor. Det er viktig å understreke at denne bestillingen har form av en kontrakt med virksomhetsleder personlig, og legges til grunn for gjennomføringen av prinsippet om totalansvarsledelse innenfor selvstendige virksomheter (men opprettelse/nedleggelse av stillinger, tilsetting og lønnsfastsetting er ikke delegert til virksomhetslederne).

Den andre bestiller-utfører-relasjonen dreier seg om de bestillinger som foretas fra Brukersenteret til utførerenheter. Disse bestillingene har i vår sammenheng form av vedtak, som er knyttet til helse- og sosiallovgivningen og kommunens prinsipper for tiltak og tjenester til brukergruppen. Disse vedtakene vil kunne innbefatte tiltak og tjenester fra en eller flere utførerenheter. Til sammen vil 2.0-avtalene og vedtakene danne utgangspunkt for utførerenhetenes mål, rammer og aktiviteter til enhver tid.

Det er den teoretiske best-ut-modellen som danner utgangspunkt for hvordan rutinene er lagt opp. En sak skal starte opp med at brukersenteret får en søknad om hjelp fra psykiatritjenesten. Slike søknader eller henvendelser kan komme fra spesialisthelsetjenesten, privatpraktiserende leger og/eller psykologer eller brukeren selv. På bakgrunn av disse henvendelsene tar så brukersenteret kontakt med brukeren og finner ut hvilket behov vedkommende har. I tråd med dette behovet utformes det så et vedtak. Det er hvordan brukersenteret oppfatter brukerens behov som er avgjørende for innholdet i vedtaket. Hvorvidt tjenestene har ressurser til å effektivere vedtaket tas ikke med i vurderingen, men kommunens økonomiske situasjon er kjent slik at det ikke vedtas tjenester utover det som anses påkrevd. Brukersenteret legger også stor vekt på å utforme tjenester som utfyller hverandre og vedtar gjerne at det skal opprettes en individuell plan og ansvarsgruppe dersom dette anses nødvendig for å skape et helhetlig og samordnet tilbud.

Denne måten å gjennomføre saksbehandlingen synes å ivareta mange viktige målsettinger: Først og fremst synes modellen å ivareta *et klart brukerfokus* ved at det er brukerens behov som styrer innholdet i vedtakene, ikke kommunens økonomi eller tjenestenes kapasitet. Dernest er det en fordel for brukeren at vedkommende gjennom en henvendelse til kommunen får de tjenestene vedkommende har behov for, uten å måtte sende en søknad til hver av de ulike kommunale tjenestene. Best-ut-modellen bidrar på denne måten til at kontakten med kommunen forenkles. Brukersenteret har også fra første stund oversikt over hvilke tjenester som er aktuelle og sørger derfor for at kommunen gir et helhetlig tilbud og at de ansatte samarbeider der dette er hensiktsmessig. Det er også grunn til å tro at en slik samordning av saksbehandlingen bidrar til å redusere ressurser i forhold til hva som ville skjedd dersom hver enkelt tjeneste skulle saksbehandle sin del av tjenestetilbudet hver for seg.

Utgangspunktet for modellen er også et ønske om å ta i bruk innsatsstyrt finansiering (ISF) ved at det til hvert vedtak følger med penger til å iverksette tiltakene som er tildelt. Alle

vedtak skal være tidsavgrensete og tilskuddene skal dermed bare overføres til virksomheten for den tid vedtaket gjelder. Denne ordningen er ennå ikke tatt i bruk.

Forholdet mellom formell modell og praksis.

Vi har foran beskrevet hvordan en har gitt modellen en lokal tilpasning gjennom utforming av formelle rutiner for saksbehandling. Problemet er at denne modellen bare i begrenset grad fungerer i praksis. De tilbakemeldinger vi har fått tyder på at det heller er unntaket enn regelen at modellen følges. I praksis kan saksgangen i hovedsak beskrives slik:

Henvendelsen kommer til brukersenteret. Kommer denne skriftlig synes det å være greit. Problemer ser ut til å oppstå dersom noen ønsker å ta direkte kontakt. Brukersenteret betjener publikum fra kl. 12.00 til 14.00 hver dag. Dette er en nokså avgrenset tidsramme og både våre egne erfaringer og tilbakemeldinger fra intervjuene med de ansatte tyder på at selv i åpningstiden er brukersenteret vanskelig tilgjengelig. Dette må ses i sammenheng med at det kun er en person ved Brukersenteret som har ansvar for å foreta bestillinger på tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Dette gjør Brukersenteret sårbart, både med hensyn til at vedkommendes tilgjengelighet er avgjørende for å foreta bestillinger, og ved at vedkommende fungerer som en enslig kompetanseinstans i forhold til de faglige vurderingene som foretas for brukergruppen.

Saksbehandlingen ved brukersenteret er slik vi oppfatter det, likevel rask. Det går kort tid fra en henvendelse er mottatt til det foreligger et vedtak. Disse vedtakene formidles så skriftlig til de ulike virksomhetene/teamansvarlige. Men teamene har i utgangspunktet ikke ledige ressurser. Det tar derfor en viss tid før vedtakene blir iverksatt fullt ut. Det betyr sjelden at brukeren ikke får hjelp i det hele tatt, det er mer vanlig at en person som har fått vedtak om hjelp i for eksempel fire 4 timer i uken, den første tiden må klare seg med en time, og at det så økes gradvis opp mot vedtakets ramme.

I den første tiden Best-ut-modellen var gjeldende var vedtakene svært presise, men erfaringen viser at behovet for tjenester for denne gruppen kan variere fra periode til periode. Vedtakene blir derfor nå i stadig større grad utformet mer fleksible ved bruk av formuleringer som at tjenesten skal yte ”etter behov”.

Et annet problem som synes å være vanlig i forhold til denne brukergruppen, er at det gjerne må opprettes en mer langvarig kontakt før det foreligger et slikt tillitsforhold at brukeren klarer å beskrive alle sine behov. Det er derfor slett ikke uvanlig at tjenesteyterne etter en tid ser at det er behov for et annet sett av tjenester enn det som er tildelt. Normalt er det da ikke de ansatte som skal ta kontakt med brukersenteret for å få et nytt vedtak, men brukeren selv. Mange av disse brukerne er imidlertid ikke selv i stand til å sende ny søknad til brukersenteret og det blir derfor gjerne en av de ansatte som må ta oppgaven med å lage en slik søknad.

Det samme gjelder når tidsrammen for vedtaket løper ut. Forutsetningen synes å være at det er brukerens oppgave å vite når et vedtak løper ut, noe som ikke alltid er tilfellet. Det er derfor uklare rutiner på hva som skal gjøres dersom brukeren selv ikke er i stand til å formulere en søknad om videreføring av tilbudene. I praksis blir det gjerne en av de ansatte som tar på seg oppgaven med å lage en slik søknad. For en del av de åpenbart kroniske brukerne er det nå blitt mer vanlig å legge til rette for at vedtakene ikke blir tidsavgrensete.

”Myk” modell.

Bestiller-utfører-organisering ble her etablert allerede i 1997 for pleie- og omsorgssektoren. Da var konkurranseutsetting en del av prosjektet, og sykehjem ble privatisert. I 2001 ble det vedtatt ny organisasjonsmodell der kommunen i sin helhet ble organisert etter bestiller-utfører-prinsippene. I 2003 ble det imidlertid politisk regimeskifte, noe som innebar at en har tatt opp til revurdering løsningene med hensyn til konkurranseutsetting og eksterne utøvere. Samtidig som en i dag kan tale om en bestiller-utfører-organisasjon der fokus er på *interne* best-ut-relasjoner, foretar en nå også en gjennomgåelse av organiseringen av pleie- og omsorgssektoren, der også spørsmålet om hvorvidt en skal videreføre best-ut-organiseringen blir vurdert.

Historien til best-ut i denne kommunen preges av at det har vært benyttet som organisasjonsmodell for deler eller hele kommunen i 8-10 år. Da modellen ble etablert som overordnet styringsmodell ble det pekt på tre hovedbegrunnelser for dette: For det første mente en at en kunne *redusere utgiftene* til drift, noe som var nødvendig ut fra kommunens vanskelige situasjon. For det andre ble det pekt på at brukerne ville få *bedre rettsikkerhet* gjennom enkeltvedtak. Og for det tredje ble det argumentert med at *de ansatte ville få fordeler* av modellen, i og med at gjennom prisfastsettingssystemet ville flere oppgaver gi mer penger til virksomheten. I den gamle modellen hadde virksomhetene alle funksjoner,

også vedtak - hvis man i det hele tatt hadde vedtak. Hovedproblemet her var at vedtak og tjenester ikke var i samsvar med hverandre pga personalmangel og for stramme rammer. Dette, ble det hevdet, hang ikke sammen.

I intervjuene er det av mange pekt på at en etter hvert har etablert et erfaringsgrunnlag som har modifisert og tilpasset prinsippene fra bestiller-utfører-organisasjon til den lokale situasjonen. Dette dreier seg dels om den overordnede ledelse. Tidligere var rådmannsteamet splittet med tre kommunalsjefer, i samsvar med strukturen gitt av bestiller-utførerprinsippet. En av kommunalsjefene hadde da ansvar for bestillinger (forvaltningsenheten), mens en annen hadde ansvar for bestillerenhetene. Dette viste seg å bli en kunstig oppdeling i forhold til tanken om teamorganisering i overordnet ledelse. Nå finner en skillet mellom bestillere og utførere på de lavere nivåene i organisasjonskartet. Og også her er det foretatt betydelige modifikasjoner i forhold til en teoretiske modellen.

Organisering av bestiller-utfører-relasjonene.

I denne kommunen er det samme enhet – Forvaltningskontoret (noen ganger kalt forvaltningsenheten) - som har ansvar for både den ”store” og ”lille” bestillingen. Dette skiller seg noe fra mange andre kommuner som har valgt bestiller-utfører-organisering der ulike enheter ivaretar henholdsvis de ”store” og ”små” bestillingene. Rammene for de ”store” bestillingene kan forstås som en konkretisering av økonomiplanen. Her avklares hvilke tjenester som skal leveres av virksomhetene, og om omfang og oppgavefordeling. Det viktigste aspektet ved dette er at forvaltningskontoret har ansvar for å se til at utførerenehetene følger opp i forhold til de tildelte økonomiske rammer. Derved fremstår den ”store” bestillingen som en variant av tradisjonell mål- og rammestyrt.

Også enkeltvedtak (dvs. ”små” bestillinger) er forvaltningsenhetens ansvar. Dette dreier seg om bestillinger av tjenester fra en eller flere virksomheter til enkeltbrukere, knyttet til formelle vedtak. Ansatte ved Forvaltningskontoret har fordelt – på bakgrunn av utdanning og yrkeserfaring - ulike deler av kommunale tjenester til enkeltbrukere mellom seg. I forhold til mennesker med psykiske lidelser er det en person (i disse dager supplert med ekstraressurs gjennom nytilsetting) som har ansvaret for bestillingene. Denne personen har naturlig nok en nøkkelrolle i forhold til hvordan bestillerfunksjonen konkret utformes. Samtidig er det en annen ansatt ved Forvaltningskontoret som har ansvar for bestillinger knyttet til rustjenester. Dette har betydning for det arbeidsfeltet ved at utførereneheten vi har studert har ansvar både

for rus og psykiatri, mens som nevnt bestillerfunksjonen i forhold til brukergruppen(e) som betjenes av virksomheten er splittet. Forvaltningssjefen har uansett et totalansvar – det vil si både for ”små” og ”store” bestillinger, og for at bestillingene fremstår som samordnet og helhetlige overfor brukerne.

I pleie- og omsorgstjenestene er det et system med prising av tjenestene etter pleietyngde. Dette er likevel ikke ISF-prising etter modellen fra Kristiansand/Ernst & Young, men ble etablert allerede i 1997 – det vil si før Kristiansand-modellen ble utviklet. Det oppgis at det er et relativt enkelt system, idet en priser tjenestene etter en skala fra 1 – 6. Dette innebærer for eksempel at hjemmebesøk med vurdering av behov pluss en beregning av hvor mye personalressurser som trengs i det enkelte tilfellet legges til grunn, og at utførerne får ressurser i tråd med en vurdering av pleietyngde.

Dette prissystemet er imidlertid ikke gjort gjeldende for tiltak for psykisk utviklingshemmede (PU) og mennesker med psykiske lidelser. Her har en ment at ISF-prising er for lite fleksibel i forhold til behovsvurderinger hos disse brukerne. I stedet har en her valgt å beregne pris etter det en betegner som ”skreddersøm”, det vil si tilpasset den enkelte brukers tjenestebehov uten på forhånd definerte standarder. Bestillerenhetens ansvarlige for tjenester til mennesker med PU/psykiske lidelser avklarer ressursbehovet i det enkelte tilfellet, etter samtaler med bruker og utførerne. Det vedtas om tjenester som brukeren har behov for, og deretter hvor mye (personal-)ressurser en trenger fra sak til sak.

”Skreddersøm” innebærer imidlertid ikke at ”penger – følger - brukeren”- prinsippet gjøres gjeldende. Vedtak forutsettes å ses i sammenheng med ressursrammen til virksomheten. Dette avpasses dels gjennom den enkelte bestilling, dels gjennom driftsmøter mellom forvaltningskontoret og utførerenheten. På driftsmøtene ser en fremover om mulige nye ”bestillinger” som kan komme (for eksempel der en kjenner til at en bruker kommer tilbake til kommunen fra sykehus), og ved at en informerer om ressursituasjonen slik at denne kan tas hensyn til i de kommende bestillingene. Virksomheten har kun opplevd noen få tilfeller der budsjettammen er økt, da hovedsakelig gjennom statlige bevilgninger.

Generelt gjelder derved at forvaltningsenheten/bestillerenheten både har ansvar for den ”store” og ”lille” bestillingen. Og det blir da også Forvaltningskontoret som har ansvaret for de beslutninger som genererer de samlede utgiftene. Dette innebærer at konflikter mellom

tildelte rammer til den enkelte virksomhet og totalutgiftene knyttet til summen av enkeltvedtak, i første omgang blir forvaltningsenhetens ansvar. Forholdet mellom rammene i de ”store” bestillingene og utgiftspresset som sum av alle de ”små” bestillingene er derved ikke uten videre utførerenshetenes problem, men blir også forvaltningsenhetens.

Mens en kan ha relativt avklarte relasjoner mellom bestillerenhet og utførerenheter der en har de ”objektive” mål for pleietyngde prisfastsettingsystemet legger opp til, representerer skreddersøm-bestillingene spesielle utfordringer i denne relasjonen. Her er det kontinuerlig dialog og diskusjoner om brukernes behov mellom bestillere og utførere, selv om det i intervjuene hevdes at en som oftest blir enige uten problemer. For forvaltningsenheten blir da spørsmålet om den prisen en er blitt enige om da er den ”riktige”. Driver virksomheten effektivt nok – eller har utførerenshetene slack? I denne forbindelsen forutsetter overordnet ledelse at bestilleren ”trækker” mer på – for eksempel sikre at utførerenshetene organiserer arbeidet slik at personalet kan effektivisere hjemmebesøk og lignende. Utførerne ønsker ofte mer ressurser – tid eller personale – mens bestilleren må gå inn i måten arbeidet organiseres på for å kunne stille kritiske spørsmål om det. Her er det et spenningsforhold som gjelder spesielt for de delene av virksomheten der pris fastsettes gjennom skreddersøm, og det blir hevdet at en strever med å finne riktig pris på disse tjenestene. Forvaltningsenheten blir her satt i en rolle der en i en viss forstand må overprøve virksomhetene for å gi mer ”trøkk” på effektiv organisering i virksomhetsledelsen generelt, og for å sikre at den enkelte ansatte er mer effektiv. Dette er imidlertid et dilemma i forhold til prinsippene styringsmodellen bygger på, idet kvalifiserte og informerte synspunkter om dette forutsetter detaljkunnskaper om hvordan virksomheten er ledet og organisert, samtidig som det er virksomhetslederne som har totalansvar for å nå resultater i følge modellen, mens forvaltningen ikke skal intervensere i driften.

”Myke” relasjoner - arbeidsprosessen i psykisk helsearbeid.

Utgangspunktet er en henvendelse til forvaltningskontoret. Det er også her indikasjoner på at det er vanskelig å komme i kontakt med dette kontoret. I en periode var en stor del av personalgruppen der sykemeldt og noen av problemene kan skyldes dette.

Forvaltningskontoret tar så kontakt med brukeren for å få en nærmere avklaring av hva behovet faktisk er. I noen tilfeller konkluderer det med at det ikke er grunnlag for tjenester fra psykiatrien, men at indikasjonene er av en slik art at de kan løses ved hjelp av andre

tjenester. For eksempel kan det tenkes at en eldre person som beskrives som deprimert, kan få god hjelp gjennom Røde Kors sin besøktjeneste.

Dersom forvaltningskontoret finner ut at det er reelt behov for kommunale tjenester, kartlegger det videre hva slags behov som finnes. Dersom slik kartlegging er grei, så utformer det et forslag til tjenester. Dette forslaget diskuteres så med utførerenheten.

Forvaltningskontoret har faste møter med utførerenheten hver annen uke og tar også direkte kontakt mellom disse møtene dersom det er behov for det. Innholdet i tjenestene blir så tilpasset de synspunktene som utførerenheten har. Det betyr at innholdet kan tilpasses både på grunnlag av faglige vurderinger og på grunnlag av ressursvurderinger. Disse diskusjonene er åpne og preget av at begge parter synes at de er viktige. Dette betyr ikke alltid at de kommer frem til enighet og forvaltningskontoret kan velge å se bort fra innvendinger fra utførerenheten, dersom det mener det er en riktig løsning for brukeren. Vi har likevel ikke noen indikasjoner på at dette skjedde ofte.

Ressurssituasjonen er vanskelig, og enkelte vedtak blir derfor ikke satt ut i livet fra første stund, men det foregår gjerne en viss opptrapping. I noen tilfeller er det vanskelig å ha helt klart for seg hva brukeren trenger av hjelp. Da kan det være at forvaltningskontoret samarbeider med utførerenheten om å kartlegge brukerens behov. Det kan også være aktuelt å utforme midlertidige vedtak, inntil man har fått bedre oversikt over hva den konkrete brukeren trenger av hjelp.

Vedtakene er tidsavgrensede. I god tid før vedtaket løper ut, får både forvaltningsenheten og utfører melding om at vedtaket nå er i ferd med å løpe ut. Både utfører og forvaltningsenheten har derfor grunnlag for å gjøre det som er nødvendig, dersom de mener at det fortsatt er behov for tjenester. Normale rutiner skal sikre at ikke vedtak løper ut uten at dette er tilsiktet.

Konfliktstrukturer i ”hard” og ”myk” modell.

De to kommunene som ble studert viste seg å være svært ulike i sin praktiske utforming og anvendelse av modellen. Samtidig er det noen elementer som er likeartede, og som gjør det meningsfylt å diskutere variasjonsbredden i fortolkningen av modellen på dimensjonen ”myk-hard”. Et trekk som slår en er at i begge kommunene står en overfor utfordringer knyttet til misforholdet mellom økonomiske rammer og brukernes behov. Det som skiller de to kommunene, er at konfliktene knyttet til dette misforholdet struktureres på ulike måter: der en

har valgt en ”hard” modell blir dette i første omgang en konflikt mellom bestiller- og utførernivået, mens det der en har valgt en ”myk” fortolkning i første omgang skaper konflikt innad i bestillerenheten, og med en mer avdempet konflikt mellom de bestiller- og utførernivåene. Hvordan er så konsekvenser for brukerne og for utførelsen av profesjonelt arbeid?

Konsekvenser for brukerne – økt brukerfokus og rettsikkerhet?

Et mål med modellen er styrking av brukerfokus og bedre rettsikkerhet for brukerne. Som vi har vært inne på foran, ser vi mulighetene for at modellen kan bidra til økt brukerfokus og rettsikkerhet. Flere andre studier har også vist at dette er den viktigste begrunnelse for innføring av modellen, og her modellen har sin klare styrke (RO 2004, Busch og Vanebo 2001). Dette kan være en konsekvens av at fokuset i utgangspunktet forutsettes å bare være brukerens behov, og ikke kommunens økonomi og tjenestenes kapasitet. Vi ser også at *en* inngang til alle kommunale tjenester er en fordel for brukerne. Klare vedtak som spesifiserer tydelig hva slags tjenester som brukeren har krav på, kan være en styrking av brukernes rettsikkerhet. Det er ikke tjenesteyterens individuelle vurdering av hva vedkommende skal yte av tjenester som styrer innholdet i tjenestene, men derimot spesifikasjonene i vedtaket. Dersom bruker ikke får den hjelpen vedkommende har behov for og som er spesifisert i vedtaket, kan vedkommende bruker klage. Brukerfokus er derfor i teorien styrket.

Praksis viser likevel at dette utsagnet må modifiseres. Tilgjengeligheten til brukersenteret er avgrenset. Det betyr at brukere som har vansker med å ta kontakt, vil kunne få problemer. Rask oppfølging og saksbehandling er også positivt for brukeren. Problemet er bare at for mange med psykiske lidelser tar det noe tid før vedkommende klarer å presentere alle sine behov. Mange ganger tar det også tid før en tjenesteyter klarer å etablere en slik relasjon med brukeren at vedkommende blir åpen på sine problemer og behov. Til tross for at ingen stiller spørsmål ved Brukersenterets kompetanse, er det en stor skepsis til at Brukersenteret gjennom sin raske saksbehandling faktisk klarer å få frem hvilke behov brukeren har.

For oss innebærer et brukerfokus at man har rutiner som medfører at brukeren gis muligheter til å formulere sine behov. Vi er ikke i tvil om at det finnes ressurssterke brukere som har slik kompetanse at de kan konkretisere klare krav og ønsker overfor brukersenteret. Våre tilbakemeldinger tyder likevel på at disse er i et klart mindretall innenfor psykiatrien. I

realiteten innebærer den saksgangen som nå benyttes at for flertallet av brukerne utformes ikke tilbudet til dem på grunnlag av en dialog over tidⁱⁱⁱ.

Brukerfokuset handler også om medvirkning. I denne sammenhengen snakker vi om medvirkning i utforming av tjenestetilbudet. Ved en ”hard” praksis har brukeren bare innflytelse på innholdet i tjenesten hver gang vedtakene formelt endres, og knapt nok da. Ved en ”myk” praksis kan man i større grad forhandle om utformingen av tjenestene underveis. Med en hard praksis forhandler man med en annen enn den som utøver tjenesten og som man ellers gjerne føler seg avhengig av. Hvorvidt det er en fordel å forhandle med den som yter tjenesten vil nok være avhengig av individuelle kjennetegn både hos bruker og tjenesteyter. Våre data gir ikke grunnlag for å trekke noen konklusjoner på dette spørsmålet.

Konsekvenser for profesjonelt arbeid.

Vi skal her peke på to aspekter ved faglig-profesjonelt arbeid som vi anser som særlig interessante i møtet mellom psykisk helsearbeid og bestiller-utfører-modellen:

For det første spør vi i hvilken grad de faglig ansattes *strategiske posisjon* i forhold til det overordnede politiske systemet har endret seg. Dette dreier seg dels om kontakt og informasjon, dels om hvordan en forholder seg til spenningen mellom faglig definerte behov og økonomiske rammer. Det andre forholdet handler om hvorvidt karakter og omfang av faglig autonomi på det ”operative” nivået – der en arbeider med brukerne til daglig – endres gjennom etableringen av denne modellen.

Konsekvenser for de faglig ansattes kontakt og informasjon til politisk beslutningsnivå.

Ingen av de vi intervjuet har hatt kontakt med politikere i forbindelse med spørsmål om psykisk helsearbeid. Ingen av de intervjuede i Brukersenteret (som arbeidet med psykisk helsearbeid) eller utførerenheten hadde hatt kontakt med rådmannen. I forhold til politikerne er dette i samsvar med måten ”timeglassmodellen” og formell tjenestevei forutsettes å fungere. Rådmannen skal være formidlingsinstans mellom politiske organ og utførerenhetene. Det ble stilt spørsmål ved om politikerne har tilstrekkelig informasjon til å kunne foreta kvalifiserte vurderinger av hvordan tilbudet til mennesker med psykiske lidelser fungerer – og burde fungere – uten slik direkte kontakt. Dette er i samsvar med kunnskapen om hvordan moderne New-Public-Management-inspirerte modeller generelt fungerer: det er et underliggende mål å forhindre at de fagansattes krav om mer ressurser til sin virksomhet skal undergrave kommuneøkonomien (Ramsdal og Skorstad 2004). Men en rekke studier har

vist at både profesjonsgruppene savner kontakt med politikerne, og politikerne savner kontakt med de fagansatte om hva som ”egentlig foregår” i de ulike virksomhetene (Vabo 2002, Ramsdal, Michelsen og Aarseth 2002).

Slik sett synes det som om de faglig-profesjonelles strategiske situasjon er svekket. På den annen side ble det hevdet at når kunnskapen om de udekkede behov for tjenester ble åpenbart gjennom motsetningsforholdet mellom den ”store” bestillingens ressursrammer til virksomhetene og de vedtakene som lå bak de ”små” bestillingene, hadde feltet så god dokumentasjon for behov for flere ressurser at det var vanskelig for overordnede beslutningsnivåer ikke å ta hensyn til denne informasjonen.

Forholdet mellom faglig definerte behov og økonomiske rammer.

En hovedutfordring for bestiller-utfører-modellen er spenningsforholdet mellom den ”store” og ”lille” bestillingen. Den ”store” bestillingen er i stor grad tuftet på en økonomistisk rasjonalitet, der kostnadseffektivitet i den enkelte resultatenhet er et mantra. Kommunenes vanskelige økonomiske situasjon medfører at utførerne presses til å fokusere på kjerneoppgavene innenfor trange budsjettammer. Den ”lille” bestillingen er derimot tuftet på brukernes behov, knyttet til rettsikkerhetshensyn og faglige vurderinger. Derved er spenningen mellom behov og ressurser som gjelder generelt for moderne velferdstater *desentraliseres og fortettes* på utøvernivået – der virksomhetene må avklare hvordan en skal ivareta eksplisitt uttalte behov i form av vedtak i forhold til eksplisitte krav om å utføre oppgaver innenfor gitte rammer. Jo ”hardere” bestiller-utfører-organisasjonen fungerer i forhold til denne spenningen, jo sterkere press vil det bli på de ansatte. ^{iv}

Endringer i profesjonenes faglige autonomi på det ”operative” nivået.

I utgangspunktet er bestiller-utfører-organisering basert på prinsippet om sentralisering av de krav som bestillingene innebærer, og desentralisering av ansvar for gjennomføring av oppgavene til de som arbeider i utførernehetene. Derved er modellen tvetydig i forhold til spørsmål om profesjonell autonomi. Det viktigste skillet er at de fagansatte som arbeider i utførernehetene nå ”slipper” arbeidet med å saksbehandle søknader og utforme vedtak (i den grad dette ble gjort tidligere).

Dette innebærer at prosessen som særpreger profesjonelt arbeid brytes. Denne forutsetter at den profesjonelle har hånd om prosessens ulike steg; datainnsamling, analyse, tiltak og

evaluering av effekter av tiltak (Freidson 1970, Abbott 1988). I bestiller-utfører-modellen er det imidlertid bestilleren som foretar datainnsamling og analyse, og deretter spesifiserer de tiltak fagansatte i utførerene skal gjennomføre. Og i neste omgang er også evalueringen overlatt til bestillerenhetene – gjennom etablering av ulike systemer for kvalitetssikring og revisjon. Dersom en ser mer avgrenset på det som betegnes som ”evalueringsprosessen” i profesjonelt arbeid, viser analysen at der en velger en ”hard” modell står en overfor tre mulige responser fra utøvernes side som alle er problematiske: Den første er å være illojal mot vedtak dersom en gjennom nærheten til brukeren ser at bestillingen ikke er faglig adekvat, noe som avleder negative sanksjoner fordi en bryter de krav til atferd modellen forutsetter. Det andre alternativet er å være lojal mot vedtakene til tross for at en oppfatter tiltakene som inadekvate. forutsetter – med de etiske dilemmaer dette medfører (Vike et al 2002). Og det tredje er å påta seg å bistå brukeren i å søke om omgjøring av vedtaket, noe som innebærer at tjenesteyteren blir saksbehandlere for de vedtak de senere skal utføre – noe som også innebærer en re-byråkratisering av arbeidsprosessen.

Teoretisk sett vil dette alt i alt innebære at profesjonsutøveres posisjon svekkes. Av analysen av de kommunene vi har studert viser det seg likevel at to forhold modifierer dette inntrykket noe: for det første er det i begge kommunene en ”myk” variant med hensyn til kompetanse, idet det er personer med *samme* profesjonsbakgrunn som innehar bestiller- og utførerfunksjonene. Det er med andre ord personer med relativt likeartet profesjonsbakgrunn som får splittet arbeidsprosessen beskrevet foran seg i mellom. En felles kunnskapsbasis synes å være en forutsetning for å skape den grad av legitimitet som bestillingene i utgangspunktet hadde blant fagansatte i begge kommunene.

Det andre aspektet er at modellens brukerfokus, og rettsikkerhetsaspektet særlig, synes å styrke fagprofesjonenes rolle. Grunnlaget for det er at ”rettsikkerhet” dreier seg om to forhold: en prosessuell og en materiell side (Bernt 1994). Fokus på den prosessuelle side kan lett svekke helse- og sosialarbeiderprofesjonenes rolle, og i stedet skape grunnlag for en ”juristifisering” av relasjonene mellom brukerne og myndighetene – slik en opplever at de økende krav om lovgrunnlag for tiltak i psykiatrien ”puster helseprofesjonene i nakken” med tidsfrister og uhildet behandling. Men på den annen side vil de materielle rettsikkerhetskrav kunne styrke profesjonenes rolle, idet innholdet i tiltak og tjenester som er lovpålagte forutsetter at sakene behandles av kompetente personer. Her vil rettslige standarder, for

eksempel kravet til ”faglig forsvarlighet”, innebære at profesjonene selv tar stilling til når slike standarder er oppfylt.

Konklusjoner.

Bestiller-utfører-organisering fører ikke til økonomiske innsparinger. Tvert imot vil en i kommuner med ”harde” varianter måtte forvente et utgiftspress nedenfra – når summen av enkeltvedtakene ikke er satt i sammenheng med ressursrammene for virksomhetene (forholdet mellom den ”lille” og ”store” bestillingen). Innføring av ISF vil øke utgiftspresset – slik en har påvist at denne finansieringsformen fungerer i helseforetakene. Slik vi ser det skyldes det at bestiller-kontorets praksis med å la brukernes behov definere innholdet i vedtaket avdekker et reelt underforbruk i den kommunale psykiatrien. I den kommunen med den myke praksisen avdekkes ikke slikt underforbruk i samme grad fordi vedtakene utformes i forhold til de ressursene som finnes. For psykiatrien kan det derfor se ut som om en hard best-ut-modell er en fordel fordi denne kan avdekke eventuelle manglende ressurser i sektoren. Spørsmålet blir likevel om ikke slik dokumentasjon av en eventuell ressursmangel kan oppnås på andre måter.

Vi ser også at modellen bygger på en logikk som vanskelig lar seg tilpasse psykiatrien. De grunnleggende forutsetningene i modellen er den rasjonelle bruker med stabile behov. Dette er en forutsetning som, i følge våre data, er klart problematisk. Det er åpenbart vanskelig å få frem en klar og entydig bestilling fra brukeren, og uansett så kan behovene for tjenester variere sterkt fra periode til periode. Løsningen på dette problemet synes å være at vedtakene blir mer upresise og begreper som ”etter behov” blir brukt for å beskrive omfanget av en tjeneste. Dette imøtekommer sektorens behov, men ivaretar i liten grad målsettingen om å få frem entydige og styrende vedtak. Samtidig er dette et (ytterligere) argument for å velge en ”myk” bestiller-utfører-variant.

Den tredje konklusjonen er at modellen i seg selv ikke styrker brukermedvirkningen. Presise vedtak er en fordel dersom disse er uttrykk for de reelle behovene og de er nødvendige for å sikre at tjenestene blir ytt. I psykisk helsearbeid synes det som om vi kan stille spørsmål ved om et slikt vedtak til enhver tid gir uttrykk for de reelle behovene. Velger man derimot en løsning med formuleringen av typen ”etter behov”, er det grunn å tro at det er tjenesteyteren

som sitter med retten til å definere når det foreligger slikt behov, slik det også forutsettes å være i andre, mer profesjonsbaserte styringsmodeller.

På mange måter er våre forventninger om at det er særegne utfordringer å tilpasse bestiller-utfører-organisering til tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser bekreftet. En åpenbar fordel er økt brukerfokus, knyttet til rask saksbehandling, rettsikkerhet gjennom økt forutsigbarhet, og at aktivitetene sentreres om brukernes behov for tiltak og tjenester. Men til en viss grad er disse fordelene mer knyttet til formaliteter enn til realiteter. Problemene er som forventet særlig knyttet til at brukergruppens behov er komplekse og endrer seg over tid. Derved vil nære relasjoner mellom bruker og ansatte med fagkompetanse i forhold til brukergruppen være avgjørende for å gi gode tjenester. I mange sammenhenger fremstår modellen som for rigid til å fange opp denne kompleksiteten. Vi ser imidlertid at etter en tids møte mellom modell-logikk og arbeidsfeltets særpreg er det foretatt modifikasjoner som tilpasser modellen bedre til de ulike hensyn som skal ivaretas i forhold til brukergruppen. Eksempelene på dette er først og fremst at vedtakene i økende grad er blitt formulert slik at de er mindre spesifikke. Dette legger til rette for at faglig skjønn på utførersiden blir bedre ivaretatt.

Det har her vektlagt at det er et viktig skille mellom ”hard” og ”myk” bestiller-utfører-organisering i forhold til psykisk helsearbeid. I møtet med de særegne kjennetegn ved arbeidsfeltet er det naturlig å velge en oppmykning av modell-logikken. Men til tross for at en kan påvise store problemer i møtet mellom ”harde” bestiller-utfører-organisasjoner og den praktiske arbeidsutførelse, vil politiske krav om kostnadseffektivisering og brukerfokus kunne medføre at det er nettopp slike modeller som blir anvendt i kommunene og i spesialisttjenestene.

Noter

ⁱ Gunnar Vold Hansen arbeider for tiden med en doktoravhandling om erfaringene med bruk av individuelle planer i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser, mens Helge Ramsdal samarbeider med NIBR i et prosjekt om kompetanseutvikling og organisering av kommunale tiltak og tjenester knyttet til NFR's evaluering av Opptappingsplanen.

ⁱⁱ Det er viktig å understreke at de data vi har ikke dekker alle de tiltak og tjenester som tilbys mennesker med psykiske lidelser i de kommunene vi har studert. Slike tiltak og tjenester tilbys både av andre tjenesteenheter som har et særlig fokus på denne brukergruppen, og også av andre tiltak og tjenester som har mennesker med psykiske lidelser som en av flere brukergrupper. Noen ganger er mennesker med psykiske lidelser identifisert som en egen brukergruppe (for eksempel gjennom diagnose) i disse tjenestene, men i mange tilfeller er de ikke skilt ut fra andre brukere. Vi mener likevel at de data vi har gir et godt bilde av hvordan Best-ut-modellen påvirker tiltak og tjenester for denne brukergruppen.

ⁱⁱⁱ Vi har her benyttet begrepet brukerfokus. Dette er et rimelig uklart begrep og vi skal derfor se litt nærmere på dette begrepet. Utgangspunktet er egentlig et annet begrep, brukervedvirkning. Vi mener at vi kan beskrive brukervedvirkningsbegrepet ved hjelp av en glideskala. Denne glideskalaen går fra liten grad av brukervedvirkning til stor grad av brukervedvirkning. På skalaen beskriver vi 4 punkter (Hansen, G.V. 2001):

- Brukerperspektiv – brukernes interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet
- Brukerdeltakelse – brukerne får delta i beslutningsprosessene
- Brukerinnflytelse – brukerne har innflytelse over tiltakene som iverksettes
- Brukerstyring – brukerne styrer tiltakene selv

v I noen tilfeller har en sett at mens den "store" bestillingen går til virksomhetsleder, går de "små" vedtaksbestillingene direkte til teamansvarlige. I forhold til virksomhetsleders totalansvar for resultater blir dette en ytterligere spenning, idet hun da står til ansvar for de økonomiske konsekvensene av enkeltvedtak hun ikke en gang vet er iverksatt!

Litteratur.

Aarsæther, Nils og S. Vabo: *Fristilt og velstyrt? Fokus på kommune-Norge*. Samlaget 2002

Abbott, A.: *The System of Professions. An essay on the Division of Expert labour*. Chicago og London. University of Chicago Press 1988.

Bernt, Jan F.: Statlig kontroll med kommunen – en trussel eller forutsetning for det kommunale folkestyrets legitimitet? I Baldersheim, H. et al.: *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo, Tano 1997.

Brignall, S. og Modell, S.: An institutional perspective on performance measurement in the "new public sector". *Management Accounting Research*, 11, 281 – 306, 2000.

Busch, Tor og Vanebo, Jan Ole: *Bestiller-utfører-modellen. utfordringer og problemområder*. Sluttrapport 14.12.2001. Kommunenes Sentralforbund 2001.

Ejersbo, Niels og Greve, Carsten (red.): *Den offentlige sektor på kontrakt*. Børsens Forlag A/S 2002.

Ernst og Young: *Hva koster tjenesten? Utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering av kommunale tjenester*. Kommunenes sentralforbund og Kristiansand kommune, Oslo 2003.

Freidson, E.: *Profession of Medicine*. The University of Chicago Press, Chicago 1970.

Hansen, Gunnar V.: *Kommunikasjon og samarbeid på like vilkår mellom funksjonshemmede og hjelpere*. Funksjonshemmedes studieforbund, Oslo 2001

Hovig, Sissel og I.M. Stigen: *Kommunal organisering 2004*. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. *NIBR-notat* 2004:124, Oslo 2004

Klausen, K.K.: Modernisering av offentlig sektor – bakgrunn og teoretisk ramme. I Busch, T., E.Johnsen, K. K. Klausen og J.O. Vanebo: *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget 2001.

Kommunenes Sentralforbund: *Veileder i bestiller-utfører-organisering i pleie- og omsorgstjenesten*. Kommunenes Sentralforbund, Oslo 2004.

Nesheim, T. og Vathne, K.: *Konkurransetsetting og bestiller-utfører-organisering i norske kommuner*. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Bergen 2000.

Osborne, D. og T. Gaebler: *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading., Mass.: Addison-Wesley 1992.

Oslo kommune, Kommunerevisjonen: *Erfaringer med bestiller-utfører-organisering*. Bydel Uranienborg-Majorstuen som eksempel. Rapport 25/2003.

Ramsdal, H., S. Michelsen og T. Aarseth: *Profesjoner, stat og lokalstyre*, I Bukve, O. og A. Offerdal (red.): *"Den nye kommunen?"* Samlaget 2002 (kommer).

Ramsdal, Helge og E. Skorstad: *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltningen mellom offentlig og privat organisering*. Fagbokforlaget 2004.

Sabel, Charles H.: *A Quiet Revolution of Democratic Governance: Towards Democratic Experimentalism*, i OECD: *Governance in the 21st century. Future Studies*. Paris 2001.

Sahlin-Andersson, Kerstin: *I møtet mellom reform og praktik.*, i Zeuthen Berntsen et al.: *Når styringsambisjoner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag, Kbh. 1999.

Signe Pape/Kommunenes Sentralforbund: *Bestiller- og utførermodellen og kontraktstyring av tjenesteproduksjonen – økt byråkrati eller mer selvstendighet*. En veileder fra KS. KS, Oslo 2000.

Zeuthen Berntsen, : *Når styringsambisjoner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens forlag, Kbh. 1999.