

Bestiller-utfører-organisering innen fysio- og ergoterapitjenester – en moderniseringsøvelse til besvær?

Abstract

Implementing the Purchaser-Provider Model in physiotherapy and occupational therapy services - a troublesome exercise in modernisation?

The Purchaser-Provider Model is on its way into Norwegian municipalities. The model assumes a separation of the roles of purchaser and provider, and that these roles are carried out through different organisational units. This paper addresses the implementation of the purchaser-provider model in physiotherapy and occupational therapy services in a local district in the city of Oslo. The empirical material consists of interviews with the persons responsible for both purchasing and providing the physiotherapy and occupational therapy services in the district, and in addition various relevant documents. The practice in the district represents a significant modification of the theoretical «ideal» model. The model is implemented internally in the municipal organisation, the provider has the budgetary responsibility, it is a close integration between purchaser and provider, and the roles are not distinctly separated. The basis for this adjustment can be understood within three contexts. Firstly, a local context related to the implementation of the model in the district. Secondly, the context related to the professional field of rehabilitation, and thirdly, a Norwegian municipal context. The discussion shows the importance of studying implementation of such models in a contextual perspective. Further, the results give reasons to bring up an issue concerning the connection between organisational modernisation in the municipalities and the effects on the quality of services.

Keywords: Purchaser - Provider Model, municipal, rehabilitation, modernisation, contextualisation
Nøkkelord: Bestiller - utførermodell, kommunal, rehabilitering, modernisering, kontekstualisering

AV BENTE MERETE JOTEN SKOG OG JAN ANDERSEN



Bente Merete Joten Skog er cand. san. Hun arbeider som enhetsleder i Ullensaker kommune. E-post: bente.wilskog@hotmail.com



Jan Andersen er førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer

Introduksjon

Innledning

De siste 20 - 30 årene har de vestlige velferdsstatene vært preget av en kursendring. På 1980-tallet ble «modernisering» av offentlig sektor, hvor resultatet var et ønske om innføring av New Public Management (NPM), satt på dagsordenen (Hjelmtveit, 2005). NPM er en markedsinspirert reformbølge som hviler på en problemforståelse som tar utgangspunkt i at offentlig sektor er for dyr, for tungdreven og for fjern i forhold til menneskene den skal betjene (Vabø, 2003).

Tradisjonelt har forvaltning (styring eller bestilling) og drift (utføring) av helsetjenester blitt håndtert i en og samme organisatoriske enhet. Som

ledd i reformbølgen, herunder bestiller-utførermodellen (BUM), har utviklingen imidlertid gått i retning av å skille disse oppgavene i to organisatoriske enheter/avdelinger. BUM ble utbredt i omsorgstjenestene i svenske kommuner på 1990-tallet, men synes der å være i tilbakegang. Samtidig har modellen etter århundreskiftet vært på veg inn i norske kommuner (Vabø, 2005). Om lag elleve prosent av de norske kommunene har innført ordningen innen pleie- og omsorgstjenestene i 2008 (Hovik & Stigen, 2008; RO 2006). Likevel representerer disse kommunene litt over halvparten av Norges befolkning, da modellen er et stor-kommune-fenomen.

Den internasjonale forskningen om skillet mellom bestiller og utfører er ofte knyttet til privatisering av tjenestene. Dette skiller seg fra norske forhold hvor tyngden av tjenestene

Oppgitte interessekonflikter: Ingen.

driftes gjennom kommunal virksomhet. I internasjonale studier tas også andre momenter inn. Vi vurderer det som vanskelig å sammenligne effektene av modellen på tvers av landegrensene, fordi BUM gjerne er ulikt utformet både mellom land og innen et og samme land (jevnfør for eksempel Siverbo, 2004). Det er derfor mest relevant å ta utgangspunkt i studier av nordiske forhold. Det foreligger noen norske studier av BUM innen pleie- og omsorgstjenesten (Nesheim, 2004; Tuft, 2000; Vabø, 2005), sosialtjenesten (Thorisdottir & Laupstad, 2005), samt innen psykisk helsearbeid (Ramsdal & Hansen, 2005). I en gjennomgang av nordisk forskning innen eldreomsorgen konkluderer Vabø (2005) med at det er lite forskning om hvordan BUM påvirker de ansattes praksis, og hvordan reformene fungerer sett fra et «grasrotperspektiv». Vi er ikke kjent med at det foreligger tidligere studier med utgangspunkt i fagområdet rehabilitering og tjenestene fysio- og ergoterapi. Med bakgrunn fra offentlig ledelse av forvaltning og drift innen rehabiliteringsfeltet ønsket førsteforfatteren å gjøre en studie av bestiller-utførermodellen sett i forhold til fysio- og ergoterapitjenestene. Studien, som ble foretatt blant ansatte i en bydel i Oslo, er gjort i forbindelse med hovedfag i Helsefagvitenskap (Skog, 2007). Artikkelen bygger videre på denne studien.

BUM er en sentral del av New Public Management-tenkningen (NPM), hvor NPM fremstilles som «resepten» som foreskriver organisasjonsmodeller, styringsformer og virkemidler i offentlig sektor inspirert av løsninger i privat næringsliv. Tenke måten bygger på generiske premisser, det vil si forestillinger om at det finnes universelle mekanismer og styringsinstrumenter som kan benyttes uansett kontekst (Klausen, 2005), nærmere bestemt at en kan overføre prinsipper fra en sektor til en annen, eller mellom virksomhetsområder innen samme sektor. På denne måten fremstilles BUM som en modell som kan gjelde for alle typer organisasjoner nærmest uavhengig av virksomhetsområde. Med utgangspunkt i det-

te perspektivet vil en være på leting etter idealtypiske trekk ved BUM, og forvente at utformingen i praksis vil ligge nært opp til dette.

I praksis viser det seg imidlertid at det skjer lokale tilpasninger av reformene, og at modeller som «importeres» ofte får en utforming som i større eller mindre grad avviker fra de idealtypiske trekkene (jevnfør Sahlin-Andersson, 1999; Vabø, 2004). Dette tyder på at konteksten som modeller og virkemidler innføres i, har betydning for hvordan resultatet blir. Ut fra denne kunnskapen vurderer vi det hensiktsmessig å trekke inn et alternativt perspektiv som vektlegger en kontekstuell tilnærming. Ut fra dette perspektivet må organisasjonen ved utforming av nye organisasjonsmodeller og virkemidler ta hensyn til viktige forskjeller mellom privat og offentlig sektor, samt ulikheter mellom virksomhetsområder innen offentlig sektor (Christensen, Lægred, Roness & Røvik, 2004). Denne type situasjonsavhengig eller kontekstuell tilnærming er sentralt innen skandinavisk ny-institusjonell organisasjonsteori (Røvik, 2007). Her vektlegges at nye modeller må oversettes på forskjellige måter ut ifra de ulike sammenhengene, de etablerte rutine, forventningene og systemene de innføres i. Dette innebærer at en bak en felles betegnelse finner ulike praksis og ulike kombinasjoner av løsninger (Sahlin-Andersson, 1999). BUM er en slik modell som er «på reise», og som innføres i ulike offentlige virksomheter i forskjellige land. Når modellen «møter» nye organisasjoner vil det skje en translasjon (oversettelse) som tilpasser modellen til etablerte standarder, normer og rutiner i iverksettingsorganisasjonen (Røvik, 2007). Det synes derfor viktig å skille mellom idealtypiske trekk ved modellen og hvordan den faktisk implementeres i ulike lokale kontekster.

Med utgangspunkt i ovennevnte er problemstillingen som følger: *Hvordan er BUM utformet i praksis i bydelen i forhold til tjenestene fysio- og ergoterapi, og hvordan kan vi forstå den konkrete tilpasningen som har skjedd?*

Når det gjelder hvordan BUM er

utformet i praksis, vil vi vurdere det i forhold til idealtypiske trekk ved modellen. Den konkrete tilpasningen vil vi diskutere i forhold til tre ulike kontekster som vi anser relevante for forståelsen av hvorfor resultatet har blitt slik.

Vi vil først redegjøre for hva vi oppfatter som idealtypiske trekk ved BUM i kommunene, herunder hvordan modellen begrunnes, samt peke på noen utfordringer i praksis. Deretter vil vi redegjøre for datagrunnlag og metode. Resultatene presenteres og drøftes i sammenheng. Først presenteres og analyseres hvordan modellen er utformet i praksis i bydelen, og denne sammenliknes med de idealtypiske modelltrekkene. Deretter diskuteres den konkrete utformingen i relasjon til tre viktige kontekster. I defineringen av relevante kontekster har vi tatt utgangspunkt i teori. Vi har imidlertid operasjonalisert kontekstene ut fra nytteverdien med tanke på å belyse resultatene fra undersøkelsen. Diskusjonen av resultatene, sett i relasjon til kontekster, representerer således en videreutvikling av førsteforfatterens hovedfagsarbeid.

BUM i kommunene – idealtypiske trekk ved modellen, begrunnelser og utfordringer i praksis

Innen den kommunale helse- og sosialtjenesten skjer «bestilling» på to nivåer, henholdsvis «bestilling i stort» og «bestilling i smått». Bestilling i stort gir rammebetingelsene for bestilling i smått (enkeltvedtaket). Det omfatter for eksempel retningslinjer for prioriteringer innen virksomhetsområdet, serviceerklæringer og de ressursmessige rammene som stilles til disposisjon. Politikerne skal ta seg av den «store bestillingen», mens det administrative nivået/forvaltningen skal ta seg av den «lille bestillingen» (From & Kolberg, 2003). Bestilling i smått dreier seg om bestillingen i forhold til den enkelte bruker som utformes gjennom enkeltvedtaket, og som fungerer som en kontrakt mellom kommunen og brukeren. Bestiller skal vurdere behov og omfang for ulike typer tjenester, mens utfører skal drifte tjenestene i tråd med vedtakene som er ment å sette

klare rammer for utførerens handlingsrom (Busch & Vanebo, 2005).

En idealtypisk bestiller-utfører modell vil dermed kjennetegnes ved et klart skille mellom bestiller og utfører, hvor bestiller ivaretar forvaltnings- og myndighetsutøvelse, mens utfører står for tjenesteproduksjonen (Ramsdal & Hansen, 2005). Bestiller bestemmer og tydeliggjør omfang, innhold og kvalitet på tjenestene, og utfører leverer tjenester i tråd med kontrakt (enkeltvedtaket). Bestillerfunksjonen omfatter også oppfølging og kontroll av utfører (Nesheim, 2004), og forutsetter at oppgavene kan forhåndsdefineres og kontrolleres (bestilles). I en idealtypisk modell vil det være et klart organisatorisk skille mellom bestiller og utfører, med tydelig atskilte roller, hvor bestiller får budsjettansvar, tjenestene prissettes, og utfører får betalt for de tjenestene som leveres etter bestilling («penger følger bruker»).

BUM kan utformes på ulike måter i praksis. Modellen kan innføres internt i kommunen ved at en skiller ut en egen bestillerenhet, men med kommunal utfører, eller den kan kombineres med ulike former for konkurranse mellom utførere. Ved konkurranseeksponering av tjenestene er det nødvendig å utforme modellen sterkere i samsvar med idealtypen. Organiseringen av bestillerfunksjonen kan også variere, eksempelvis om den skal plasseres lokalt eller sentralt, samt om det skal være en likestilt eller hierarkisk relasjon mellom bestiller og utfører (From & Kolberg, 2003).

Dersom BUM innføres uten at konkurranseutsetting er formålet, kan sentrale hensyn være å utvikle klarere roller og ansvarsforhold, sikre en bedre styring gjennom spesifisering av innhold i og kontroll med kvaliteten på tjenestene, samt sikre bedre økonomisk kontroll. Hensikten kan også være å tydeliggjøre kommunens ansvar, avklare brukernes forventninger, profesjonalisere og effektivisere saksbehandlingen samt styrke brukernes rettssikkerhet (Nesheim & Vathne, 2000; Tufte, 2000; Vabø, 2005). Modellen skal altså både forbedre den overordnede styringen (kontroll med kvalitet og økonomi),

være tjenlig for de ansatte (kvalitetsforbedring og avgrensning av arbeidet) og bedre forholdene for brukerne (større forutsigbarhet, bedre kvalitet, sterkere rettssikkerhet). Det kan synes som om begrunnelsen for modellen er preget av en harmonisk forståelse og argumentasjon, hvor alle gode og viktige hensyn skal kunne ivaretas samtidig.

Resultatene fra undersøkelser av innføringen av BUM i kommunene viser imidlertid at modellen kan skape en del utfordringer i praksis. Dette gjelder blant annet i forhold til å etablere et klart skille mellom rollene som henholdsvis bestiller og utfører (Ekberg-Karlsson, 1994). Modellen kan videre medføre økte transaksjons-/samhandlingskostnader. Dette er kostnader som kommer på toppen av produksjonskostnadene, og som omfatter tids- og ressursmessige kostnader forbundet med det å få i stand transaksjoner, for eksempel kostnader ved å forhandle, spesifisere, kontrollere, utforme kontrakter og rapporter (Knudsen, 2004). Videre kan det medføre oppsplitting og manglende helhetsansvar, dubling av kompetanse samt unødvendig byråkratisering av en relasjon som bør fungere fleksibelt (Nesheim & Vathne, 2000; Thorisdottir & Laupstad, 2005; Tufte, 2000; Vabø, 2004; Vabø, 2005).

Datagrunnlag og metode

Ut fra kjennskap til at enkelte bydeler i Oslo hadde innført skille mellom bestiller og utfører innen fysio- og ergoterapitjenestene, tok førsteforfatteren kontakt med to aktuelle bydeler med forespørsel om de ønsket å delta i studien. Toppledelsen i den første bydelen ønsket ikke at tematikken skulle belyses gjennom et forskningsprosjekt. Det kom tydelig frem at å skille forvaltning og drift innen fysio- og ergoterapitjenestene hadde forvoldt mye diskusjon blant fagpersonellet. Den andre bydelen stilte seg imidlertid svært positiv til å delta i forskningsprosjektet, og så det som en mulighet til utvikling av egen organisasjon.

Det ble sendt et formelt brev til ledelsen i bydelen, samt til informantene. I brevet ble det informert om

hensikten med studien samt hvordan intervjuene skulle foregå. Det ble poengtert at intervjuene var basert på frivillighet, og at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien. Informantene skrev før intervjuene under på et informert samtykke. I samtykket fremkom det blant annet at alle opplysninger skulle anonymiseres, slik at gjenkjennbart materiale, som for eksempel lydbandopptak, skulle slettes snarest mulig etter transkribering av intervjuene.

Vi har i det store og hele valgt å anonymisere bydelen i fremstillingen og benevner den som «bydelen» og «vår bydel». Bakgrunnen for anonymiseringen er ovennevnte motstand mot forskning på området i den ene bydelen, samt at organiseringsformen er lite utbredt innenfor disse tjenestene. I etterkant av prosjektet har resultat og drøfting blitt fremlagt for ledelsen hos henholdsvis bestiller og utfører i bydelen. Det har også blitt opplyst om at det ville bli publisert en artikkel som bygger videre på hovedfagsarbeidet.

Vurdert ut fra tematikk og problemstilling var det naturlig å benytte kvalitativ metode i form av dokumentanalyse samt intervju med ansatte og ledere, henholdsvis ved bestillerenheten og utførerne av fysio- og ergoterapitjenester. Dokumentanalyse innebærer en analyse av tekster skrevet av andre (Thaagaard, 1998), det være seg tidligere studier, fagplaner, eller dokumenter for styring og samhandling i bydelen. Kvale (1997) viser til at forskeren bør ha god forhåndskjennskap til hva (temaet for undersøkelsen), hvorfor (formålet) og hvordan (eksempelvis intervjueteknikker). Førsteforfatteren har fra tidligere ulike typer praktisk og teoretisk kunnskap om tematikken. For å forstå og senere analysere informasjonen som fremkom gjennom intervjuene ble det ansett som viktig å studere relevante dokumenter for bydelen, dette med formålet å erverve relevant kunnskap om hva som var tenkt med bestiller-utførermodellen i bydelen. Det var nødvendig å få innsyn i kommunikasjonslinjer mellom bruker-utøver og bestillerkontor, samt relevante dokumenter knyttet til økonomi, samt til-

deling, utforming og senere revurdering av tjenestetilbudet. Forkunnskapen (hva) danner bakgrunn for formålet (hvorfor) med forskningsprosjektet, noe som igjen gir føringer for hvordan informasjon innhentes (Kvale, 1997). Det er imidlertid viktig å være klar over at dokumentanalyser skiller seg fra data som forskeren har samlet inn i feltet, da dokumentene er skrevet for et annet forhold enn det forskeren skal bruke dokumentet til. Kildene må derfor analyseres i forhold til den konteksten de er utformet i (Thaagaard, 1998). Dokumentene fra bydelen ble i så måte analysert blant annet opp mot tidligere studier og teori om bestiller-utførermodellen. Alle de studerte dokumentene danner i så måte et viktig «bakteppe» i forhold til planlegging, gjennomføring og senere analyse av intervjuene.

Dokumentanalysen er basert på to hovedtyper av dokumenter. Den ene hovedtypen utgjør som nevnt dokumenter fra bydelen som er relevante for å beskrive hvordan BUM er utformet i bydelen, nærmere bestemt bydelsdirektørens forslag til budsjett for 2007, strategisk plan for perioden 2004 - 2007 for bydelen, samt diverse informasjon om Oslo kommune og vår bydel hentet fra kommunens hjemmeside, blant annet brosjyren «Slik styres Oslo» (2006). Videre har vi benyttet rapport fra arbeidsgruppe for fysio- og ergoterapitjenesten (2005) og senere evalueringsnotat, serviceerklæringer og tjenestebeskrivelser for både bestiller og utfører, interne retningslinjer for tildeling av fysio- og ergoterapitjenester, samt anonymiserte enkeltvedtak på fysio- og ergoterapitjenester. Sistnevnte supplerer informantenes opplysninger og vurderinger som gis i intervjuene, og bidrar til at forskeren får økt innsikt i hvordan forvaltning og drift fungerer i bydelen. Av hensyn til bydelens anonymitet er dokumentene fra bydelen ikke angitt i referenslisten.

Den andre hovedtypen er dokumenter som beskriver rehabilitering som virksomhetsområde og hvilke krav og forventninger som stilles til fagprofesjonene fysio- og ergoterapi. Dette omfatter relevante stortings-

meldinger om rehabilitering og forskrift om habilitering og rehabilitering, fagplaner for bachelorutdanningene i ergo- og fysioterapi fra Høgskolen i Oslo, samt yrkesetiske retningslinjer for henholdsvis fysio- og ergoterapeuter. Dokumentene er analysert med sikte på å drøfte betydningen av kjennetegn ved fag- og virksomhetsområdet med hensyn til å skille mellom forvaltning og drift.

Intervjuene, som ble foretatt i desember 2006, omfatter elleve personer, nærmere bestemt ledere og alle ansatte som hadde direkte befattning med forvaltning (bestiller) eller drift (utfører) i forhold til fysio- og ergoterapitjenestene overfor hjemmeboende voksne pasienter i bydelen, det vil si leder og to konsulenter hos bestiller, samt leder og sju ansatte i utførerensheten. Profesjonsmessig bestod informantene av fire fysioterapeuter, seks ergoterapeuter og en hjelpepleier med fire års tilleggsutdannelse på universitetsnivå. Informantenes alder var fra 25 til 65 år, og arbeidserfaringen fra fire til 35 år.

Med unntak av ett telefonintervju ble alle intervjuene gjennomført i én til én situasjon på arbeidsplassen til informanten. Lengden på hvert intervju var om lag en time. Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert tematisk fortløpende snarest mulig etter at de var avsluttet. Formen på intervjuene var halvstrukturert, etter en intervjuguide delt inn i fire temaer. Et halvstrukturert intervju med åpne spørsmål er en fordel når en skal få intervjupersonene til å reflektere underveis, men en ulempe i forhold til transkribering av intervjuene (Kvale, 1997).

Heggen & Fjell (1998) sier at det er viktig å få innblikk i tanker, følelser, ideer, tro og motiver hos den som intervjues. Rustad (1998) henviser til at den kunnskapen forskeren hevder at han/hun har, eller ønsker å skape, produseres i et samspill mellom forskeren, forskningsobjektet og den kollektive kunnskapsprosess forskeren er inne i. Kunnskap og forståelse av kunnskap vil således å være en kontinuerlig prosess. Dataene som skapes, er ingen passiv registrering, men et kontinuerlig fortolkende

arbeid (Heggen & Fjell, 1998). For forskeren er det viktig med en kritisk reflektert bruk av seg selv som instrument i forhold til hvordan en inngår i den sosiale interaksjonen, og hva dette har å si for hvilke data som skapes, og hvilke spørsmål og svar som utvikles (Heggen & Fjell, 1998).

I forhold til at intervjuene ble foretatt med informanter med ulik bakgrunn og ulike roller, ble det valgt å utarbeide tre ulike intervjuguider. Temaene i intervjuguiden var utformet for å belyse hvordan BUM var utformet i bydelen, og vurderinger av hvordan den fungerte i praksis. Her ble det også vektlagt å få belyst temaer som har kommet fram i tidligere forskning om BUM innen helse- og sosialtjenesten i kommunene. Først var det innledende spørsmål om alder, utdanning, arbeidserfaring og hovedarbeidsområder. Deretter spørsmål om prioritering, tildeling og utforming av tjenestetilbudet. Videre beskrivelser og vurderinger av skillet mellom forvaltning og drift innen de aktuelle tjenestene, og til slutt spørsmål knyttet til roller og samarbeid mellom bestiller og utfører. Lederne ble i tillegg stilt spørsmål om organisering, bemanningsmessige ressurser, og forholdet mellom etterspørsel og tilbud. Det ble notert noe undervis på intervjuguiden. For at både informanten og forskeren skulle være mest mulig ledig i selve intervjusituasjonen, ble det i tillegg benyttet diktafon. Dette for lettere å kunne transkribere intervjuene i etterkant. Lydbåndopptakene ble senere overført til PC, slik at forskeren på en enkel måte kunne gå tilbake til opptakene mens transkriberingen pågikk. Transkriberingen ble foretatt etter yrkesgruppe og rolle, for lettere å kunne foreta analyse. Da det er oppbevart identifiserbart materiale i form av lydbåndopptak, samt transkripsjoner av intervju, ble prosjektet meldt inn til personvernombudet for forskning (NSD) (2007).

Når intervjuene senere formidles, mener Kvale (1997) det er viktig å formidle den sosiale konteksten i intervjuene, og gjerne interaksjonens emosjonelle tone. Dette for at det som sies, også skal forstås av lesere

som ikke selv har vært tilstede under intervjuet. Det ble derfor også benyttet «logg» for uformell skriving av egne tanker underveis. Loggen kan ta vare på inntrykk, observasjoner, situasjoner og spesielle episoder, og vil således være et hjelpemiddel for senere refleksjon og selv vurdering hos forskeren (Dyste m.fl. 2003). Loggen ble senere brukt ved den skriftlige gjengivelsen av intervjuene for å kontrollere at forskeren hadde fått nedfelt alle momenter som senere kunne synes interessante for resultat og drøfting, som i artikkelen gjengis i resultatdelen.

Studien representerer en kvalitativ casestudie hvor kombinasjonen av intervjudata og data fra dokumenter gir informasjon om hvordan BUM faktisk er utformet og fungerer i bydelen. Ved at både bestillere og utførere er intervjuet, har vi fått vurderinger fra «begge parter». Materialet ble analysert ut fra en «idealtypisk modell» med siktemål å drøfte dimensjoner mellom bestiller og utfører som roller og relasjoner, arbeidsdeling, likestilling versus hierarki, beslutningsprosess før tildeling, og ved revurdering av tjenester, vedtakenes utforming, prioritering og budsjettansvar. Hva gjelder kontekst, ble materialet analysert ut fra en lokal kontekst, en norsk kommunal kontekst og ut fra en kontekst basert på fag- og virksomhetsområde.

Når det gjelder generalisering eller overførbarhet fra et enkeltstående case, er dette knyttet til spørsmålet om teoretisk eller analytisk generalisering (jf for eksempel Thagaard, 2009). Gjennom en sammenlikning av funnene i egen undersøkelse med resultater fra annen forskning om BUM i kommunene, samt den kontekstuelle diskusjonen, mener vi at våre tolkninger basert på studien av bydelen vil være relevante i en større sammenheng.

Resultat og diskusjon

Hvordan er BUM utformet i praksis i bydelen?

Bystyret i Oslo fattet vedtak om å innføre bestiller-utførermodell i alle bydeler i kommunen med virkning

fra første januar 2001 (Slik styres Oslo, 2006). I praksis ble imidlertid kun pleie- og omsorgstjenestene innlemmet fra starten. I vår bydel ble fysio- og ergoterapitjenestene først innlemmet i 2005, etter at en arbeidsgruppe bestående av ledere fra henholdsvis bestiller og utfører hadde foretatt en dimensjonering og operasjonisering av bestillerfunksjonen for disse tjenestene. Arbeidsgruppen la føringer for den videre arbeidsdelingen, blant annet gjennom forslag til organisatorisk plassering og lokalisering av fysio- og ergoterapitjenesten, utarbeidelse av kriterier rundt tildeling av tjenestene, samt forslag til oppgavefordeling mellom bestiller og utfører. I rapporten fra arbeidsgruppen ble det vist til at det var noen uklarheter rundt oppgavefordelingen mellom bestiller og utfører i forhold til kartlegging/vurdering av behov for tjenester. Oppgavefordelingen har i følge bestiller senere blitt tilpasset i samarbeid mellom bestiller og utfører.

BUM ble innført i bydelen uten konkurranseutsetting av disse tjenestene, det vil si at utfører er intern aktør. Utfører beholdt budsjettansvaret for tjenestene, og det har så langt ikke blitt etablert noen kontrakt/tjenesteytelse mellom bestiller og utfører. Konsulentene hos bestiller ble rekruttert fra utførerenheten. Organisatorisk ble bestiller plassert i linje med utfører hvor begge avdelingsledere, sammen med leder for hjemmetjenesten, rapporterer til avdelingssjef for helse og sosial. Fysio- og ergoterapitjenester for barn og unge (0 - 18 år) ble skilt ut i egen enhet underlagt avdelingssjef for oppvekst og kultur, og forvaltning og drift ble ikke atskilt for denne brukergruppen.

Beslutningsprosessen ved tildeling av tjenester starter i følge konsulentene hos bestiller ved at de (bestiller) tar kontakt med pasienten etter motatt søknad. Det etterstrebes å gjøre vurderingsbesøk hos alle, men av tids- og ressursmessige hensyn er ikke dette mulig å gjennomføre i praksis. Informanter fra utførersiden hevder at dette av og til medfører feilmeldinger. En informant uttrykker det slik: «Vi får feilmeldinger fra bestiller fordi bestiller ikke har sett pasienten». En annen

hevder at: «Det fattes vedtak på tjenester til mennesker som ikke burde hatt fysioterapi.» For å sikre direkte informasjonsoverføring mellom ansatte i sykehus og kommune, gjennomføres tidvis felles vurderingsbesøk mellom bestiller og utfører.

Ved gjennomgang av anonymiserte vedtak viser det seg at såvel fysio- som ergoterapivedtakene er åpent og rundt formulert, og de gir i liten grad konkrete føringer for innhold, omfang og varighet av tjenestetiltakene. Et illustrerende eksempel på et slikt vedtak er følgende: «Det gis oppfølging av hjelpemidler søkt fra Hurdals-senteret samt vurdering av behovet for andre hjelpemidler», og «ethvert hjelpetiltak er under kontinuerlig behovsvurdering». Dette er i følge informantene uttrykk for en bevisst praksis og bestiller ser det på følgende måte: «Å fatte veldig konkrete vedtak ville ført til økt byråkratisering og mange revurderinger». En utfører (ergoterapeut) uttrykker det slik: «Det er runde vedtak i forhold til tilrettelegging i hjemmene. Så runde at de er lette å forandre på». Informanten gir en beskrivelse av at de som utførere har stor fleksibilitet når det gjelder å tilpasse tjenesteutøvelsen og/eller varigheten av oppfølgingen etter hva de faglig sett mener er hensiktsmessig.

Hva gjelder revurderinger meddeler bestiller at de «ideelt sett burde vært ute hos brukeren, men det har vi ikke kapasitet til. Vi måtte hatt flere folk dersom bestiller skulle gjort revurderinger. Vi er nødt til å stole på fagfolka som er ute, men det er klart at vi ikke sluker ting «rått». Av og til må vi avslutte tjenesten tidligere enn tenkt fordi folk «banker på døra», men vi kommer jo til enighet, for vi snakker jo om det». Både konsulentene hos bestiller og ansatte i utførerenheten viser til felles samarbeidsprosedyre som går ut på at utfører gir beskjed hvis det er behov for å forlenge vedtaksperioden. Derved blir utfører premissleverandør i forbindelse med revurderinger av vedtakene, og bestiller ivaretar ikke kontrollrollen overfor utfører i særlig grad.

Det er ingen penger som følger vedtaket. Derved må bestiller forhold-

de seg til de ressursene som utfører til enhver tid besitter, noe som kan medføre problemer for utfører dersom bestillingene er flere og større enn hva det er budsjettmessig dekning for. Når utfører sitter på ressursene, vil bestiller være avhengig av et nært samarbeid med utfører for å sikre leveranse av tjenester til brukerne. Dette kan forstås som at bestillingen i praksis går motsatt vei fordi utfører blir premissleverandør for bestillers utforming av enkeltvedtaket.

Bestiller og utfører samarbeider elektronisk gjennom datasystemet Geric. Som nevnt over foretas også noen felles vurderingsbesøk. Utover dette har man samarbeids-/fordelingsmøter en gang i uken, hvor ventelistene for henholdsvis fysio- og ergoterapitjenester gjennomgås. Bakgrunnen er at tjenestene ikke iverksettes umiddelbart, selv om vedtak er fattet. Fysioterapitjenester iverksettes normalt senest to uker etter søknadstidspunktet, mens ergoterapi ofte ikke blir iverksatt før inntil seksten uker etter søknadstidspunktet. Saker av akutt art, eksempelvis pasienter henvist fra sykehus, prioriteres først. Bestiller ser det slik at «ventetiden blir greiere og brukerne får mer forståelse for situasjonen når jeg raskt tar en første kontakt».

Vi kan si at bestiller derved er med på å legitimere ventetiden overfor brukerne, selv om bestillers rolle egentlig er å bestille tjenester som utfører skal iverksette. Som nevnt over samarbeider også bestiller og utfører i revurderingsfasen, og det synes i realiteten å være utfører som revurderer tjenestene, selv om det formelt sett er bestiller som skriver vedtaket.

Gjennom intervjuene fremkommer det tydelig at relasjonen mellom bestiller og utfører i vår bydel er preget av gjensidig forståelse. Bestiller viser til at de ikke ønsker å dirigere utfører, og forklarer det på følgende måte: «Jeg ville ikke like å motta direktiver selv heller». Begge konsulentene hos bestiller er som nevnt rekruttert fra utførersiden og en av dem jobber også femti prosent som utøvende ergoterapeut i en annen bydel. Bestillerne foretar også enkelte utføreroppdrag, som for eksempel å

rekvirere hjelpemidler fra lokalt hjelpemiddellager eller Hjelpemiddelcentralen.

Utførerne er kritiske til enkelte sider ved modellens fungering og skeptiske til nytteverdien for brukerne. Det vises til betydelig grad av dobbeltarbeid, ved at både bestiller og utfører i praksis vurderer brukernes behov for tjenester. Det kan virke som om bestiller gjør en «grovvurdering» av brukernes funksjonsnivå og behov for tjenester, mens utfører er den som i praksis vurderer hva som er aktuelle tiltak rundt den enkelte bruker. Videre uttrykte flere informanter fra utførersiden en viss misnøye med helheten i tjenestetilbudet og det tverrfaglige samarbeidet utover fysio- og ergoterapitjenestene. Svarene tyder på at skillet forvaltning og drift medfører at hver tjeneste (utfører) har mer fokus på «sin» tjeneste, og mindre på det som skjer mellom tjenestene, enn tidligere. En utfører sier det på følgende måte: «Jeg tror at bestiller-utførermodellen kan føre til at utfører ikke lengre er så observant på nye, endrede behov. Det kan være en fare nå. Tidligere ble avgjørelser tatt nærmest bruker og tjenester endret i takt med behov hos bruker». Både på bestiller- og utførersiden blir det gitt uttrykk for at organiseringsmåten kan virke forvirrende for brukerne. De fremhever at brukerne får flere aktører å forholde seg til, og at de i realiteten også er lite opptatt av hva som står i enkeltvedtaket. En utfører sier det på følgende måte: «Tiltak for å forenkle gjør det faktisk verre for brukeren».

Oppsummert kan vi si at det ut fra idealene i en rendyrket bestiller-utførermodell kan stilles spørsmål til hvordan forvalterrollen utøves i praksis i bydelen. I det hele synes rollene som bestiller og utfører å flyte noe over i hverandre. Gjennom felles vurderingsbesøk og felles revurderinger ser vi at utfører tildels opererer på bestillers «domene». Motsatt gjør bestiller enkelte utføreroppdrag. Ved at utfører har budsjettansvar, rollene mellom bestiller og utfører flyter over i hverandre, og samarbeidet er tett, avviker utformingen av modellen i denne bydelen fra en rendyrket bestiller-utførermodell, og framstår som en

svært modifisert utgave.

Bydelens tilpasning sett i relasjon til ulike kontekster

Vi vil nå belyse hvorfor vi har fått denne tilpasningen av modellen i bydelen ut fra tre ulike kontekster. Som nevnt tidligere har vi tatt utgangspunkt i teori for å komme på sporet av relevante kontekster, men vi har operasjonalisert kontekstene ut fra nytteverdien for å belyse resultatene fra undersøkelsen. Den første har vi benevnt som en lokal kontekst. Denne er knyttet til måten modellen gjennomføres på i den konkrete lokale sammenhengen, og vektlegger betydningen av organisasjonens institusjonelle trekk. Den andre er relatert til kjennetegn ved fag- og virksomhetsområdet som modellen innføres i. Her er det betydningen av oppgavens karakter og sterke fagprofesjoner som settes i fokus. Den tredje er knyttet til en historisk-institusjonell kontekst og nasjonale styringstradisjoner. Vi har i vår sammenheng konkretisert denne til en norsk kommunal kontekst.

Lokal kontekst

I en oppsummerende analyse av innføring av nye modeller for styring, ledelse og organisering i helsevesenet i de nordiske landene, påpeker Sahlin-Andersson (1999) at prosessen fra reform til praksis ofte medfører konflikter, spenninger og motsetninger. Videre henviser Vabø (2004) til en rekke empiriske bidrag fra internasjonal forskning i velferdssektoren som indikerer at «importerte» modeller og begreper sjelden lykkes i å utkonkurere etablerte institusjonelle forståelsesformer. Yrkesutøvernes forståelse lever videre og fungerer som et tolkningsfilter når nye rutiner og tiltak iverksettes. Det kan bety at «tiltakene modereres eller får en annen utforming enn de har når de plasseres innenfor en abstrakt modell» (Vabø, 2004, s. 215).

Potensielt vet man at det i BUM kan ligge spenninger og konflikter mellom bestiller og utfører (jevnføl blant andre Vabø, 2005). I vår bydel ser vi hvordan de lokale praktikerne, til tross for uttrykt skepsis til model-

len, har bidratt til å utforme modellen i praksis, og hvordan de har tilpasset seg de ressursmessige begrensningene og utviklet en fleksibilitet og nærhet i relasjoner som gjør at modellen har blitt til å leve med. Det er også liten grad av konflikt eller spenning mellom bestiller og utfører i bydelen. Dette kan ha sammenheng med at bestiller og utfører kjenner hverandre godt fra tidligere, blant annet som kollegaer. En bestiller uttrykker det slik: «Noe av det viktige i samarbeidet er at jeg ikke overkjører og overprøver, men overlater vurdering til utførerne. Det er også fordi man har vært utfører selv». Denne forståelsen av utførernes situasjon forsterkes også ved at en av konsulentene i bestillerenheten jobber i halv stilling som utfører i en annen bydel, og dermed kjenner utførerrollen på kroppen.

Gjennom at utfører har beholdt budsjettsansvaret, fremtvinges et nært samarbeid mellom bestiller og utfører. Tillemping har videre vært ansett som nødvendig ut fra tilgjengelige personellressurser, hvor bestiller gir uttrykk for at de ikke får utført alle funksjonene som ideelt sett burde høre til dem. Bestiller og utfører er sammen opptatt av å utnytte ressursene på en effektiv måte, herunder å redusere effektivitetstap og minske transaksjonskostnader. Det påpekes imidlertid at det skjer en del dobbeltarbeid ved at utfører til en viss grad foretar nye vurderinger, selv om det fra bestillersiden hevdes at dette har blitt mindre etter hvert.

Fag- og virksomhetsområdet

Flere av de norske studiene diskuterer om skillet mellom forvaltning og drift er hensiktsmessig og passende innen kommunale helse- og omsorgstjenester.

Viktige perspektiver i så måte er at det i kritiske studier av innføring av BUM i omsorgstjenestene trekkes fram at tjenester som vanskelig kan forhåndsstyres, i mindre grad synes å være egnet for denne type organisering (Vabø, 2004). En studie av BUM innen psykisk helsearbeid i kommunene viser hvordan vedtakene blir upresise og hvor begreper som «etter behov» blir brukt for å beskrive om-

fanget av en tjeneste (Ramsdal & Hansen, 2005). Også innen sosialtjenesten vises det til problemer med å forhåndsstyre tjenestetilbudet (Thorisdottir & Laupstad, 2005). Det samme synes å gjøre seg gjeldende innenfor rehabiliteringsfeltet. I bydelen har vi sett at dette har kommet til uttrykk i det informantene har kalt «runde vedtak», som også kan ses på som en tilpasning av skillet mellom forvaltning og drift. En utfører uttrykker det på følgende måte: «før (da utfører fattet vedtak) kunne vi konkretisere vedtaket mer, fordi en kjente bedre brukeren».

Vanskelighetene med å forhåndsstyre tjenestene innen rehabilitering kan også relateres til den prosessuelle karakteren disse tjenestene har. I henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering (2006) (§ 2) defineres rehabilitering som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». At rehabilitering er tidsavgrensede prosesser, vil ikke nødvendigvis bety «å gjøre frisk», men å yte hjelp til selvhjelp slik at den enkelte i størst mulig grad blir i stand til å mestre funksjonsproblemer sine med tanke på aktivitet og deltakelse i samfunnet. Hjelperne, her som fysio- og ergoterapeuter, er veiledere som bistår brukeren i å nå egen målsetting med siktemål å mestre dagliglivet best mulig ut fra brukerens forutsetninger. Selv om målene kan uttrykkes mer eller mindre klart i utgangspunktet, vil det være diskutabelt når en skal avslutte tjenesten. Videre vil bruken av virkemidler kunne endre seg i forhold til endringer i brukernes funksjons- og mestringsevne. Dette kommer også til uttrykk i fagplaner for bachelorutdanningene i fysio- og ergoterapi (2006) og disse profesjonenes yrkesetiske retningslinjer (2006). Oppfølgingen av den enkelte bruker ses her som en prosessorientert og sammenhengende kjede fra kartlegging/vurdering via tiltak og målsetting til evaluering, hvor det vil være vanskelig å forhåndsstyre prosessen gjennom å gi

klare og definerte instruksjoner til utførerne i vedtakene.

Virksomhetsområder innen velferdssektoren kjennetegnes av sterke fagprofesjoner. Sahlin-Andersson (1999) hevder at profesjonene gjerne lykkes med å underordne de innførte reformene under en profesjonell logikk. Sehested (2002) hevder, med basis i komparative studier av profesjonenes møte med NPM-inspirerte reformer, at de i sterkere grad deltar i design og implementering av reformene, for på den måten å bruke dem og påvirke dem. «In this process the hard core managerialism turns into softer versions» (Sehested, 2002, s. 1528). På denne måten mener hun at «... they change the form of New Public Management and the focus in reforms from cost and efficiency, control and mistrust to quality assurance and measurement systems based on dialogue and trust» (Sehested, 2002, s. 1528-29).

Innen rehabiliteringsfeltet er fysio- og ergoterapeuter sterke fagprofesjoner. Disse har en tradisjon og en utdanning som, ut fra fagplaner og yrkesetiske retningslinjer, er basert på selvstendighet. Ut fra vår vurdering synes fokus, profesjonsmessig, å være mer rettet mot samarbeid enn mot hierarki. Vi ser i bydelen at det er en betydelig grad av kollegialitet og tillit mellom bestillere og utførere med samme profesjonsbakgrunn. Fysio- og ergoterapi er profesjonsfag basert på stor grad av selvstendighet, hvor tjenesten ytes i «en-til-en-relasjon» mellom hjelper og bruker, og det er ikke vanlig å utøve kontroll over andre i samme faggruppe. En bestiller (fysioterapeut) grunngir «runde» og åpne vedtak med at vedkommende ikke ønsker å overprøve eller overkjøre utfører, men overlater til utføreren å beslutte innhold og omfang av tjenesten. At utførerne er aktive i forhold til revurdering av tjenestene, kan også forstås som et uttrykk for fagtradisjoner i form av selvstendighet, hvor de samme fagpersonene tradisjonelt har fulgt opp tiltakene fra begynnelsen til slutt.

Norsk kommunal kontekst

Det er variasjoner mellom ulike land

med hensyn til hvordan man har tilpasset seg NPM-bølgen innen offentlig sektor. Den historisk-institusjonelle konteksten og de nasjonale styringstradisjonene påvirker måten NPM-reformer er utformet på (Sehested, 2002). I norske kommuner har NPM-inspirerte tiltak knyttet til styring, ledelse og organisering internt i kommunene blitt innført i vesentlig sterkere grad enn markedsbaserte tiltak (Aarsæther & Vabo, 2002).

Sentrale trekk ved den modifiserte praksisen i vår bydel kjenner en også igjen fra kommune-Norge forøvrig innen pleie og omsorg. Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO, 2006) viser at norske kommuners praktisering av BUM i pleie- og omsorgstjenestene har blitt operasjonalisert til et bestillerkontor med myndighet til å fatte enkeltvedtak i henhold til kommunehelsesloven paragraf 1-3 annet ledd nummer 4 og 6, samt sosialtjenesteloven paragraf 4-2 a-e (RO, 2006). Sett i lys av dette er det også interessant å se nærmere på hvilke tjenester som stiller krav til enkeltvedtak, som er å betrakte som den lille bestillingen. I henhold til lov om helsetjenesten i kommunene paragraf 2-1 stilles det ikke krav til enkeltvedtak i forhold til fysio- og ergoterapi-tjenester, kun i forhold til tildeling av hjemmesykepleie og plass i heldøgns institusjon (www.fysio.no. Lest 22.01.11). I alle tilfeller hvor BUM er innført internt uten konkurranseutsetting, synes det å være en tett integrasjon mellom bestiller og utfører med samarbeid både i vedtaks- og i tjenesteytingsfasen. Dette bildet bekreftes også av andre undersøkelser (jevnfør Vabø, 2005).

Den norske kommunale tilpasningen innebærer altså at BUM i de fleste tilfeller innføres internt, det vil si at det i liten grad er eksterne utførere inne i bildet. Dette åpner opp muligheten for en tettere integrasjon, og en «rolleblanding», mellom bestiller og utfører, uten at det nødvendigvis anses som problematisk. Dette bildet synes å samsvare med den mer generelle norske tilpasningen i forhold til NPM. Det er i større grad iverksatt tiltak internt i offentlig sek-

tor som er inspirert av løsninger fra privat sektor, enn det er gjennomført noen egentlig privatisering (Ramsdal & Skorstad, 2004).

Avslutning

Den praktiske utformingen av BUM innen fysio- og ergoterapitjenestene i bydelen har betydd en kraftig modifisering sammenliknet med idealtypiske trekk ved modellen. Vi har sett hvordan praktikerne bidro til denne utformingen, og at fagfeltets karakter også trekker i retning av en slik modifisering. Selv om det antakelig varierer fra kommune til kommune hvor prinsippfaste man er i forhold til modellen (Vabø, 2004), er det ut fra ROs (2006) kartlegging mulig å komme på sporet av en «norsk kommunal variant» for iverksetting av BUM innen helse- og omsorgstjenestene. Denne knytter seg til at modellen iverksettes internt i kommunen, og at det er tett integrasjon og samarbeid mellom bestiller og utfører i alle faser av frembringelsen av tjenestene. Det er etablert en organisatorisk oppdeling i bestiller- og utførerenheter med formelt atskilte funksjoner, men i praksis er ikke dette skillet trukket skarpt og rollene synes å flyte over i hverandre. I vår bydel argumenterte informantene for dette som en fornuftig tilpasning ut fra den lokale og faglige konteksten.

Bydelens tilpasning understreker betydningen av å studere innføring av denne typen modeller i et situasjonsavhengig eller kontekstuellt perspektiv. I følge Sahlin-Andersson (1999) skjer lokale tilpasninger av reformer, enten det er tilsiktet eller ikke, og de er avgjørende for hvilke effekter reformene får på virksomhetens utvikling. I vår bydel kom en altså fram til, og utviklet gjennom praksis, en variant av BUM som er kraftig «utvannet». Informantene hadde egentlig veldig lite positivt å si om modellen når det gjelder hvilke effekter den har. Det er også interessant å merke seg at ved senere kontakt med bydelen viser de til at de har kommet til at skillet mellom forvaltning og drift i forhold til tjenestene fysio- og ergoterapi er uhensiktsmessig, og at de derfor har avvirket dette.

Hvis vi avslutningsvis utvider horisonten og legger et normativt perspektiv til grunn, kan vi spørre om hvor hensiktsmessig det egentlig er å innføre slike modeller innenfor denne typen av tjenester. Hvis modellene i praksis utformes i svært «utvannede» utgaver, vil det være en gråsoner før en passerer en terskel hvor en må kunne si at praksis er så langt fra idealtypen at man «seiler under falskt flagg». Videre er det grunn til å anta at jo mer modifisert utgave av modellen som iverksettes, desto mindre av de intenderte effektene vil bli realisert. En negativ effekt av denne typen streben etter modernisering i kommunene kan i stedet være stress og «endringstrøtthet» hos de ansatte. Videre kan negative effekter være økte transaksjonskostnader og uhensiktsmessig ressursbruk, uten at en oppnår noen forbedringer av tjenestetilbudet. □

Litteratur

- Aarsæther, N. & Vabo, S.I. (2002). *Fristilt og velstyrt? Fokus på kommune-Norge*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Busch, T. & Vanebo, J.O. (2005). Bestiller-utfører-modellen: Utfordringer og problemområder. I: T. Busch, E. Johnsen, K.K. Klausen & J.O. Vanebo (red.). *Modernisering av offentlig sektor*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. (s.144-157).
- Christensen, T., Lægneid, P., Roness, P.G., & Røvik, K.A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dyste, O, Hertenberg, F, Løkensgård Hoel, T (2003). *Skrive for å lære. Skrivning i høyere utdanning*. Oslo: Abstrakt forlag, 4. opplag (kap 5).
- Ekberg-Karlsson, K. (1994). *Snart har halva Sverige utförar/beställermode*. LandstingsVärlden, 2:24-30.
- Fagplan for bachelorutdanning i ergoterapi (kull 2006-2009). Høgskolen i Oslo. www.hio.no. (lest 06.11.06).
- Fagplan for bachelorutdanning i fysioterapi (kull 2006-2009). Høgskolen i Oslo. www.hio.no (lest 06.11.06).

- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). Sosial og helsedepartementet. Hentet fra www.lovddata.no. (lest 07.11.06).
- From, J. & Kolberg, L. (2003). Konkurransetsetting som moderniseringsstrategi. I: J.From (red). *Hvor moderne? Konkurransetsetting i offentlig sektor*. Oslo: Abstrakt forlag (s.13-50).
- Heggen, K. & Fjell, T. (1998). Etnografi. I: M. Lorentsen (red). *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Universitetsforlaget (s. 66-91).
- Hjelmtveit, V. (2005). Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I: M.A. Stamsø (red). *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten på et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Hovik, S. & Stigen, I.M. (2008). Kommunal organisering 2008. *Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdata base*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR-rapport nr. 20.
- Klausen, K.K (2005). Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer. I: T. Busch, E. Johnsen, K.K. Klausen & J.O. Vanebo (red.). *Modernisering av offentlig sektor*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget (s. 53-69).
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: P. Repstad (red.). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget (s.19-74).
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Norsk fysioterapeutforbund: Nyheter: Shdir: Enkeltvedtak styrer ikke fysioterapi. www.fysio.no. 04.01.2008. Lest 22.01.11.
- Nesheim, T. (2004). Bestiller-utførerorganisering og hierarki: Spenninger i møtet mellom motstridende organisasjonsprinsipper. I: Å. Johnsen, I. Sletnes & S.I. Vabo (red.). *Konkurransetsetting i kommunene*. Oslo: Abstrakt forlag. (s.172-194).
- Nesheim, T. & Vathne, K. (2000). *Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner*. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, SNF-rapport nr. 59.
- Norsk ergoterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer (lest 07.11.06). www.netf.no.
- Norsk fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer (lest 07.11.06). www.fysio.no.
- Ramsdal, H. & Hansen, G.V. (2005). Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (2): 134-148.
- Ramsdal, H. & Skorstad, E.J. (2004). *Privatisering fra innsiden*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) (2006). *Forvaltningsreformer i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell*. Rapport.
- Rustad, L.M. (1998). *Kunnskap som delvis forbindelse*. I: K.Asdal, A.J.Berg, B.Brenna, I.Moser og L.M.Rustad, & D. Haraway (red). *Betatt av viten*. s 120-144. Oslo: Spartacus Forlag (s 120-144).
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sahlin-Andersson, K. (1999). I mötet mellan reform och praktik. I: E.Z.Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red.). *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag, (s. 293-311).
- Sehested, K. (2002). How New Public Management Reforms Challenge The Roles of Professionals. *International Journal of Public Administration*, 25(12), 1513-1537.
- Siverbo, S (2004). The purchaser-provider split in principle and practice: experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*, 20(4), 401-420.
- Skog, B.M.J. (2007). *Egner fysio- og ergoterapitjenester seg for bestiller-utførerorganisering?* Hovedfagsoppgave i helsefag. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Slik styres Oslo (2006). Brosjyre pdf-fil. www.oslo.kommune.no. Lest 02.11.2006.
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse. *En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget, 3. utgave.
- Thorisdóttir, H. & Laupstad, K. (2005). *No spælle vi bare baill tē kværainner. Om bestiller- utførerorganisering i Helse og velferdstjenesten i Trondheim kommune*. Masteroppgave i Public Administration. København: Copenhagen Business School.
- Tufté, G. (2000). *Hvordan kommunal eldreomsorg organiseres – spiller det noen rolle?* Halden: Høgskolen i Østfold, rapport nr 4.
- Vabø, M. (2003). Forbruksmakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakest? I L.W. Isaksen (red). *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Makt og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Vabø, M. (2004). Effektivitet og kvalitet i omsorgstjenesten – en dragkamp mellom nye og gamle styringsidealer. I: R. Dahle & K. Thorsen (red.). *Velferdstjenester i endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2005). New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på? I: M. Szebehely (red.). *Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt*. København: TemaNord, 508 (s. 73-111).