

Svanaug Fjær, Anne Dåsvatn Homme og Ann Karin  
Tennås Holmen

## **Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reformen å lære av**

**Erfaringer fra sykehusreformen,  
rusreformen og NAV-reformen**

Arbeidsnotat IRIS - 2011/092

Prosjektnummer: 7252282  
Prosjektets tittel: "Hvis kommunen ikke fantes"  
Oppdragsgiver: KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon)  
ISBN: 978-82-490-0733-2  
Gradering: Åpen

Bergen, 13.05. 2011

---

Svanaug Fjær  
Prosjektleder

Sign.dato

---

Arild Aurvåg Farsund  
Kvalitetssikrer

Sign.dato

---

Gottfried Heinzerling  
Senterleder  
(Samfunns- og næringsutvikling)

Sign.dato



## **Forord**

FoU-prosjektet "Hvis kommunene ikke fantes" utføres av IRIS og Uni Rokkansenteret på oppdrag av KS. Dette arbeidsnotatet dokumenterer første fase i prosjektet. Vi gjør her en gjennomgang av forskningslitteratur om tre reformer fra de siste 10 årene. Det er sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen. Disse reformene har på ulikt vis hatt innflytelse på kommunenes oppgaver og handlingsrom på områdene de berører.

Rapporten ble utarbeidet til Kommunedagene 3.-4. mai 2011, som ett av flere bakgrunnsdokumenter til diskusjonen om et stadig økende press på det kommunale selvstyret. Hva sier forskningslitteraturen om endringer i forvaltningsstruktur og effekter av endringene? Hva kan erfaring fra nyere reformer lære oss?

Prosjektgruppen for hele prosjektet består av Dag Arne Christensen og Anne Dåsvatn Homme ved Uni Rokkansenteret, og Svanaug Fjær, Ann Karin Tennås Holmen og Ståle Opedal ved IRIS. Denne rapporten er utarbeidet av Fjær, Homme og Holmen.

Vi takker Frode Carlsson, Jon Anders Drøpping, Frode Lindtvedt og Kjell-Torgeir Skjetne i KS for nyttige kommentarer i oppstarten, i forbindelse med pressepresentasjonen på kommunedagene, og slutføringen av rapporten. Litteraturstudien er gjennomført i tidsperioden februar til april 2011.

Bergen, 06. juni 2011

Svanaug Fjær, prosjektleder



## Innhold

1	INNLEDNING .....	9
1.1	Reformer og stat-kommuneforhold .....	10
1.2	Effekter av reformene i lys av tre statliggjøringsmodeller .....	12
1.3	Litteraturgrunnlag for studien .....	14
1.4	Oppbygging av rapporten .....	15
2	SYKEHUSREFORMEN.....	16
2.1	2002 – implementering av sykehusreformen .....	16
2.2	Kunnskapsstatus om effekter .....	23
2.3	Sykehusreformen: statlig dominans?.....	30
3	RUSREFORMEN.....	32
3.1	2004 – Implementering av rusreformen .....	32
3.2	Kunnskapsstatus om effekter .....	38
3.3	Rusreformen: styrket avhengighetsforhold stat-kommune?.....	42
4	NAV-REFORMEN .....	43
4.1	2006 – implementering av NAV-reformen .....	43
4.2	Kunnskapsstatus om effekter .....	48
4.3	NAV-reformen: integrerte partnere? .....	51
5	REFORMER OG OPPGAVEFORDELING.....	53
5.1	Reformenes mål, organisering og effekter .....	53
5.2	Relasjoner mellom styringsnivåer .....	56
5.3	Statliggjøring og kommunalisering? .....	57
5.4	Med blikk mot dagens kommunale tjenesteområder: hva kan vi lære?.....	60
6	LITTERATUR .....	62



## Sammendrag

Dette notatet dokumenterer litteraturstudien som utgjør fase 1 i FoU-prosjektet ”Hvis kommunen ikke fantes”. De tre reformene som er valgt ut i litteraturstudien omfatter viktige velferdsområder som bidrar med primære tjenester til befolkningen. *Sykehusreformen* og *NAV reformen* er store forvaltningsreformer som berører hele samfunnssektorer, mens *rusreformen* berører et mer avgrenset fagområde.

Målsetningen med litteraturstudien er å oppsummere kunnskap om organisering av tjenesteområdene og kunnskap om effekter av reformene, samt å drøfte erfaringer av reformene i lys av forholdet mellom stat og kommune.

De tre reformene som studeres her er dokumentert ganske ulikt i forskningslitteraturen. Sykehusreformen er studert og evaluert i flere større forskningsprosjekter som også har en solid publisering. Rusreformen er mindre omfattende. Den er evaluert, men har en mer begrenset publisert forskningsdokumentasjon knyttet til seg. NAV-reformen er under en pågående større evaluering. Reformen har vært omgitt av en stor forskningsinteresse, og det foreligger dermed en del litteratur fra perioden før reformen og mange publikasjoner er nå under arbeid.

I notatet presenteres reformene langs samme mal, med vektlegging på territoriell og funksjonell organisering, demokrati og stat-kommuneforholdet. Videre søkes det i litteraturen etter kunnskap om effekter av reformene knyttet til variablene likhet, deltakerdemokrati, ansvars plassering, responsivitet og prioriteringseffektivitet.

Studien viser at reformene berører stat-kommuneforholdet på svært ulike måter. Sykehusreformen har ingen direkte effekt på kommunale oppgaver men har skapt behov for å sikre sammenhengen mellom statlige og kommunale tjenester. Rusreformen representerte en tydeliggjøring av arbeidsdelingen mellom stat og kommune, og krevde økt samhandling mellom forvaltningsnivåene for å bli realisert. NAV-reformen kan potensielt, gjennom partnerskapsmodellen, omskape forholdet mellom stat og kommune i velferdspolitikken.

Samlet kan funnene fra litteraturstudien oppsummeres i fire hovedpunkter:

- **Reformene er dynamiske prosesser.** Dette betyr at:
  - Tjenestene formes kontinuerlig og påvirkes også etter at reformene er iverksatt.
  - Reformen kan utløse nye organiserings- og styringsbehov og nye reformer (som eksempelvis samhandlingsreformen som en følge av sykehusreformen).
  
- **Reformene produserer sammensatte tjenesteområder.** Dette fører til:
  - Mer helhetlige og sammenhengene tjenester (spesielt NAV og Rus reformen)
  - Prinsipielt økt klarhet i ansvarsforhold mellom stat, region og kommune (spesielt i NAV og Rus reformen)
  - I praksis mange styringsnivåer og roller skaper komplekse systemer som er vanskelig å forholde seg til både for beslutningstakere, iverksettere og brukere.
  - Et voksende fagbyråkrati som regulerer og kontrollerer.

- Region og fylkesnivå har fått viktige funksjoner knyttet til kompetanse, tilskuddsforvaltning og tilsyn. Er tett koplet til kommunene.
- **Reformene har satt fokus på rettighetstenkning og brukermedvirkning.** Dette fører til:
  - Lik rett gjennom individuell rettighetsfesting ved lov. Brukeren har på denne måten fått en tydeligere rolle og rettighet gjennom reformene.
  - Økt fokus på brukeren av tjenesten. Brukeren kan i prinsippet gjøre krav individuelle løsninger, men det stilles samtidig større krav til en aktiv og medvirkende bruker.
  - Brukermedvirkning i praksis skjer gjennom de store og ressurssterke bruker- interesseorganisasjoner. Den vanlige bruker eller mindre ressurssterke interesser får problemer med å trenge igjennom.
  - Antallet lovfestede rettigheter øker og skaper uoversiktlige rammer både for brukere og de som produserer tjenestene. Dette medfører stadig flere rettighetsbrudd.
  - Rettighetene overskrider tjenesteyters kapasitet. Skaper uballanse mellom rettigheter og eksempelvis kommunenes muligheter til å imøtekomme disse ("ansvarsoversvømmelse"). Hvem avgjør da hvilke rettigheter som skal prioriteres? Brudd på lovfestede rettigheter i kommuner utøser økt statlig regulering og kontroll.
- **Reformene utfordrer deltakerdemokratiet.** Dette innebærer at:
  - Nye arenaer for brukermedvirkning etableres, men er foreløpig forbeholdt sterke brukere/brukergrupper.
  - Lokalpolitikere dekoples og marginaliseres ved at reformene er kompliserte å forstå og vanskelige å trenge igjennom for både lokalpolitikere og brukere. Kompleksiteten kan føre til avmakt på regionalt og lokalt nivå.
  - Politiseringen av tjenesteområdene skjer på nasjonalt nivå.

Oppsummert er Rusreformen og NAV-reformen eksempler på en statlig integreringsstrategi hvor samspillet mellom lokalt- og sentralt nivå står i fokus. Standardisering gjennom statliggjøring er her en strategi som anvendes for å oppnå like tjenester til hele befolkningen, mens det lokale nivå sikrer brukertilpasning. Samspillet mellom tjenestene gir brukeren en mer sammenhengende og helhetlig tjeneste. Sykehusreformen er et eksempel på en statlig overtakelsesstrategi hvor det lokale/regionale demokrati forflyttes opp til et nasjonalt nivå. Forvaltningen både sentraliseres og desentraliseres ved at det etableres regionale foretak som har det formelle ansvar, men som er underlagt et sterkt helsebyråkrati. Samhandlingsreformen kan anses som en respons av sykehusreformen hvor et voksende behov for kopling og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir tydelig.



# 1 Innledning

Stat-kommuneforholdet er en sentral dimensjon i norsk forvaltning og politikk. Innenfor velferdsfeltet er forholdet preget av et tett og bredt samarbeid, som er kjennetegnet av at staten har tatt kommunene i bruk som iverksettere av nasjonalt prioriterte velferdstjenester. I denne rapporten spør vi: Hva kan nyere reformer i helse og velferdstjenestene fortelle om utviklingstrekk i forholdet mellom stat og kommune? Hvordan formes forholdet mellom statlig og kommunal politikk og myndighetsutøvelse gjennom iverksettingen av disse reformene? Kan utviklingstrekkene tolkes som en prosess med økende statliggjøring?

Dette er sentrale spørsmål i denne rapporten som presenterer en litteraturstudie av tre aktuelle reformer fra de siste ti-årene. Flere velferdsreformer er gjennomført i perioden, men vi har i denne sammenheng valgt å konsentrere oss om følgende tre reformer:

- Sykehusreformen fra 2002
- Rusreformen fra 2004
- NAV-reformen fra 2006

Reformene ble primært valgt fordi de sammen berører et spekter av politiske intensjoner, ulike tjenester i velferdsstaten, og et omfattende regelverk og lovgivning. De er gjennomført i løpet av de siste ti årene og representerer dermed dagens politikk i forhold til helse- og velferdstjenestene. Videre har forskningsmiljøene ved IRIS og Uni Rokkansenteret grundig første hnds kjennskap til forskningen om disse tre reformene.

Ved hjelp av aktuell forskningslitteratur og dokumentasjon om reformprosessene er målet for denne rapporten å:

- A. Oppsummere kunnskap om organisering av tjenesteområdene som en følge av reformene.
- B. Oppsummere kunnskap om effekter av reformen.
- C. Drøfte erfaringer av reformene i lys av forholdet mellom stat og kommune.

Litteraturstudien utgjør fase 1 av prosjektet ”Hvis kommunen ikke fantes”, og har til hensikt å fremskaffe kunnskap om erfaringer og konsekvenser av reformene. Erfaringene vil videre anvendes i prosjektets fase 2 på andre tjenesteområder som kommunen i dag har ansvaret for (skole, barnehage, helse og omsorg). Prosjektet skal utrede konsekvenser av statlig overtakelse av kommunale tjenester – sett i forhold til en situasjon der kommunene beholder eller får et større ansvar for oppgavene. Hva vil de konkrete konsekvensene bli, hva vil bli annerledes og hva vil man vinne og tape på et fortsatt utvikling i retning sentralisering?

På bakgrunn av dette blir det i litteraturstudien spesielt fokusert på organiseringen av tjenesteområdet som en følge av reformen. Organiseringen har vi valgt å betrakte ut fra tre dimensjoner som hver for seg og sammen sier noe om integrasjonen mellom statlige styringsbehov og lokale hensyn. *Den territorielle dimensjonen* beskriver hvordan ansvar og oppgaver er organisert innenfor et bestemt geografisk område som en følge av reformen. *Den funksjonelle dimensjonen* beskriver hvordan de ulike velferdsoppgavene

fordeles og iverksettes som en følge av reformen. *Den demokratiske dimensjonen* hjelper oss i å beskrive styringsforhold og medbestemmelsesveier som en følge av reformen. Hvor stort handlingsrommet er langs disse tre dimensjonene oppsummeres i forhold til en stat-kommune dimensjon. Enkelte av velferdsreformene har en begrenset lokal dimensjon, men det vil her være sentralt å diskutere hvordan organiseringen koples til brukere og borgere og andre styringsnivåer.

## 1.1 Reforme og stat-kommuneforhold

De tre reformene som er valgt ut til litteraturstudien omfatter viktige velferdsområder som bidrar med primære tjenester til befolkningen. Reformene er alle eksempler på økt statliggjøring. Sykehusreformen og NAV-reformen er store forvaltningsreformer som berører hele samfunnssektorer, mens rusreformen berører et mer avgrenset tjenesteområde. Reformene er imidlertid organisert svært ulikt med tanke på fordeling av oppgaver mellom det statlige, regionale og lokale nivå.

*Sykehusreformen* og statens styring av denne kan ses som en fortsettelse av en lang tradisjon innenfor sykehussektoren med et tett og integrert forhold mellom politikk, forvaltning og drift (Grønlie 2004b, Byrkjeflot og Grønlie 2004, Martinussen og Paulsen 2004). Sektorens egenart er preget av at det er et politisert felt, at den tradisjonelt har vært sterkt politisk styrt og av at alle inntektene kommer fra det offentlige. Den norske reformprosessen fra 2002 baserer seg på desentralisering gjennom en kombinasjon av intern delegasjon av myndighet til underliggende fagetater slik som direktoratene, og en ekstern fristilling gjennom overgang fra forvaltningsorganisasjoner og forvaltningsbedrifter til tilknytningsformer som statlige foretak og statsaksjeselskaper. Borgeren eller brukeren har kommet mer på avstand fra beslutningene som berører sektoren.

*Rusreformen* kom som en oppfølging av sykehusreformen, og bidro til at helsetjenestene for rusavhengige ble mer lik den øvrige helsetjenesten. Med rusreformen ble det innført en to-nivå-modell for organisering av det samlede tjenestetilbudet for rusmiddelmissbrukere. Gjennom rusreformen i 2004 ble spesialisthelsetjenesten for rusavhengige inkludert i de regionale helseforetakene. Kommunene skulle fortsatt ha koordineringsansvar for tjenester og tiltak på kommunalt nivå. Helsetilbudet skulle styrkes med tanke på tverrfaglighet, individuell tilpasning og helhetlig tilnærming, og rettsikkerhet og kvalitet skulle styrkes. Rusavhengige fikk rett til nødvendig helsehjelp på linje med andre pasientgrupper. Reformen bidro til et tydeligere skille mellom spesialisthelsetjenestens ansvar for behandlingstjenester og kommunenes ansvar for å utvikle tjenestene lokalt knyttet til bolig, ettervern og lavterskel omsorgstilbud.

*NAV (den norske arbeids- og velferdsetaten) - reformen* innebar en samordning av de statlige etatene Aetat, Trygdeetaten og den kommunale sosialtjenesten. NAV samordner i dag statlige og kommunale tjenester på lokalt nivå, der prinsippet om likhet og lokaldemokrati møtes i en og samme etat i kommunen. Samordningen skjer gjennom et partnerskap som reguleres av et rammeverk inngått gjennom konsultasjonsordningen. Denne formen for partnerskap mellom stat og kommune er ny i norsk sammenheng.

Behovet for reform innenfor velferdstjenestene kan relateres til flere forhold. I tillegg til å legge organisatorisk til rette for gjennomføring av arbeidslinja (for å få ned antallet passive trygdemottakere), ble mangel på koordinering av virkemidler innenfor trygd, arbeidsmarkedstiltak og sosialtjenester det sett på som et stort problem. En felles dør for brukere av flere tjenesteområder skal skape sammenheng og koordinering mellom tjenestene. NAV-reformen berører derfor både statlige og kommunale ansvarsområder og er en nyskaping når det gjelder hvordan staten og kommunen er innvevd i hverandre i et flernivåsystem.

Sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen kan alle betegnes som reformer i velferdsstatens forvaltning, der det er andre tema enn lokal politisk styring som framstår som sentrale politiske målsetninger. Reformene er eksempler på at nasjonale likhetshensyn og individuelle rettigheter har blitt viktigere. Med framveksten av en tydeligere *likhets- og rettighetsstat* blir kommunenes eller regional- og lokalleddets *effektueringsrolle* mer framtrædende.

Relasjonen mellom stat og region/kommune reguleres gjennom legale, økonomiske, kunnskapsmessige og politiske virkemidler. Reguleringene gir ulik regional og kommunal autonomi og har konsekvenser for kommunens eller region- lokalleddets handlingsrom og handlingsevne. Handlingsrommet viser her til det som kommunen eller det regionale-lokale leddet prinsipielt og faktisk kan foreta seg, mens handlingsevnen viser til politisk, økonomisk, administrativ kapasitet til å følge opp oppsatte mål (Hansen 2005). Reform erfaringene vi studerer har ulike konsekvenser for kommunenes og region-lokalleddets handlingsrom og handlingsevne.

Innenfor rammen av statlige reguleringer vil litteraturgjennomgangen vise integrasjonen mellom individuelle rettigheter, fagstyre og demokrati i dagens flernivåstyring av velferdstjenestene. Dette er tidligere pekt på som en mangel i forskning om lokaldemokratiet (Christensen 2004). I forhold til *individuelle rettigheter* blir borgernes stilling i forhold til tjenestene en viktig dimensjon i reformene. Rettighetsfesting gjennom lovverk som følger de ulike reformene er i stor grad koplet til borgeren som bruker av de ulike velferdstjenestene. Her står prinsippet om lik rett og lik mulighet til velferdstjenestene sterkt. Dette bekreftes også i makt- og demokratiutredningen sin konklusjon om økende rettsliggjøring i velferdsstaten (Østerud, Engelstad og Selle, 2003). Tjenestene som tilbys brukeren er videre tett koplet til et *fagstyrt* velferdstilbud hvor fokus rettes mot kvalitet og samordning. Dette har vært et sentralt prinsipp i alle tre reformene, men med ulik vektlegging.

Reformene danner og grunnlag for diskusjoner rundt *demokrati* på flere nivå. Demokratisk representasjon gjennom politisk valgte personer spiller en begrenset rolle for hvordan tjenestene organiseres og utføres i reformene. Politiske beslutninger og styring omfatter i større grad styring av faglig virksomhet og skjønnsutøvelse i tjenestene. Gjennom reformene og ny lovgivning styres tjenestene i retning av bedre koordinering og brukertilpasning. Forskningslitteraturen viser hvordan iverksetting av velferdspolitikken gjennom tjenesteyting bidrar til nye styringsformer og åpner nye kanaler for medbestemmelse. Orientering mot brukerne kan eksempelvis betraktes som et vesentlig demokratisk element i alle de tre reformene, hvor de som berøres og er

forbrukere av tjenesten har mulighet til innflytelse gjennom brukerstyrer eller brukerorganisasjoner.

Alle reformene har hatt og har stort fokus på at brukermedvirkning er sentralt for tjenestenes kvalitet og utvikling. Videre kan fokuset på individuelle rettigheter betraktes som en utvidelse av demokratiet på individplan, hvor også rettighetsfesting gjennom lovgivning bidrar til at noen kan stilles til ansvar hvis en borger/bruker ikke får ytelse en har krav på. I den sammenheng er det også et spørsmål om ansvars plassering og muligheter brukeren har til å få gehør for synspunkter på et lavere nivå, gjennom sin kontakt med tjenestene (jmf brukermedvirkning). På denne måten er individuelle rettigheter gjennom lovfestet rettigheter, fagstyre gjennom kvalitetsfokus og demokrati gjennom andre medbestemmelsesveier integrerte elementer som binder stat og lokalforhold sammen på nye måter i reformene som beskrives.

## 1.2 Effekter av reformene i lys av tre statliggjøringsmodeller

Målsetningen med denne litteraturstudien er i første rekke å få oversikt over forskningslitteratur og kunnskapsstatus som angår forholdet mellom stat og kommune på de områdene reformene berører. Med utgangspunkt i ulike forvaltningsløsninger langs den territorielle, funksjonelle og demokratiske dimensjon, har vi skissert tre mulige statliggjøringsmodeller. Disse er en *integrasjonsmodell*, en *statlig områdemodell* og en *statlig sektormodell*. De skisserte modellene bidrar til å plassere erfaringene fra de tre reformene som videre danner grunnlag for en videreutvikling av modellene i prosjektets fase 2.

Modellene plasserer seg langs et kontinuum fra en *integrasjonsstrategi* til en *overtakelsesstrategi*. En integrasjonsmodell medfører at velferdskommunen som eget politisk nivå beholdes, mens velferdstjenestenes innhold og omfang påvirkes av statlige myndigheter. *Overtakelsesstrategien* er tilsynelatende mer radikal og betyr at den tradisjonelle velferdspolitiske flernivåstyringen, erstattes med rikspolitisk ett-nivåstyring hvor staten blir sittende med hele ansvaret for velferdspolitikken. En slik utvikling kan avlaste kommunene for tunge velferdsoppgaver, noe som kan gi rom for nye velferdsinitiativ, men kan også bety en utvikling mot et stadig mer avkommunalisert velferdssystem. Både integrasjons- og overtakelsesstrategien utfordrer ideen om kommunen som et folkevalgt, autonomt nivå med tilstrekkelige politiske frihetsgrader til å tilpasse tjenesteytingen til lokale behov i den enkelte kommune. Mellom de to ytterpunktene har vi skissert en modell som vi betegner som en *statlig områdemodell*. Denne modellen baserer seg på en statliggjøring gjennom statlig overtakelse av de kommunale velferdstjenestene og opprettelse av statlige velferdsadministrasjoner. Organisatorisk vil en områdemodell bety samlokalisering av velferdsoppgavene i én organisasjon. Områdemodellen er mer radikal enn integrasjonsmodellen, men den kan fortsatt sikre lokal, tverrsektoriell samordning av velferdstjenestene. En parallell kan trekkes til dagens fylkesmannsmodell. Tabellen nedenfor gir oversikt forholdet mellom organisatoriske og demokratiske dimensjoner og aktuelle modeller for forholdet mellom stat og kommune.

Tabell 1. Modeller for statliggjøring av kommunale velferdsoppgaver

	<b>Integrasjonsmodell</b>	<b>Statlig områdemodell</b>	<b>Statlig sektormodell</b>
<b>Territoriell dimensjon</b>	Lokalt	Lokalt og/eller regionalt	Regionalt
<b>Funksjonell dimensjon</b>	Spesialisering etter både sektor og geografi	Spesialisering etter geografi	Spesialisering etter sektor
<b>Demokratisk dimensjon</b>	Lokaldemokrati	Nasjonalt demokrati	Nasjonalt demokrati
<b>Stat/kommune dimensjon</b>	Kommunalt eierskap og sentral styring	Statlig eierskap og lokal/regional autonomi	Statlig eierskap og sentral styring

Gjennom analyse av sekundærlitteratur skal vi bidra til utvidet kunnskap om organisasjonsendringene som finner sted og hvilken *effekt* endringene har i forhold til viktige verdier i velferdsstaten. Konsekvenser av reformene kartlegges i litteraturen med utgangspunkt fire effektmål:

**Likhet:** Prinsippet om standardisering kontra lokal tilpasning er sentralt i diskusjonen om valg av beslutningsnivå og organisering av velferdstjenester. Argumentet har vært at et statlig beslutningsnivå vil føre til større likhet gjennom standardisering av tjenestetilbudet og sikring av lik tilgang. Kommunenvået vil ha problemer med å oppfylle nasjonal standarder, men kan på grunn av tettere kopling til brukeren ha bedre forutsetninger for å tilpasse tjenesten til lokale behov. Denne spenningen mellom velferdsstatens standardiseringskrav på den ene siden og det lokale selvstyret krav om kommunal autonomi drøftes i forhold til de tre reformene.

**Deltakerdemokrati:** Prinsippet om maktfordeling og innbyggernes mulighet til å være delaktig i beslutninger som de er berørt av, er en sentral begrunnelse for kommunal organisering av tjenestetilbudet. Argumentene for et sterkt lokaldemokrati er medvirkning, transparens og påvirkningsmuligheter. Et sentral spørsmål i utviklingen av tenkelige velferdsmodeller er om det er mulig å tenke lokaldemokrati uten en politisk styrt kommune. Kan borgerne ha medbestemmelsesrett på andre måter enn gjennom kommunestyret? I litteraturgjennomgangen søker vi etter erfaringer med styringsbeslutninger og medbestemmelsesmuligheter i de tre reformene.

**Ansvarsplassering og responsivitet:** Prinsippet om klarhet i ansvar og oppgaver er viktig i organiseringen av velferdstjenestene. Plassering av ansvar og mulighet for borgerne å utøve en respons på beslutninger tatt fra det offentliges side, påvirkes av oppgave- og myndighetsfordeling mellom ulike myndighetsnivåer og

gjennomsiktigheten i organiseringen. Dette er et viktig prinsipp for å sikre befolkningens tiltro til beslutningssystemet som omgis velferdstjenestene. I litteraturgjennomgang ser vi etter hvordan disse elementer er behandlet i reformene.

**Prioriteringseffektivitet:** Konsekvenser av økt statliggjøring vurderes ikke bare i forhold til demokratiske idealer, men også til selve innholdet og kvaliteten av tjenestene. Effektivitet er et sammensatt mål og kan omfatte byråkratisering av tjenester (svekket kostnadseffektivitet) eller økt kostnadseffektivitet gjennom bedre organisering. Dette er imidlertid utfordrende å måle i kroner og øre, men som kan drøftes ut fra tidligere erfaringer. Vi har i denne sammenheng i hovedsak fokusert på effektivitet i forhold til prioriteringseffektivitet som indikerer hvorvidt prioriteringer gjøres i tråd med politiske eller folkelige behov (Hagen og Sørensen 2001). I litteraturgjennomgangen har sentrale variabler i operasjonaliseringen av denne effektindikatoren vært knyttet til brukernes vurderinger av og erfaringer med de ulike tjenesteområdene og reformene.

Effektmålene vi her har presentert har vært retningsgivende for hva vi har søkt i litteraturen. Det er imidlertid ingen betingelse for at dette er effekt mål som *er undersøkt* som en følge av reformene. Reformene har svært ulikt dokumentasjonsgrunnlag som i praksis betyr at hver av reformene har ulikt grunnlag å vurdere effekter ut i fra.

### 1.3 Litteraturgrunnlag for studien

Kartleggingen av de tre reformene er en gjennomgang av faglitteraturen. Formålet her var å samle eksisterende dokumentasjon om reformene og ved hjelp av dette materialet si noe om organiseringen av tjenesteområdene og effektene av statliggjøringsprosesser i reformene.

Litteraturstudien baseres på forskningsdokumentasjon som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift, bøker, bokkapitler, PhD-avhandlinger, masteroppgaver og rapporter. Omfanget av litteratur om de tre reformene er svært forskjellig. Sykehusreformen er behandlet i flere evalueringer og forskningsprosjekter de seinere årene. Rusreformen er i denne sammenheng en liten reform som har vesentlig mindre forskningsdokumentasjon knyttet til seg. NAV-reformen er fortsatt i prosess, men er så omfattende at den har utløst en stor forskningsvirksomhet.

Litteraturstudien av NAV-reformen er basert på publikasjoner som omhandler planleggings- og den tidlige iverksettingsfasen av NAV-reformen. Litteraturen er publisert innenfor rammene av den nasjonale evalueringen av NAV-reformen og utvalget av publikasjoner er foretatt ut fra hensikten å belyse hvordan reformen slik den er utformet, først og fremst gjennom lovverk og stortingsvedtak (rammeavtalen mellom staten og kommunene) som berører stat-kommune relasjonen. Følgene av reformen er det foreløpig lite dokumentasjon på. Enkelte, begrensede studier er gjort av brukertilfredshet og -erfaringer. Disse er inkludert i denne studien.

Litteraturen om rusreformen er publisert i tidsperioden 2004 til 2010. Det dreier seg om publikasjoner fra hovedevalueringen av rusreformen samt utrednings- og forskningsrapporter og aktuelle masteroppgaver. Dokumentasjonen gir bidrag til kunnskap om hvordan tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble organisert etter

reformen og reformens virkning på tjenesteutviklingen i kommunene, med hensyn til lovregulering, innflytelse på faglige krav og tjenesteutforming. Studiene vi har funnet fram til gir liten oppmerksomhet til den demokratiske dimensjonen i reformen. Forskningsinteressen rettes mest mot innholdssiden i tjenestene, og dreier seg om brukererfaringer, kvaliteten i tjenestene, likhet i tjenestetilbud, sammenheng mellom tjenestene og kompetanseoppbygging lokalt. Det foreligger noe litteratur som tar opp effektene av lovregulering og rettighetsfesting. Dette er tatt med som en viktig kilde til innsikt om prosesser av rettsliggjøring og hva dette betyr for forholdet mellom stat og kommune.

Litteraturen om sykehusreformen er rik og baserer seg på ulike kilder. I studien av erfaringene fra reformen har vi valgt ut noen sentrale publikasjoner og datasett. Dokumentasjonen er valgt ut med hensikt at den skal kunne si noe om organiseringen som en følge av reformene, men også dokumentasjon som viser til overordnede effekter av reformtiltakene. Sentrale dokumenter her er knyttet til resultatevalueringen. Her foreligger det en rekke enkeltstudier, bøker, forskningsrapporter og forskningsrådets egen oppsummerende resultatevaluering. Litteraturen her gir god oversikt over den tidlige fasen, valg av organisering og implementeringen av nye styringssystemer. Det er imidlertid ikke gjennomført tilsvarende omfattende evaluering av reformen i senere tid. Her har vi benyttet enkeltstående rapporteringer fra ulike institusjoner, departementet og direktoratenes rapporteringer og målinger fra SSB og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

## **1.4 Oppbygging av rapporten**

Vi har lagt opp til en kortfattet rapport som tjener som dokumentasjonsgrunnlag for fase 2 i prosjektet, men som også er et selvstendig notat som kartlegger omfanget og effekter av statliggjøringsprosesser som følge av reformene. Rapporten er på bakgrunn av dette bygd opp som følger.

*Kapittel 2* beskriver organisering og effekter av sykehusreformen ut fra foreliggende litteraturen.

*Kapittel 3* beskriver organisering og effekter av rusreformen ut fra foreliggende litteraturen

*Kapittel 4* beskriver organiseringen og effekter av NAV reformen ut fra foreliggende litteratur

*Kapittel 5* oppsummerer og diskuterer reformene samlet sett relatert til spørsmålet om stat-kommuneforholdet.

## 2 Sykehusreformen

I Norge har helsepolitikken vært gjennom ulike faser, fra en ambisiøs velferdspolitik som varte fra begynnelsen av forrige århundre, til 1970-åra, da vi fikk en økonomiserings- eller effektiviseringspolitikk (Berg 2005). I et land med sterk offentlig styring som Norge formes mye av helsepolitikken gjennom utformingen av lovverket og oppbyggingen av strukturen i helsevesenet. Sykehusloven av 1969 og ordningen med det fylkeskommunale eieransvaret kom som et tiltak for å håndtere spenningen mellom ønsket om lokal selvstyre, regional samordning og statlig styring (Byrkjeflot og Grønli 2005).

Norske sykehus var i stor grad bygd opp av lokale ildsjeler, humanitære organisasjoner og engasjerte lokale politikere (Schiøtz 2003). Balansen mellom å sikre folk gode helsetjenester i nærmiljøene og å sikre god kvalitet har til alle tider dominert nasjonal og lokal helsepolitikk. Lokal motstand har vært et effektivt hinder mot å effektivisere sykehusstrukturen gjennom sentralisering av tjenestetilbudet. Bygd har stått mot by i en kontinuerlig konflikt (Opedal og Stigen 2005). Desentralisering av makt til fylkeskommunen var i over 30 år den norske styringsmekanismen for å håndtere en overbelastet offentlig sykehussektor.

De nasjonale ambisjoner var imidlertid større enn resultatene fylkeskommunene produserte. Resultatet ble en stadig mer aktiv stat, der styringen var økende, men også tvetydig. Samtidig som det ble etterspurt mer styring fra fylkeskommunens side, bidro staten gjennom aksjoner, pakker og øremerkede tilskudd til å redusere fylkeskommunens evne til å styre (Opedal og Stigen 2005). Dette førte til et spill mellom fylkeskommunene og staten om ansvaret for budsjettunderskudd og lange ventelister, og en kritikk mot lokale politikere som blandet seg litt for mye inn i detaljer i sykehuspolitikken (Kjekshus 2003). Dette la grunnlaget for en omfattende sykehusreform.

### 2.1 2002 – implementering av sykehusreformen

Statens overtakelse av sykehusene i 2002 er en av de største reformer i norsk samfunnsliv noensinne. Reformen medførte at 100 000 ansatte fikk ny arbeidsgiver, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommunen og staten. Fylkeskommunene mistet sitt største ansvarsområde og fylkespolitikkerne måtte gi fra seg sentrale politiske verv (Opedal og Stigen 2005). Fra 1. januar 2002 ble sektoransvar, finansieringsansvar og eierskap samlet på statens hånd. Dette gikk raskt etter at selve stortingsvedtaket ble gjort i juni 2001. Samtidig ble sykehusene organisert i fem regionale helseforetak.

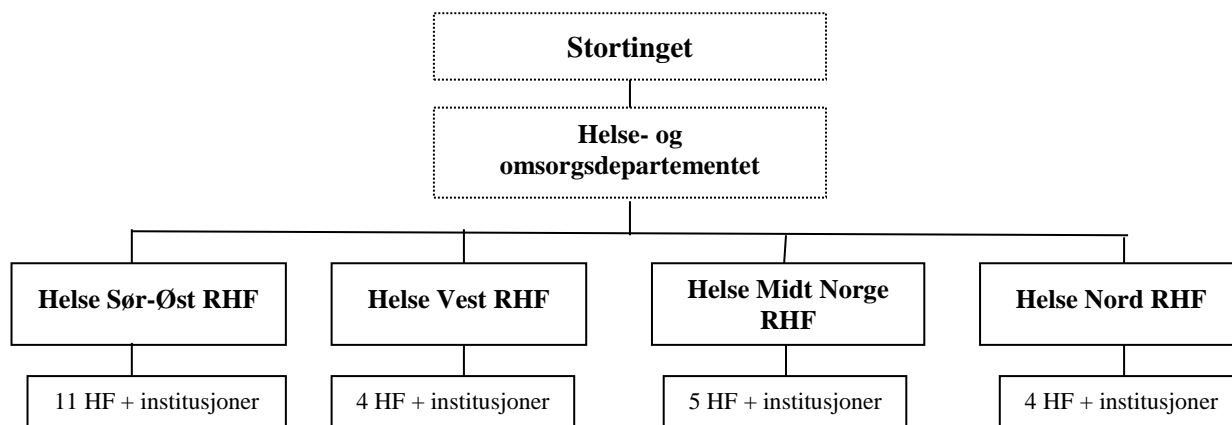
Helse- og omsorgsdepartementet etablerte et styringssystem som kunne sikre nasjonal styring, og de regionale helseforetakene ble organisasjoner som skulle håndtere funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene.



### 2.1.1 Territoriell organisering

Norge er i dag delt i fire helseregioner: Nord, Midt-Norge, Vest og Sør-Øst. De regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. I tillegg til å drive sykehusene har de regionale helseforetakene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De regionale helseforetakene løser sine pålagte oppgaver enten ved at sykehus eid av de regionale sykehusene utfører oppgavene eller at tjenestene tilbys av private.

Fra 1. juni 2007 ble Helse Øst RHF og Helse Sør RHF slått sammen til ett regionalt helseforetak; Helse Sør-Øst RHF. Dette er en videreutvikling av Sykehusreformen av 2002. Innen hvert RHF ble sykehus og institusjoner fordelt på flere helseforetak (HF). Gjennom perioden har flere regionale helseforetak endret sin interne organisering, helseforetak har blitt lagt ned og nye har blitt opprettet. Figur 3.1.2 viser hvordan den territoriale organiseringen er per januar 2011.



Figur 2.1.1 Helseregionenes organisering:

*RHF* = Regionale helseforetak: organisert som selskaper under spesielle lovgivninger. De har ingen selvstendig sykehusfunksjon, men er regionale administrative enheter

*HF* = Helseforetak: separate juridiske enheter og ikke en del av statens administrasjon. Fundamentale lover,

**Helse Sør-Øst RHF** som har ansvar for befolkningen i Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Østfold, Akershus, Oslo, Hedemark og Oppland og har sitt hovedkontor på Hamar. Helse Sør-Øst RHF eier følgende helseforetak: Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Psykiatrien i Vestfold HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehusapotekene HF. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF et tett og forpliktende samarbeid med private ideelle sykehus som Lovisenberg, Revmatismesykehuset og Diakonhjemmet og andre private tjenestetilbydere.

**Helse Vest RHF** har ansvar for befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane og har sitt hovedkontor i Stavanger. Helse Vest RHF eier følgende helseforetak: Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen, Helse Førde og

Sjukehusapoteka Vest. I tillegg har Helse Vest RHF et tett og forpliktende samarbeid med private ideelle sykehus som Haraldsplass og andre private tjenestetilbydere.

**Helse Midt-Norge RHF** har ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag og har sitt hovedkontor i Stjørdal. Helse Midt-Norge eier følgende helseforetak: Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal, St. Olav Hospital og Helse Nord-Trøndelag, Rusbehandling Midt-Norge og Sykehusapotekene i Midt Norge. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF et tett og forpliktende samarbeid med private tjenestetilbydere.

**Helse Nord RHF** har ansvaret for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark fylke hvor hovedkontoret er lokalisert i Bodø. Helse Nord RHF eier følgende helseforetak: Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset i Tromsø, Helse Finnmark og Sykehusapotekene i Nord. I tillegg har Helse Nord RHF et tett og forpliktende samarbeid med private tjenestetilbydere.

### 2.1.2 Funksjonell organisering av oppgaver og iverksetting

Sykehusreformen består av to hovedelementer: Statens overtakelse av sykehusene, og en tilknytning mellom sykehus og stat basert på en foretaksmodell. Balansen mellom overordnet politisk styring og autonomi for helseforetakene skal oppnås gjennom en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom staten og helseforetakene (Lægreid, Opedal og Stigen 2003). Staten skal bestille sykehustjenester, eie sykehusene og utøve myndighet. De regionale helseforetakene skal forvalte det statlige eierskapet på vegne av staten og sørge for at befolkningen får de tjenestene de har behov for. De lokale helseforetakene skal levere tjenestene. Dette har gitt de ulike aktørene definerte roller og oppgaver:

*Stortinget* er formelt tillagt en overordnet og strategisk rolle i den nye styringsmodellen, med hovedvekt på lovgivning og bevilgninger. I pakt med mål- og resultatstyringskonseptet i staten, er det utviklet et plan- og meldingssystem med forankring i den nye foretaksloven. I budsjettproposisjonen skal "Forhold av prinsipiell og politisk karakter knyttet til spesialisthelsetjenesten og utviklingen av denne omtales" (St.prp. nr. 1, 2003-2004: 235). Signaler og føringer gitt ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 skal så reflekteres i styringsdokumenter som helseministeren utformer for de regionale helseforetakene. Resultatrapportering i forhold til foregående års styringsdokument skal inngå i St. prp. nr. 1, sammen med en plan for kommende år. I følge sosialkomiteen skal "Plan- og meldingsdelen i St. prp. nr. 1 være Stortingets viktigste arena for å legge føringer for departementets bruk av eierrollen" (Budsjettinnst. S. nr. 11, 2003-2004: 77).

*Helse- og omsorgsdepartementet* styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument. De regionale foretakene er som hovedregel mottakerne av de statlige basisbevilgningene og de aktivitetsavhengige bevilgningene som går til spesialisthelsetjenesten. Etter sykehusreformen ivaretar Helse- og omsorgsdepartementet og den øvrige helseforvaltningen fire sentrale roller: Rollen som bestiller/tilskuddsforvalter, eier, myndighetsutøver og rollen som kontroll- og tilsynsmyndighet. Flere organisatoriske grep er tatt for å klargjøre og skape institusjonelle skiller og grenseoppganger mellom de ulike rollene. For eksempel ble

Sosial- og helsedepartementet med virkning fra 1.1.2002 delt i to, hvor Helsedepartementet fikk ansvaret for eierstyringen av helseforetakene.<sup>1</sup> I den forbindelse ble det skilt ut en egen eieravdeling i departementet. Formelt forholder de regionale helseforetakene seg kun til eieravdelingen i Helsedepartementet.

*De regionale helseforetakene* har to hovedroller i forhold til de underliggende helseforetakene: a) forvaltningen av eieransvaret for helseforetakene (på vegne av staten) og b) ”sørge for rollen” som sikrer befolkningen i regionen tilbud om relevante spesialisthelsetjenester i henhold til lovbestemmelser. Rollen oppfylles ved å tilby tjenester fra egne helseforetak, kjøpe tjenester fra private sykehus, private legespesialister, sykehus i andre regioner eller i utlandet. De regionale helseforetakene har stor frihet til å utforme kontrakter med de lokale foretakene. I tillegg til pasientbehandling har de regionale foretakene ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

*Helseforetakene* er eid av de regionale helseforetak og skal ivareta følgende oppgaver: a) Pasientbehandling: Yte god kvalitetsmessig og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, b) Forskning: Drive pasientrettet klinisk forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater, c) Utdanning: Sørgje for at behovet for undervisningen og opplæringen av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Videre skal det sørges for at personellet gis den nødvendige opplæring, etter- og videreutdanning som kreves for ansvarlig utførelse av arbeidet og d) Pasientopplæring: Øke innsatsen på opplæring av pasienter og deres pårørende.

I følge § 28 i Foretaksloven er det helseforetakene som ”... har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet”. Avgjørelser om foretaksstruktur og nedleggelse av sykehus er det dermed i utgangspunktet opp til helseforetakene å treffe, men i § 30 er det fastsatt at ”Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver”<sup>2</sup>. I foretaksmøtene er det helseministeren som har det avgjørende ordet (Opedal og Rommetvedt 2010). En hovedidé med foretaksmodellen er at den skal redusere dag-til-dag-styringen og styrke den mer mål- og rammeorienterte styringen fra statens side. Byrden for det politiske lederskapet kan dermed reduseres, og gjennom et klart skille

---

<sup>1</sup> I oktober 2004 ble Helsedepartementet omorganisert på nytt og heter nå Helse- og omsorgsdepartementet. Det består av hele det tidligere Helsedepartementet og deler av det tidligere Sosialdepartementet.

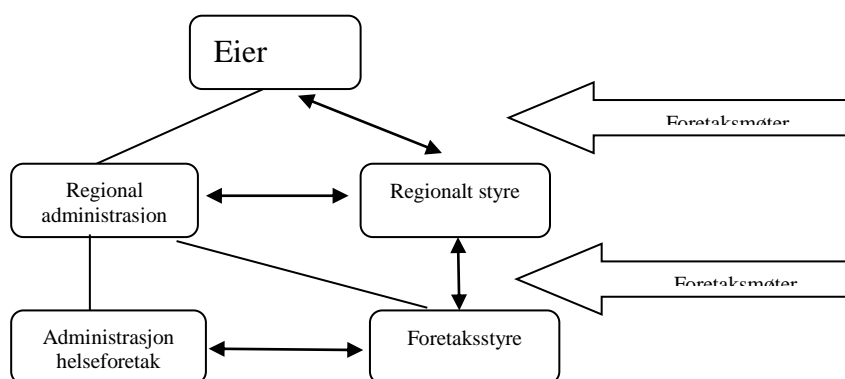
<sup>2</sup> Vedtektene til de regionale helseforetakene presiserer hva som anses som vesentlige saker. I § 9 heter det at: ”Foretaksmøtet [...] skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jf. helseforetakslovens § 30. Det gjelder blant annet saker som: 1) utskilling av større deler av virksomheten, 2) deltakelse i omfattende samarbeid eller vesentlige endringer i dette og 3) omfattende endringer i tjenestetilbudet”.

mellom politikk, forvaltning og drift, kan den politiske styringen i sterkere grad innrettes mot å formulere mål, bevilge penger og følge opp resultater.

### *Organisasjonsprinsipper*

I evalueringen av sykehusreformen ble det kartlagt hvilke organisasjonsprinsipper som ble valgt for de overordnede enhetene. De aller fleste foretakene er basert på et funksjonelt spesialiseringsprinsipp. Dette innebærer at divisjonen, klinikken eller avdelingen er organisert som faglige enheter på tvers av sykehusene med en felles ansvarlig leder. Noen få er organisert ut fra en geografisk dimensjon, hvor en funksjonsbasert inndeling skjer på tvers av geografiske enheter.

Styrene i de regionale og lokale helseforetakene er et viktig element i den statlige foretaksmodellen. De har det overordnede ansvaret for oppnåelsen av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket, og at virksomheten drives forsvarlig innenfor de økonomiske og andre rammer som er satt (helseforetaksloven § 28). Styrenes plassering innenfor helseforetaksmodellen illustreres i figur 2.1.2.



*Figur 2.1.2 Styrenes plass i helseforetakene*

De profesjonelle styrene er plassert i linjen mellom eier og foretak, det vil si mellom Helse- og sosialdepartementet og de regionale foretakene og mellom de regionale foretakene og underliggende foretak. Dessuten praktiseres ulike former for gjennomgående representasjon. Dette betyr at representanter for den regionale administrasjon inngår i de lokale foretaksstyrene. Slik var det imidlertid ikke ved reformens oppstart. I Helse Nord ønsket de i utgangspunktet rene styringslinjer og innførte ikke gjennomgående representasjon i 2002, men endret dette i 2003. I Helse Sør og Øst (nå Helse Sør-Øst) var representanten for den regionale administrasjon styreleder i de lokale helseforetakene. I Helse Vest og Helse Midt-Norge har representanten for den regionale administrasjonen kun deltatt som ordinært medlem (Stigen, Finstad m.fl 2006).

### *Iverksetting*

Den funksjonelle organiseringen av oppgaver legger opp til å skjerme iverksettingen fra direkte politisk styring. På den måten står foretaksstyrene friere til å velge virkemidler på et teknisk-nøytralt grunnlag (jmf § 28). Ved å avgrense det statlige politiske engasjementet til ex ante målformuleringen og ex post resultatkontroll skal styrene formelt stå fritt til å velge virkemidler. Den politiske innflytelsen på iverksettingen er først og fremst indirekte ved at staten oppnevner styrer, utformer oppdragsdokument og stiller krav om rapportering. I samme kategori hører også taler og pressemeldinger fra politisk ledelse og dialog mellom forvaltningen og styrene. Foretaksmodellen gir imidlertid også rom for direkte politisk styring i foretaksmøtene. Selv om vedtak om nedleggelse av sykehus tilbud i utgangspunktet er lagt til helseforetakene, er det i § 30 fastslått at "[f]oretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver". I disse møtene utøver helseministeren eierstyring. I forslaget til sykehusreform forutsettes det imidlertid "at eierstyringen konsentreres om overordnede forhold. [...]. En hyppig direkte inngripen i daglig drift vil [...] undergrave daglig leders og styrets ansvar" (Ot.prp. nr. 66, s.21). Dette bringer oss over i den demokratiske dimensjonen ved sykehusreformen, hvordan beslutninger tas og hvem som er de sentrale beslutningstakere.

#### **2.1.3 Demokrati: styringsbeslutninger og medbestemmelsesveier**

Foretaksmodellen avklarer formelt autonomien og det ansvaret helseforetakenes ledelse har "oppover" overfor staten som eier. Autonomi for ledelsen kan imidlertid bety at andre aktører enn staten kan stille helseforetaksstyrene til ansvar. Ledelsens ansvar "nedover" kan omfatte pasientene, helseprofesjonene og de lokalsamfunn hvor helseforetakene er lokalisert. I følge helseforetakslovens § 35 skal helseforetakene "sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester [...] etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter".

Alle helseforetakene har opprettet brukerutvalg med representasjon fra paraplyorganisasjonene Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO). Etableringen av brukerutvalg betyr av pasientene kan influere på ledelsen og stille den til ansvar. Lov om helseforetak pålegger regionale helseforetak å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten de kommende år (§34). I vedtektene heter det at styret skal påse at pasienters erfaringer og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, bl.a. gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Disse bestemmelsene er konkretisert gjennom opprettelsen av brukerutvalg i alle helseforetakene.

Opprettelse og utforming av brukerutvalgenes roller varierer og har utviklet seg over tid. Undersøkelser viser at de fleste forbinder brukerutvalgene med rådgivende organer, men det trekkes også frem at disse kan fungere som kanal for systematisk tilbakemeldinger og samarbeidspart med sykehusene. Koplingen er primært til helseforetakenes administrasjon, ved at administrerende direktør i helseforetakene deltar

på møtene i brukerutvalgene. I andre tilfeller er brukerutvalgs-representanter til stede på styremøter eller at styremøtene behandler protokoller fra brukerstyremøter.

Foretaksstyrenes sammensetning kan påvirke styrenes ”lydhørhet” overfor ansatte og lokalsamfunn. Ordningen med ”profesjonelle” styre bestående av næringslivsfolk, helseeksperter mv. ble i 2006 erstattet av en ordning der et flertall i styrene består av lokal- og fylkespolitikere som er oppnevnt av staten. Også helseprofesjonenes organisasjoner økte sin representasjon. For å unngå interessekonflikt mellom styrenes ansvar overfor eieren og eventuell lojalitet ”nedover” overfor helseprofesjonene og lokalsamfunn, har staten presisert at ”[i] samsvar med foretaksmodellen representerer styremedlemmene i helseforetakene ikke politiske organisasjoner, geografiske områder eller andre interessegrupper” (Helse- og omsorgsdepartementet 17.01. 2008).

Sett fra eierens side skal styrene fungere som en brannmur som sikrer en viss distanse fra virksomheten. For politikere kan det være greit å ha denne distansen. Dersom det går bra, kan statsråden ta æren. Dersom det går dårlig, kan ansvaret legges på de profesjonelle uavhengige styrene. Sett fra ledelsens side er styrene viktige som et overordnet strategi- og kontrollorgan som skal passe på at ledelsen gjør sin jobb. For å styrke sykehusets legitimitet ovenfor lokalbefolkningen er nå et flertall av foretakenes styremedlemmer oppnevnt blant foreslåtte folkevalgte (Grund 2006).

#### **2.1.4 Stat – ”lokal” forholdet**

Staten benytter to argumenter for å begrunne behovet for endringer i sykehusstrukturen. Økonomiargumentet går ut på at mange små og store sykehus, der nesten alle tilbyr de samme sykehustjenestene, koster staten dyrt. Sterkere sentralisering vil gjøre det mulig å ta ut økonomiske stordriftsfordeler. Kvalitetsargumentet fokuserer på forholdet mellom pasientvolum og tjenestekvalitet. Mer spesialisert medisin krever et større geografisk omland og pasientgrunnlag enn det fylkesgrensene utgjør, for å kunne sikre at ”øvelse gjør mester”. Denne argumentasjonen har særlig støtte i Arbeiderpartiet, FrP, Høyre og i fagmiljøene ved de store sykehusene, mens bevaring av sykehusstrukturen har mest støtte i sentrumspartiene og Sosialistisk Venstreparti (Hovik og Opedal 2005).

Helseforetaksloven er utarbeidet med utgangspunkt i statsforetaksloven (jf. NOU 1991:8, Ot.prp.nr.32, 1991-1992). *Statsforetaksloven* er laget med sikte på å være en tilknytningsform for statlig næringsvirksomhet som samtidig skal være et instrument for å fremme overordnede politiske målsettinger. Et statsforetak er heleid av staten og styringen utøves gjennom det årlige foretaksmøtet. I tillegg skal saker av vesentlig betydning for foretakets formål eller karakter legges skriftlig fram for departementet som eier. Det blir i statsforetaksloven lagt vekt på at departementet ikke skal utøve eiermyndighet på annen måte enn gjennom foretaksmøtet. I praksis forekommer det imidlertid en kombinasjon av formell eierstyring og mer uformelle styringsformer gjennom kontaktmøter og informasjonsutveksling (Grønlie og Selle 1998, Grønlie 2001, NOU 2003:34).

*Helseforetaksloven* bygger på disse prinsippene, men skiller seg ut ved en større detaljeringsgrad når det gjelder spesifisering av hvilke saker som må forelegges statsråden i foretaksmøtet (Grønlie 2004a). Helseforetaksloven inneholder dessuten en del særbestemmelser som gir rom for sterkere statlig styring enn det statsforetaksloven

gir åpning for. Den viktigste forskjellen er at § 16 i helseforetaksloven gir Helsedepartementet anledning til å sette vilkår for bevilgninger *utenfor* foretaksmøtet (Besl.O.nr.123, 2000-2001). I følge statsforetaksloven kan ikke eier utøve eierstyring utenom foretaksmøtet (jf. § 1), noe helseforetaksloven altså gir rom for.

Helseforetakene er også underlagt *Offentlighetsloven og Forvaltningsloven* (med unntak av personalsaker) på samme måte som ethvert forvaltningsorgan i staten. Helseforetaksformen gir dessuten staten anledning til å benytte de tradisjonelle eierstyringsvirkemidlene. Registeret av statlige virkemidler er imidlertid supplert med virkemidler hentet fra etatsstyringen av forvaltningsorgan, men hvor tildelingsbrev/styringsdokument, og til en viss grad Forvaltningsloven, er søkt tilpasset hensynet til helseforetakenes autonomi. Følgelig har staten et relativt bredt sett av virkemidler som kan brukes for å oppfylle de nasjonale helsemålene i sykehussektoren.

Generelt kan en si at den norske reformprosessen baserer seg på desentralisering gjennom en kombinasjon av intern delegasjon av myndighet til underliggende fagetater slik som direktoratene, og en ekstern fristilling gjennom overgang fra forvaltningsorganisasjoner og forvaltningsbedrifter til tilknytningsformer som statlige foretak og statsaksjeselskaper. Parallelt med økt fristilling av underliggende virksomheter har staten gjort ulike grep for å kompensere for tapet av tradisjonell hierarkisk forvaltningsstyring.

Mål- og resultatstyring er det mest sentrale tiltaket. Den overordnede statlige styringen er styrket gjennom flere politiske stillinger sentralt i departementene, samtidig som kontroll- og tilsynsorgan får en sterkere og mer uavhengig rolle som overvåkningsorganer ovenfor fristilte virksomheter. Flere organisatoriske grep ble imidlertid tatt for å skille staten sine roller som bestiller, eier, myndighetsutøver og kontroll- og tilsynsmyndighet. For det første ble Sosial- og helsedepartementet delt i to, hvor helsedepartementet fikk ansvaret for eierstyringen av helseforetakene.

Fra 2005 ble skillet mellom Helsedepartementets bestillerrolle og eierrolle forsøkt tydeliggjort ved å opprette en spesialisthelsetjenesteavdeling ved ansvar for bestillerrollen. Også i de regionale helseforetakene gjennomføres tiltak for å skille tydeligere mellom bestillerrolle og eierrollen. For det andre ble en rekke forvaltningsmessige og administrative oppgaver samlet i Sosial- og helsedirektoratet. På den måten ble en rekke iverksettende og myndighetsutøvende funksjoner samlet i et stort direktorat. Helsetilsynets tilsynsansvar og uavhengighet ble ut fra dette også mer rendyrket. De regionale helseforetakene forholder seg på bakgrunn av dette til tre styringsdokumenter: 1) bestillerdokument fra eier, 2) dokument fra direktoratet med informasjon og krav knyttet til ulike myndighetstiltak og 3) eierkrav protokollført i foretaksmøte.

## 2.2 Kunnskapsstatus om effekter

Sykehusreformen hadde to primære målsettinger: a) å sikre befolkningen et likeverdig tilbud av helsetjenester og b) å sørge for en effektiv utnyttelse av ressursene. I litteraturen om reformen har vi søkt etter hvordan disse mål er ivaretatt ut fra de fire

effektindikatorerne: likhet, deltakerdemokrati, ansvarsplassering og responsivitet og prioriteringseffektivitet.

### **2.2.1 Likhet**

Større likeverd i tilbud og tilgangen til spesialisthelsetjenester var et av målene med sykehusreformen av 2002. Likhetsproblematikken er et område helsebyråkratiet til en hver tid arbeider med og forsøker å finne løsninger på både i forhold til likhet i tjenester, men og mulighetene knyttet til lik tilgang. Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet i helsetjenesten er bl.a. et organ som ivaretar spørsmål og saker om uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder eller geografi. De diskuterer også problemstillinger knyttet til arbeidsdelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.

Nerland og Hagen spør i sin artikkel fra 2007 om sykehusreformen har ført til mer likhet. De fokuserer da på innbyggernes forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester ut fra prinsippet om lik tilgang. Studien viser at det er noe ulikhet i tilgangen på somatiske spesialisthelsetjenester i Norge. Ulikhet kommer til uttrykk på flere måter: for det første er det klare forskjeller i primærlegedekning, reiseavstand og ventetid. For det andre er det forbruksvariasjoner mellom bostedsområder hvor innbyggere i Helse Sør området har et høyere forbruk enn andre.

Analysen tyder også på at jo høyere andel primærlegedekning, jo høyere forbruk av spesialisthelsetjenester. Den viser også at effektene av helseforetakene og reiseavstand har endret seg i negativ forstand over tid (avstand innbyggernes bostedskommune og nærmeste sykehus). De med lang avstand har ikke den samme økning i forbruket som de som bor nært. Dette kan indikere at mindre sentrale strøk har et mer begrenset tilbud. Likevel konkluderer Nerland og Hagen med at det verken har blitt mer eller mindre likhet i tilgangen til spesialisthelsetjenesten, og at staten derfor ikke har oppnådd målet om større likhet i tilgang. Analysen ble imidlertid gjennomført for perioden 1999-2004, og studerer derfor bare korttidseffekter av reformen (Nerland og Hagen 2007).

### **2.2.2 Deltakerdemokrati**

Flere studier av endringen i styringsstrukturer som en følge av sykehusreformen påpeker at utviklingen har gått i retning av en sterk stat og en dekopling til borgere og brukere (Opedal og Stigen 2005, Lie 2007, Alm Andreassen 2007). Den sterke statlige styringen kommer til synet gjennom flere politiske stillinger sentralt i departementene, samtidig som kontroll- og tilsynsorgan får en sterkere og mer uavhengig rolle som overvåkningsorganer ovenfor fristilte virksomheter. Helsebyråkratiet har med dette vokst seg stort og sterkt. Samtidig er borger og bruker rollen kommet på avstand fra styringsinstitusjonene etter helsereformen. Sykehusreformens etterspørsels- og markedslogikk har medført en styringsdreining fra borger til bruker. Som borger går mulighet for innflytelse på helsepolitikken gjennom politisk valg eller gjennom rollen som bruker. Brukere blir i dette perspektivet definert som konsumenter som har frie valg. Dette perspektivet finnes igjen i pasientrettighetslovene, der det er pasientens etterspørsel og ikke den politiske debatt som bestemmer budsjetttilgangen (Martinussen og Paulsen 2005:128).



Brukerutvalgene er en viktig aktør i den sammenheng. Her skal pasienters og pårørendes rettigheter ivaretas, blant annet gjennom fast arbeid med deres organisasjoner. Det refereres her til undersøkelser gjennomført i 2007 som viser brukerutvalgenes omfang, rolle og funksjon (Lie 2007, Alm Andreassen 2007). Undersøkelsene viser at antall brukerutvalg har økt etter reformens begynnelse, og at dette virkemiddelet faktisk har medført til etablering av organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestenes brukere kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere.

Undersøkelsene viser at alle brukerutvalgene i de regionale helseforetakene hadde vært med på utarbeidelsen av utvalgets mandat, mens i de lokale foretakene fikk 40 % forelagt et ferdig mandat. Mandatformuleringene er lite konkrete og bærer preg av at det ikke er noen klar "oppskrift" for slike brukervalg. Brukervalgene må selv finne sin form og rolle i systemet. Mange av utvalgene rapporterer om at de må arbeide hardt for å bli trukket med i aktuelle saker. Det kan videre tyde på at brukerutvalgenes saksgang og organisatoriske innplassering i helseforetakene først og fremst er knyttet til helseforetakenes administrasjon.

Det rapporteres at administrerende direktør ofte eller alltid deltar på møter i brukerutvalgene i nær halvparten av de lokale helseforetakene, mens de alltid deltar i de regionale helseforetakene. De brukerstemmene som har blitt involvert gjennom brukervalg er i stor grad kronikere, funksjonshemmede, eldre, kreftpasienter, mennesker med psykiske problemer og etter hvert også mennesker med rusproblemer. Resultater fra brukerutvalgenes arbeid varierer, men viktige bidrag har vært å sette tjenestene til mennesker med langvarige og sammensatte problemer høyere på dagsorden, selv om dette ikke alltid har gitt seg utslag i konkrete endringer (Alm Andreassen og Lie 2007).

Styrene i helseforetakene kan betraktes som en viktig del av et deltakende demokrati. Utnevning til styrene i de regionale og lokale helseforetakene var opprinnelig ment å basere seg på profesjonelle kriterier. Politikk skulle på denne måten holdes på en armlengdes avstand. Dette skulle likevel vise seg å være vanskelig. Fra 2006 ble det vedtatt at styrene i de regionale helseforetakene skal bestå av ordinære eieroppnevnte medlemmer og folkevalgte eieroppnevnte medlemmer, hvor de folkevalgte er utnevnt etter forslag fra fylkeskommunene og sametinget. Disse kandidatene skal imidlertid i innværende periode også være valgt inn i kommunestyre, fylkesting eller sameting. I tillegg består styrene av ansattrepresentanter. I samsvar med foretaksmodellen representerer styremedlemmene *ikke* politiske organisasjoner, geografiske områder eller andre interessegrupper. Det er deres individuelle kompetanse og erfaring som skal ligge til grunn for utvelgelsen. Dette kan tyde på at de folkevalgtes styrerolle primært er å få og gi informasjon, gi styrebeslutninger legitimitet og forankre helseforetakenes beslutninger ned i formelle styringsinstitusjoner (Opedal og Stigen 2005).

Det er imidlertid enkelte studier som viser at det skjer politisering nedenfra. Med et flertall av lokal- og fylkespolitikere i styrene kan de ha blitt mer tilbøyelige til å gi etter for press. Foretaksstyrene står i slike situasjoner overfor et valg om å gi etter for press eller fastholde statens oppdrag. Eksempelvis var det å unngå nedbygging av lokalsykehusene viktigere for fylkespolitikere enn effektivisering og oppbygging av store og sterke fagmiljøer (Martinussen og Paulsen 2004:350). Slike politiske

holdninger kan lokal- og fylkespolitikere ha tatt med seg inn i foretaksstyrene. Dette kan tyde på at helseforetakenes forsøk på å endre sykehusstrukturen har mobilisert en rekke andre aktører enn de som formelt inngår i helseforetaksmodellen. Men som formelle iverksettere, er det styrene som avgjør om denne mobiliseringen får innflytelse på styrebeslutningene. I spørreundersøkelsene til de lokale styrene i 2003, 2004 og 2008 ble styremedlemmene bedt om å ta stilling til hvilken innflytelse de mente ulike instanser og grupperinger har over beslutninger i helseforetaket. Resultatene er i tråd med reformens intensjon om en avpolitisert iverksettingsprosess. Lokalsamfunnsaktører som lokale aksjonsgrupper, kommuner og fylkeskommuner, har liten innflytelse på helseforetakenes beslutninger. Det moderate innslaget av politisering nedenfra understøttes av at bruker- og pasientorganisasjoner tillegges liten innflytelse. Innflytelsesmønsteret endres lite etter at fylkes- og lokalpolitikere fikk flertall i styrene (2008-resultatene), men lokale aksjonsgrupper ser ut til å ha økt sin innflytelse. Mest markert er den økte innflytelse som sykehusansattes organisasjoner tillegges.

Størst innflytelse tillegges likevel de regionale helseforetakene, noe som viser deres sentrale rolle som pådrivere for effektivisering av sykehusstrukturen. På myndighetssiden er det Helsedepartementet og Stortinget som har størst innflytelse på de lokale foretakene. Stortinget oppnår klart lavere skår i 2008, noe som kan forklares med at det nå var en flertallsregjering som styrer landet. Både Stortinget og Helsedepartementet inngår i den formelle styringslinjen mellom staten og helseforetakene, men styringen er forutsatt å ta hensyn til helseforetakenes autonomi. Autonomien ser imidlertid ut til å ha blitt mindre. I spørreundersøkelsene ble styremedlemmene bedt om å ta stilling til påstanden *Helseforetaket har stor handlefrihet*. I 2003 var 30 prosent helt eller delvis enige, i 2004 19 prosent og i 2008 var kun 12 prosent enige i denne påstanden.

Tjerbo konkluderer imidlertid i sine studier av sykehusreformen at forsøket på å holde politikk på en armlengdes avstand i er urealistisk i helsesektoren. Studien viser hvordan lokale nettverk med politikere kombinert med ansatte og andre aktører, demonstrerte at de hadde mer makt over lokale utvikling i sykehusstrukturene enn de formelle sykehusstrukturene. Tjerbo argumenterer for at slike reformer er svært politiske og velgere følger nøye med hvilke konsekvenser slike endringer har. Lokale aksjoner kan på denne måten ha stor betydning for beslutninger og skape press både for de regionale foretakene og den styrer, men og sentrale myndigheter (Tjerbo 2009).

I de tilfeller iverksettingsprosessen i helseforetakene er blitt politisert, har politiseringen skjedd ovenfra ved at helseministeren har intervenert i enkeltsaker etter press fra Stortinget og berørte lokalsamfunn. Innslaget av politisering nedenfra, ved at foretaksstyrene har gjort seg til talerør for lokale motkrefter i strid med statlig politikk, er begrenset også etter at styrene fikk et flertall av lokal- og fylkespolitikere. Politiseringen ovenfra har sammenheng med høyt konfliktnivå og den tilknytning strukturendringene har til sentrum-periferi-dimensjonen som i striden om lokalsykehusenes akutt- og fødetilbud. I slike saker har den strategiske eierrollen sykehusreformen tildeler rikspolitikere måttet vike for detaljstyring foranlediget av den parlamentariske dragkampen mellom helsestadsråden og et aktivt Storting.

Oppsummert viser studiene at kombinasjonen av politisk integrasjon vertikalt, horisontalt, på flere nivåer og med aktører utenfor sektoren, har etablert et kompleks og uoversiktlig demokratisk styringssystem for borgere og brukere. Byråkratiet har blitt styrket både på statlig plan, men og gjennom foretakene. Til tross for et økt fokus på tilgjengelighet og kvalitet i tjenestetilbudet, som skal komme brukeren til gode, er den vanlige borger og bruker i praksis kommer mer på avstand til de faktiske beslutningsmyndigheter.

### 2.2.3 Ansvarsplassering og responsivitet

Som det fremheves i lovforslaget til sykehusreformen, er ett av siktemålene å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift (Ot.prop 66, 2000-2001:21). Videre understrekes det at ansvar må presiseres og målrettes, og at myndighet og handlefrihet må koples til ansvaret. Organiseringen av helseforetakene som egne rettssubjekter med eget styre skal nettopp bidra til å ansvarlig- og myndighetsgjøre de enheter som står for selve produksjonen av tjenesten.

Studier gjennomført i forbindelse med evalueringen av helsereformen viser at styringsrelasjonen formelt mellom Helsedepartementet og helseforetakene har gjennomgått en utvikling i retning av å bli tydeligere (Opedal og Stigen 2005). Det stilles mer konkrete krav til de regionale helseforetakene. Styringskravene er også i økende grad blitt ordnet ut fra statens mange roller. Videre er de statlige bestiller- og eierkravene i sterkere grad blitt formulert som *instruks*. Som en følge av stadig mer konkrete styringsbudskap har også kravene til rapportering fra de regionale helseforetakene til eier blitt større (Opedal 2005:94).

Helseforetakene opplever imidlertid styringsrelasjonen til de sentrale helseforvaltningene som en utfordring. En undersøkelse gjennomført blant ledere i de regionale helseforetakene viser at halvparten mener styringssignalene fra stortinget, departementet, direktorat og tilsynsorganer ofte er motstridende. Den samme halvpart mener styringen fra eier er lite forutsigbar. Nær halvparten av de spurte hevder også at helsedirektoratets myndighetsstyring påfører de regionale helseforetakene unødige mange detaljsaker.

Når det gjelder styringsrelasjonene mellom de regionale og de lokale helseforetak oppfattes den å være ryddig og avklart. Det er kun et mindretall som synes at de regionale helseforetak ikke har tilstrekkelig autoritet, eller at det er tvil om ansvarsfordelingen mellom regionale og lokale helseforetak. De lokale ledere er imidlertid mer kritiske til klarhet i ansvarsforhold og involvering av lokale helseforetak når de regionale helseforetakene treffer viktige beslutninger.

Utbyggingen av det statlige helsebyråkratiet og fordelingen av de ulike rollene (eier, bestiller, tilskuddsforvalter, myndighetsutøver kontroll- og tilsynsmyndighet) gjør ansvarsforholdene uoversiktlig ikke bare for helseforetakene, men og politikere og velgere/brukere. Dette gjenspeiles også i mulighetene for brukere og innbyggere å utøve respons på de beslutninger som tas innenfor tjenesteområdet. Videre er samordning og koordinering mellom helseinstitusjonene blitt en utfordring som en følge av de ulike roller og ansvarsforhold (Opedal og Rommetvedt 2010).

## 2.2.4 Prioriteringseffektivitet

Sykehusreformen ble gjennomført både for å bedre innholde i og tilgjengeligheten av sykehus-tjenestene. Reformens overordnede målsetting var at helsetjenestenes innhold skulle bli bedre sett fra pasientens ståsted. Det ble imidlertid tidlig påpekt at problemene innenfor sykehussektoren ikke først og fremst var et spørsmål om ressurser eller kompetanse, men heller om styring og organisering. Ny organisering skulle med andre ord føre til bedre helsetilbud til befolkningen.

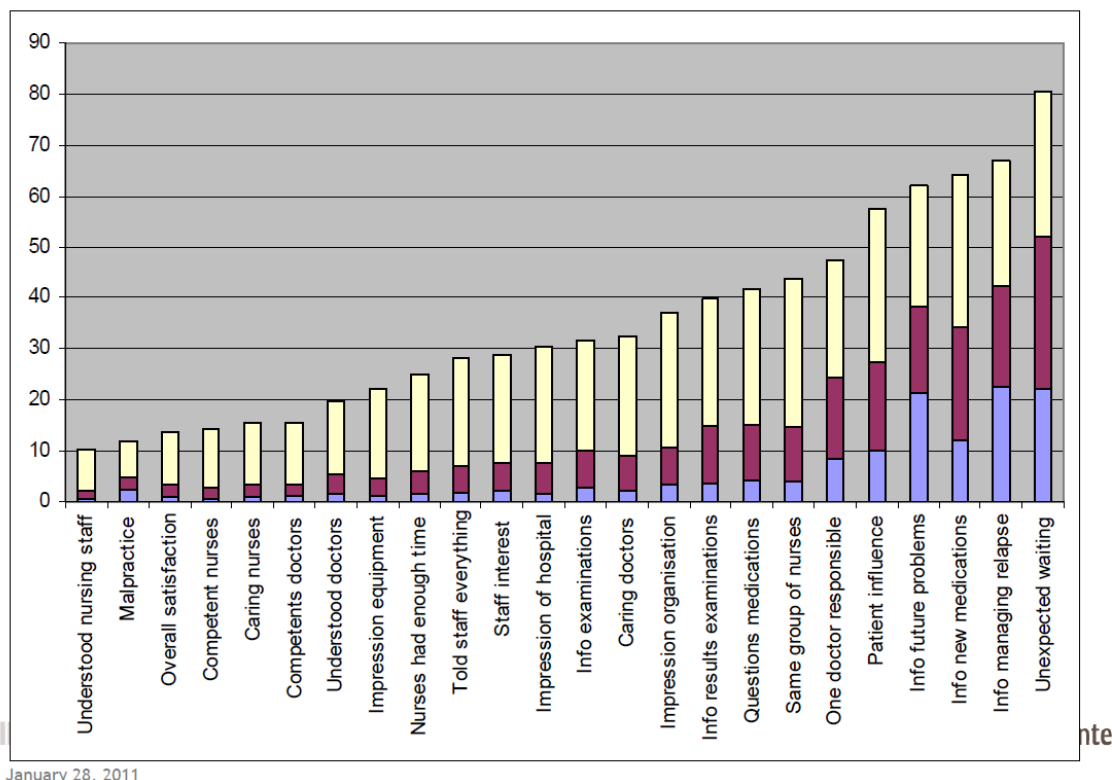
Det foreligger svært lite dokumentasjon om brukererfaringer før og etter reformen, og det er derfor vanskelig å dokumentere effekter av reformen. Helsedirektoratet har imidlertid gjennom Nasjonalt kunnskapssenteret satt fokus på nasjonale brukerundersøkelser. Siden dette er et område som det foreligger lite systematisk kunnskap, har det de siste årene har fått høy prioritet. Innenfor dette materialet er det mulig å si noe om brukertilfredshet med tilbudene slik de fremstår i dag etter reformen.

Høsten 2006 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en spørreundersøkelse blant pasienter utskrevet etter somatiske døgnopphold ved sykehus i Norge. Pasientene rapporterte i stor grad positive erfaringer med sykehusene. Resultatene ble her oppsummert i seks hovedområder som omhandlet pleietjenesten, legetjenesten, informasjon om prøver og undersøkelser, sykehusenes standard, organisering av sykehusenes arbeid og sykehusenes behandling av pårørende. De nasjonale resultatene på disse områdene varierer fra 63 (organisering av sykehusenes arbeid) til 78 (pleietjenesten) på en skala fra null til 100, der 100 er best mulige resultat. Under oppsummeres noen sentrale punkter fra undersøkelsen:

- Informasjon om prøver og undersøkelser får en skåre på 67. Pasientene er imidlertid svært tilfreds med legetjenestene (75) og har særlig stor tillit til legenes faglige dyktighet. De opplever også i stor grad at pårørende ivaretas på en positiv måte av sykehusene (74).
- Med unntak av området standard, er resultatene like på tvers av helseregionene. På institusjonsnivå er forskjellene noe større selv om resultatene for de fleste sykehusene peker i samme retning. Pasientenes vurdering av sykehusenes standard er området med størst forskjeller mellom sykehusene.
- Enkelte spørsmål i spørreskjemaet er ikke med i undersøkelsens hovedområder, men disse er også viktige erfaringsområder. Dette gjelder for eksempel smertebehandling, uforutsett venting og opplevd feilbehandling. Det viser seg at pasienter som er misfornøyd med disse områdene også er misfornøyd med de fleste andre aspekter knyttet til sykehusoppholdet sitt.
- Analysene viser også at svarers kjønn, alder, utdanningsnivå, diagnose, innleggelsesmåte (akutt eller elektivt) samt egenvurdert helsetilstand har betydning for vurderingene av sykehuset. Disse faktorene har vi derfor justert for når vi sammenligner institusjonene.

Figur 2.2.4 oppsummerer brukerundersøkelsen fra 2006.

## Percentage responding one of the three most negative response options on single items (n=11,079)



January 28, 2011

Figur 2.2.4 resultater fra brukerundersøkelse 2006

I regi av Kunnskapssenteret gjennomføres ulike brukerundersøkelser på spesifikke felt. Eksempelvis finnes det her spesialstudier om foresattes opplevelser, kreftpasienters opplevelser, opplevelser ved poliklinikk, pasienters erfaring med rusbehandling og erfaringer fra distrikts-psykiatriske senter. Målet fremover for helsedirektoratet er å etablere stabile måleparametre som kan anvendes over tid, og ut fra dette danne grunnlag for tiltak for kvalitetsforbedringer.

I internasjonal sammenheng har den amerikanske forskningsstiftelsen The Commonwealth Fund i flere år gjennomført internasjonale undersøkelser av helsetjenestesystemene. Norge deltok for første gang i 2010<sup>3</sup>, hvor studien spesielt fokuserte på allmennleger og deres samhandling med spesialisthelsetjenesten. Studien viser at Norge på ingen måte utpeker seg, men tvert i mot skårer dårlig på mål som kvalitet og informasjonsflyt. Vi har med andre ord begrensede systemer for å måle hvor gode tjenestene vi tilbyr er og oppfattes. Vi har også begrensede systemer for å følge opp resultater som kommer frem for å bedre tjenestene. Koordineringen og informasjonsflyten er også svakere enn andre land i undersøkelsen. Dette er i samsvar

<sup>3</sup> Les hele publikasjonen: [Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land](#)

med helsedirektoratets mål, som fokuserer på stabile måleparametre for mer systematisk å kunne ta tak i kvalitetsforbedringspotensialer.

Oppsummert er det vanskelig å dokumentere prioriteringseffektivitet, eller pasienters erfaringer med spesialisthelsetjenestene etter reformen. Dette skyldes at systematiske målinger over tid har vært begrenset.

## 2.3 Sykehusreformen: statlig dominans?

Statens styring i sykehusreformen kan ses som en fortsettelse av en lang tradisjon innenfor sykehussektoren med et tett og integrert forhold mellom politikk, forvaltning og drift (Grønlie 2004b, Byrkjeflot og Grønlie 2004, Martinussen og Paulsen 2004). Som et av velferdsstatens kjerneområder, har sykehusfeltet historisk fått stor politisk oppmerksomhet (Aardal 2003). Sektorens egenart er preget av at det er et politisert felt, at den tradisjonelt har vært sterkt politisk styrt og av at alle inntektene kommer fra det offentlige. I forhold til dette genererer andre fristilte sektorer langt mindre politisk oppmerksomhet. Også i andre sammenhenger er det påvist at styrken på styringen øker med politisk prioritet og med interesse fra publikums og medienes side (Grønlie 1989, Grøndahl 1995).

Sykehusreformens organisering kan betraktes som statliggjøring ut fra en overtakelsesstrategi. Her overtar staten eierfunksjonen fra fylkeskommunen, og utvikler er sterkt byråkrati som ivaretar prinsipper knyttet til likhet gjennom individuelle rettigheter, faglighet gjennom klare kvalitetskrav og demokrati gjennom en desentralisert foretaksorganisering. Eierrollen har gitt staten en oppgradert styringsposisjon i sykehussektoren. Potensielt representerer sentraliseringen av ansvar på statens hånd en mulighet til å utøve sterk styring fra statens side. Som vi har sett må samtidig statens eierstyring tilpasses den administrative desentralisering av ansvar som opprettelsen av helseforetak innebærer. I og med at foretaksorganiseringen legger formelle føringer på den statlige styringen kan det antas at staten ville prøve å innta en overordnet og tilbaketrukket eierrolle slik staten har gjort på andre felt av dens virksomhet (Grønlie og Byrkjeflot 2004, Grønlie 2000, NOU 2003: 34, Statskonsult 1998, 1999, 2001). De ulike studiene tyder imidlertid ikke på det.

Relasjonene mellom eierdepartementet og henholdsvis Stortinget og Sosial- og helsedirektoratet bærer i begrenset grad preg av samordnet styring slik helseforetakene opplever det. Helsebyråkratiet har vokst seg stort og sterkt og skaper uklare ansvarsforhold og styringsstrukturer. Konsekvensen synes å være en opplevelse av begrenset forutsigbarhet i den statlige styringen og det som oppfattes som detaljert myndighetsstyring. Men også bestiller- og eierstyringen inneholder detaljstyring. I denne styringen inngår alt fra styring i enkeltsaker til mer strategisk og rammeorientert styring. Videre synes de folkevalgte politikernes innflytelse på fylkeskommunalt nivå å være avløst av en sterkere styring fra Helsedepartementets og eierstatsrådets side. Om statens eierstyring er sterkere enn den fylkeskommunene utøvde tidligere gir ikke det empiriske materialet noe svar på. Det vi vet er at staten har prøvd å ta sterkere styringsgrep på felt som fylkeskommunene ble beskyldt for å forsømme, slik som budsjettstyring og effektivisering av sykehusstrukturen. Makten synes også å ha blitt

mer konsentrert i den statlige styringsmodellen sammenlignet med innflytelsesforholdene i perioden da fylkeskommunene eide sykehusene.

Det kan vanskelig hevdes at staten gjennom sin styring bryter med formkravene som er lagt på styringen gjennom foretaksorganiseringen. Helseforetak som formell tilknytningsform mellom stat og foretak gir staten adgang til et bredt register av styringsvirkemidler. Disse kan staten ta aktivt i bruk eller den kan la være og i stedet praktisere en mer passiv eierstyring. De formelle føringene i modellen med statlig eierskap og foretaksmodell gir ikke noe entydig svar på hva som er en passende statlig styringspraksis. Den sentrale helseforvaltningen besitter også stor styringskapasitet i form av mange ansatte og faglig og administrativ kompetanse. Når denne kapasiteten omsettes i styringstiltak kan intensiteten i styringen bli sterk.

Det kommunale/lokale leddet vies i reformen liten oppmerksomhet, til tross for sine sentrale helse- og omsorgsfunksjoner. Behovet for bedre informasjon og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har imidlertid blitt stadig mer tydelig etter reformen. Den planlagte samhandlingsreformen gir indikasjoner på hvordan koplingen mellom det statlige og lokale/kommunale nivå vil utarte seg innenfor dette velferdsområdet fremover. Fortsatt er det likevel ikke klart hvordan samhandlingsreformen i praksis vil utvikle seg.

### 3 Rusreformen

Det er mange utfordringer for stat-kommune relasjonen på rusområdet. Rusavhengige er en gruppe som ofte har et tvetydig forhold til behandling og de kan betegnes som et folk på vandring litt på utsiden av ordinært samfunnsliv. Alle personer som får rusproblemer er imidlertid innbyggere i en kommune og omfattes av rettighetene til tilbud knyttet til statusen som borger.

Grunnlaget for den fylkeskommunale organiseringen av behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere, slik den var før rusreformen trådte i kraft, ble lagt i lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner m.v. av 8. mars 1984. Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81 gikk et skritt videre ved at den ga fylkeskommunen et samlet ansvar for andrelinje behandlingstiltak for alle rusmiddelmissbrukere. Dermed fikk fylkeskommunen behandlingsansvar for både alkohol- og narkotikamisbrukere. Sosialtjenesteloven påla fylkeskommunen ansvar for at det skulle finnes et tilstrekkelig antall institusjonsplasser for å dekke det behov som til en hver tid måtte være tilstede ("sørge for" ansvar).

Vektlegging av kommunens ansvar for å sikre hjelp i nærmiljøet i stedet for å overlate rusmiddelmissbrukeren til institusjonsbehandling, ble fulgt opp i finansieringsordningen ved at opphold på fylkeskommunale institusjoner under sosialtjenesteloven, ble finansiert som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune (Skretting 2010). Fylkeskommunen kunne selv eie og drive behandlingstiltakene, men kunne også velge å inngå driftsavtaler med eller kjøpe enkeltplasser i private tiltak. Tiltakene var i hovedsak regulert av sosialtjenesteloven, men fylkeskommunen kunne også oppfylle sitt behandlingsansvar ved å bruke behandlingstiltak som var regulert av andre lover (sykehusloven). Dette gjaldt i praksis først og fremst polikliniske behandlingstiltak med utspring i psykiatrien (f. eks. de psykiatriske ungdomsteamene), men også enkelte døgntiltak.

Modellen som ble valgt for rusbehandlingen etter rusreformen skulle sikre harmonisering med organiseringen av helsetjenestene etter sykehusreformen. Men rusreformen skulle også sikre sammenheng mellom tjenestene på statlig og kommunalt nivå. På den måten ble den territorielle og funksjonelle dimensjon knyttet tydelig sammen i rusreformen.

#### 3.1 2004 – Implementering av rusreformen

Etter sykehusreformen i 2002 var rusfeltet underlagt tre forvaltningsnivå; poliklinikker og døgninstitusjoner i staten, flertallet av døgninstitusjonene i fylkeskommunen og sosialtjenesten i kommunen. Det var store variasjoner i kvalitet og tilgjengelighet av behandling for rusavhengige i ulike deler av landet. Behandlingssektoren var preget av et stort innsalg av ideelle og private organisasjoner som tjenestetilbydere. Rusmiddeldirektoratet var det sentrale forvaltningsorganet på statlig nivå fram til det ble nedlagt i 2001 da Sosial- og helsedirektoratet overtok forvaltningsoppgavene.

Med rusreformen ble det innført en to-nivå-modell for organisering av det samlede tjenestetilbudet for rusmiddelmissbrukere. Helt fra starten av reformen var det en etablert



erkjennelse av behovet for å øke innsatsen også på det kommunale nivået gjennom en egen statlig opptrappingsplan, ”... med særlig fokus på sosial integrering i kommunene.” (Sosial og helsedirektoratet, 2004)

Gjennom rusreformen i 2004 ble spesialisthelsetjenesten for rusavhengige inkludert i de regionale helseforetakene. Kommunene skulle fortsatt ha koordineringsansvar for tjenester og tiltak på kommunalt nivå. Helsetilbudet skulle styrkes med tanke på tverrfaglighet, individuell tilpasning og helhetlig tilnærming, og rettsikkerhet og kvalitet skulle styrkes. Rusavhengige fikk rett til nødvendig helsehjelp på linje med andre pasientgrupper. Reformen bidro til et tydeligere skille mellom spesialisthelsetjenestens ansvar for behandlingstjenester og kommunenes ansvar for å utvikle tjenestene lokalt knyttet til bolig, ettervern og lavterskel omsorgstilbud.

### 3.1.1 Territoriell organisering

Et hovedmotiv for rusreformen var at behandlingen for rusavhengighet skulle få den samme territoriale organiseringen som spesialisthelsetjenesten for øvrig (Mjåland 2008). Den videre gjennomgangen vil vise at denne organisatoriske løsningen ble utfordret spesielt av den innholdsmessige målsetningen om å skape sammenheng mellom tjenestene. Realiseringen av målsetningen om en behandlingsskjede har gitt forholdet mellom styringsnivåer spesiell aktualitet på rusfeltet.

Selv om rusreformen plasserte den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen inn i modellen med regionale helseforetak, ble organiseringen ganske ulik i de nå fire regionale helseforetakene. Det var også variasjoner knyttet til hvordan de inkorporerte private institusjoner og hvordan de organiserte forholdet mellom rus og psykiatri. Fra (Alver m.fl., 2004)

**Helse Nord RHF** valgte å organisere de tre offentlige institusjonene som ble overført inn under de helseforetakene de geografisk tilhørte. Avtalene med de private institusjonene forvaltes av det regionale helseforetaket.

**Helse Midt-Norge** valgte å organisere rusbehandlingsinstitusjonene i et eget helseforetak. Helseforetaket for rusbehandling administrerer også avtalene som inngås mellom RHFet og de private institusjonene.

**Helse Vest RHF** var i en særstilling fordi de bare fikk overført en offentlig institusjon (Floenkollektivet). Alle øvrige institusjoner i området er private. Det regionale helseforetaket tok over avtaler med 9 private institusjoner.

**Helse Sør - Øst RHF** fikk overført 6 offentlige institusjoner som ble lagt inn under helseforetakene de tilhørte geografisk (daværende Helse Sør). Det som tidligere var Helse Øst RHF organiserte de offentlige institusjonene etter geografisk tilknytning, med ett unntak. Institusjoner i Oslo og Follo ble alle lagt inn under Aker Universitetssykehus HF. Man ønsket å følge opptaksområdet for somatikk og psykisk helsevern for resten av regionen. Det regionale helseforetaket overtok avtalene med de private institusjonene.

Organisatorisk ble det etablert løsninger med egne avdelinger for rusbehandling innenfor psykiatrien, egne større avdelinger for rus og avhengighetsbehandling med driftsansvar og koordineringsansvar innenfor et større område (eks. Aker), og til sist

Helse Midt-Norge RHF som etablerte et eget HF for rusbehandling (Lie og Nesvåg 2006:125).

Samhandlingen mellom den kommunale sosial- og helsetjenesten og vurderingsenhet/ utredningsenhet enten på regionalt plan eller i helseforetakene representerer et møtepunkt mellom den territorielle og funksjonelle dimensjon i behandlingssystemet. Helseforetakene fikk her en portvokterrolle for tilgang på de enkelte behandlingsplassene, så vel som at de ble tilretteleggere for et apparat av institusjoner og tilbud. Beslutningen om hva som er riktig behandlingsnivå ble rent formelt lagt til spesialisthelsetjenesten (enten RHF eller HF).

Lovgivningen slo fast at rusavhengige med hjelpebehov har rettigheter uavhengig av territoriell organisering av tjenestene og bostedskommune. Gjennom pasientrettighetene ble det gitt rett til fritt valg av behandlingssted for offentlige tilbud eller private med avtaler med helseforetak. Pasienter kunne fritt velge mellom regioner, men et RHF kunne avvise pasienter fra andre regioner hvis de mangler kapasitet til egne pasienter. Sosialtjenesten i hjemkommunen hadde fortsatt ansvar for tiltak på kommunalt nivå uavhengig av hvor pasienten oppholdt seg.

For å si noe om rusreformens effekt på den territorielle dimensjon, er det også viktig å vise til andre prosesser som gikk forut og kom etter rusreformen. Midt på 1990-tallet ble det etablert syv regionale kompetansesentre for rus. Før rusreformen hadde de direkte eller indirekte vertstilknytning til fylkeskommunen de lå i. Etter reformen fikk de vertstilknytning til sitt nærmeste helseforetak, eller stiftelse/institusjon (for eksempel Rogaland A-senter eller Bergensklinikkene). Kompetansesenteret i Oslo var det eneste som ble lagt til det kommunale nivået (Alver m.fl. 2004). Etter omleggingen drives de fortsatt som egne enheter med tildelingsbrev fra Helsedirektoratet.

Videre har opptrappingsplan for rusfeltet bidratt til å styrke fylkesmannsembetets rolle gjennom at det nå er ruskonsulenter ansatt i alle fylker som er viktige ressurs for kompetanseutvikling i kommunene. Dermed er det etablert en ganske omfattende struktur, initiert av staten og med direkte bevilgninger fra staten, som skal drive virksomhet rettet mot kommunene.

Innslaget av ikke-offentlige tjenestetilbydere i rusfeltet vises blant annet gjennom at i underkant av halvparten av personalressursene i TSB, i 2006 var lokalisert hos private aktører som hadde avtaler med helseforetakene (Sivesind 2008, 38). I tillegg kommer en stor gruppe av private tilbydere uten avtale med helseforetak. Lie og Nesvåg (2006) kategoriserer disse i tre grupper:

- 1) Kommersielle tilbud (eksempelvis tilbud om behandling etter Minnesota-modellen)
- 2) Private tiltak eid av ideelle organisasjoner (eksempelvis evangeliesentrene) som har hatt faste bevilgninger over statsbudsjettet
- 3) Private tiltak eid av ideelle organisasjoner som ikke får fast finansiering over statsbudsjettet

Noen av disse aktørene, som for eksempel Blå Kors og Bergensklinikkene organiserte seg på regionalt nivå slik at de kunne gå inn i direkte forhandlinger med

helseforetakene. Tiltak som drives mer kommersielt, slik som for eksempel ”Minnesota-institusjonen”, inngår avtaler med arbeidsgivere og kommuner eller med pasienten direkte.

I 2006 var inntrykket at kommunene hadde redusert sin ressursinnsats overfor private organisasjoner noe. Dette gjorde situasjonen utfordrende for institusjoner uten driftsavtale med helseforetak eller faste statlige bevilgninger (Lie og Nesvåg 2006). Fram mot slutten av tiåret ble det et stadig tydeligere skille mellom sosialfaglige og medisinskfaglige tilbud blant disse tiltakene, der de som gikk lengst i retning medisinsk orientering etter hvert fikk avtaler med helseforetak. Større kommuner bygde i stadig større grad opp egne lokale tilbud (Bergsgard m.fl. 2010). Samhandlingsarenaen for disse behandlingstiltakene endret seg betraktelig i årene som fulgte rusreformen. Kommunene ble mer restriktive med å inngå egne direkte avtaler med tiltak og helseforetakene kom inn som en ny og dominerende aktør med innflytelse på innholdet i tilbudene og hvem som skulle få avtaler.

### **3.1.2 Funksjonell organisering av oppgaver, iverksetting**

Rusreformen var en ansvars- og en innholdsreform rettet mot både organisering og innholdet i tjenestene. Kommunenes ansvar for å ivareta omsorgstiltak, koordinering, veiledning, bo- og rehabiliteringstiltak og oppfølging var uendret, mens grensegangene mellom psykiatri og rusbehandling, barnevern og rusbehandling bidro til videre kompleksitet for den funksjonelle organiseringen av oppgaver. Reformen bidro til at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble definert som et eget tjenesteområde; politisk, juridisk, organisatorisk og faglig. På tross av kompleksiteten knyttet til sammensetningen av saksområder og fagligheter, tydeliggjorde rusreformen en funksjonell arbeidsdeling mellom et behandlingsnivå i helsetjenesten og sosialfaglige tjenester i kommunene.

Samhandlingen mellom nivåene ble styrt gjennom retningslinjer for henvisninger og behandling av disse. Sosialtjeneste fikk beholde sin status som henvisende instans, men i tillegg fikk fastlegene henvisningsrett. Intensjonen var at saker skulle avgjøres i samråd med pasienten og henvisende instans. Videre består den faglige saksbehandlingen i å vurdere helsetilstanden til pasienten (innen 30 virkedager), samt å fastsette en individuell utredningsfrist og behandlingsfrist (ett år) i henhold til pasientrettighetsloven. Loven slår fast at ”Rett til nødvendig helsehjelp” skal gis dersom kostnaden står i et visst forhold til nytten. Fra myndighetenes side var det oppmerksomhet mot et potensielt overforbruk av behandlingstjenester:

”Utredningsinstansene skal også motvirke vridningseffekter som for eksempel henvisning til spesialiserte behandlingstiltak i tilfeller der det er behov for omsorgsrettede tiltak som kommunene må betale” (Alver, m.fl. 2004:41, ref. skriv fra Helsedepartementet).

Fordelingen av ansvaret for iverksetting mellom sektorer og forvaltningsnivåer preges av at behandlingstilbudene ble plassert organisatorisk i staten eller kommunen ut fra faglig innretning. Sosialfaglige tilbud skulle organiseres i kommunene, mens medisinskfaglige tilbud skulle organiseres på statlig nivå (Skretting 2005). Denne fordelingen ble også nedfelt i det juridiske grunnlaget ved at lovreguleringen for dem

som driver behandling i sin helhet ble overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven. Den viktigste endringen i sosialtjenesteloven var i § 6.1 om at sosialtjenesten skal ”bistå med” og ikke ”sørge for” et behandlingsopplegg. Videre ble retten til individuell plan nedfelt i lovens §4-3a. Spesialisthelsetjenesten overtok plikten til å ”sørge for” tverrfaglig spesialisert behandling. Tjenesten skal varsle sosialtjenesten i god tid ved utskriving.

Evalueringen av rusreformen stiller spørsmål om reformen har ført til endringer av kommunenes forvaltning av det helhetlige ansvaret og om det har skjedd endringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten (Lie og Nesvåg 2006). Evalueringen viser at kommunene i den tidlige fasen opplevde at samarbeidet fortsatte ganske uendret. Den raskeste endringen skjedde i forhold til samarbeid med fastleger og psykisk helsevern – der disse samarbeider mer på kommunalt nivå og også får et mer aktivt forhold til TSB i helseforetakene. Det skjedde en ganske rask vekst i bruken av ansvarsgrupper for oppfølging av pasientene (fra 40% til 54% - fra 2003 til 2006). Evalueringen viste likevel at det var en viss motvilje mot innføringen av individuell plan. Individuell plan ble sett på som mest relevant i forbindelse med langtidsopphold. I de fleste tilfeller var det spesialistinstusjonen som tok på seg å utarbeide planen. Reformen førte til at legene i primærhelsetjenesten fikk en tydeligere rolle i forbindelse med henvisninger, og at sosialtjenesten måtte forholde seg til et mer formalisert system for henvisninger enn de var vant til (Lie og Nesvåg 2006).

De private tilbyderne omfatter både de tradisjonelle frivillige organisasjonene og mer kommersielle behandlingstjenestestrukturer. Samlet representerer de en utvidelse av det offentlige tilbudet, og har tradisjonelt vært en støtte for iverksetting av offentlig politikk. Evalueringen av rusreformen viste at kommunene ganske raskt dreide i retning av mindre bruk av private tilbydere uten avtale med helseforetak (Lie og Nesvåg, 2006). Mot slutten 2010 var det i praksis svært vanskelig for private å drive langtidsbehandling uten avtale med helseforetak (Bergsgard m.fl. 2010).

### **3.1.3 Demokratisk dimensjon**

Formelt sett er rusbehandlingen som spesialisthelsetjeneste underlagt de samme styringsstrukturene som helseforetakene (se sykehusreformen). Det kommunale nivået har likevel en vesentlig større innflytelse på hvordan tjenestene skal utformes og utvikles i og med at den kommunale sosialtjenesten spiller en nøkkelrolle på tjenestefeltet.

I tillegg representerer det sivile rusfeltet gjennom frivillige organisasjoner en viktig arena for sivil innflytelse både på politikk og i forhold til tjenesteproduksjon. Frivillige organisasjoner har her en lang forhistorie som går fra avholdsbevegelsen og fram til dagens interessegruppeorganisering. En evaluering av den viktigste statlige tilskuddsordningen til tiltak drevet av frivillige organisasjoner, viser at det sivile rusfeltet bidrar til offentlig tjenesteproduksjon i hele bredden av tjenestetilbudet; forebygging, behandling og ettervern. Organisasjonene gir viktige bidrag til lokalt og kommunalt tiltaksarbeid og bidrar til å styrke brukerperspektiv og brukerstøtte og at rusavhengige skal få sammenhengende hjelp lokalt (Bergsgard, m.fl. 2010).

Litteraturen gir ikke noe samlet bilde av kommunenes holdning til bruk av sivil sektor. Holdningen til sivil sektor i kommunene har delvis vært avhengig av politisk farge på kommunestyret, der de borgelige partiene oppfattes som mer åpen for bidrag fra sivil sektor. Organisasjonene har på sin side et blandet forhold til kommunen. Kommunen kan være en avgjørende samarbeidspartner i etableringen av tiltak, men er ofte et mer usikkert kort enn staten når prosjekter og tiltak skal drives på lengre sikt (Bergsgard m.fl. 2010).

Innføringen av omfattende reguleringer og rettigheter i velferdspolitikken generelt har i flere tilfeller bidratt til å sette grenser for bruken av frivillig arbeid (Gulbrandsen og Ødegård 2011). Frivillige organisasjoner har i mange sammenhenger vært pådrivere for sterkere profesjonalisering i tjenestene, men formaliseringen knyttet til rettighetsfesting og ulike kvalitetssikringssystemer driver også frivillig arbeid mot en sterkere profesjonalisering.

### 3.1.4 Stat-kommune relasjonen

I sammenheng med rusreformen ser vi mange eksempler på politisk styring gjennom innføring av rettigheter, prosedyrer og prinsipper for arbeidsdeling. Inkluderingen av rusbehandling i spesialisthelsetjenesten medførte at pasientgruppen fikk de samme pasientrettigheter som andre pasienter, mens retten til individuell plan dreier seg om en rett til sammenhengende tjenester på tvers av forvaltningsnivå og tjenesteområder. Retten til individuell plan blir dermed det tydeligste uttrykket for en rettsliggjøringsprosess i samhandlingsflaten mellom statlig og kommunalt nivå.

Mjåland (2008:39) har en tese om at reformen først og fremst retter seg mot å gjøre organiseringen av rusbehandling mer lik annen type organisering. Han peker på at det er et vagt forhold mellom målsetninger og tiltak i reformen, der det mest konkrete dreier seg om pasientrettighetene og lov om individuell plan. Utvikling i retning av et lineært og ansvarsoppdelt system, var i utgangspunktet et ønske fra statlige aktører. I en studie av hvordan kommunal ledelse og behandlingsinstitusjonene forholdt seg til reformen, fant Mjåland (2008) at sosialsjefene gjennomgående var mer kritiske til reformen enn klinikkjefene. En av årsakene kan være at vurderingsenhetene i RHFene kom i en nøkkelposisjon for å vurdere om pasienten er en sak for staten (TSB) eller kommunen (sosial oppfølging). På kommunalt nivå fryktet man at helseforetakene skulle skille ut kronikerne og sende dem til kommunen. På den måten kunne det utvikles ”medisinskfaglige terskler” som støter ut de tyngste brukerne (Mjåland 2008:84). I løpet av de første årene etter rusreformen erfarte kommunale ruskonsulenter at de måtte gå inn og forhandle for å få pasientstatus for sine klienter. Mange erfarte at det ble større konflikt rundt pasientfordeling.

Sammenlignet med situasjonen før reformen, opplevde det kommunale nivået en reduksjon i innflytelse, og at de i større grad ble en formidler eller mediator fra brukeren til TSB. Før reformen ble sosialtjenesten avkrevd delbetaling for klienter i fylkeskommunale behandlingsinstitusjoner. Etter reformen dekkes kostnaden av de regionale helseforetakene. Budsjetten i både fylkeskommune og kommune ble overført til RHFene. At vurderingsarbeidet også skulle foregå på spesialistnivået medførte en ytterligere ”funksjonstapping” av sosialtjenestens oppgaver overfor rusmisbrukere (Mjåland, 2008:91-93).

En tydeligere styringsdimensjon i statens forhold til kommunene dreier seg om hvordan økonomiske virkemidler brukes for å støtte opp under kommunenes utvikling av nye tjenester. Ulike tilskuddsordninger er en viktig dimensjon i defineringen av Stat-kommune relasjonen. Litteraturoversikten viser at det er direkte tilskudd til kommunale tjenester (Rambøll 2010) og en tilskuddsordning for frivillige organisasjoner som er evaluert nylig (Bergsgard mfl 2010). Rambøll har evaluert tilskuddsordningene STYRK ("Styrking av kommunenes helhetlige tjenestetilbud til personer med rusrelaterte problemer") og LAR ("oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering"). Disse ordningene ble etablert etter rusreformen for å styrke det kommunale rusarbeidet. I tillegg har det vært tilskudd til LAV (lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere og tilskudd til Tillitspersonforsøket). Disse fire ordningene planlegges sammenslått til en ordning fra og med 2010 (Rambøll 2010: 2) Undersøkelsen viser at det skjer en endring fra metodeutvikling til "kapasitetsbygging" i de kommunale tjenestene overfor rusavhengige. Første fase var preget av kompetanseutvikling og statlige initiativer for å utvikle nye arbeidsmetoder på kommunalt nivå, mens andre fase er mer preget av at kommunen skal bygge opp egen kapasitet og gi bidrag til en spesifikk type kommunale tjenester (ibid.).

Det har vært en betydelig økning i størrelsen på tilskuddene fra 2005 til 2009. I 2009 ble det bevilget 111 mill til STYRK og 50 mill til LAR. Det har også vært en økning i antallet kommuner som mottar tilskudd i løpet av perioden. I 2009 mottok 195 kommuner STYRK-midler (mot 88 i 2005). 60 kommuner mottok LAR-tilskudd (mot 23 i 2005). Evalueringen peker på rusrådgiverne ved fylkesmannsembetene som viktige aktører for formidling av kunnskap om disse tilskuddene. De har økt kommunenes oppmerksomhet mot mulighetene for å søke og bygge opp nye kommunale tilbud. I søknadene framhever kommunene målsetninger om tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, samt sosial- og arbeidsrettet aktivisering, men i mindre grad metodeutvikling og kompetanseheving (Rambøll 2010:5). Det som framstår mest utfordrende på kommunalt nivå, er å skaffe bolig og meningsfull aktivisering (arbeid) for målgruppen.

Over tid har litt ulike utviklingsprosesser ledet fram til etableringen av et regionalt/fylkesnivå som har stor betydning som mediator for statlig politikk i kommunene. De regionale kompetansesentrene for rus som ble etablert midt på 1990-tallet fikk en viktig formidlerrolle i forhold til kommunalt folkehelse- og forebyggende arbeid på 2000-tallet (Baklien mfl 2007). Forvaltningen av de statlige tilskuddene til utvikling av nye tjenestetilbud i kommunene går gjennom rusrådgivere på fylkesnivå. De er ansvarlig for tilskuddstildeling samtidig som de ofte er involvert i prosjektgjennomføringen på kommunalt nivå (Rambøll 2010).

### **3.2 Kunnskapsstatus om effekter**

Rusreformen hadde tre primære målsetninger. Den skulle sikre lik tilgang på behandlingstjenester, individuell tilpasning av tjenester og behandling, og den skulle sikre sammenheng mellom tjenester. I en oppsummering etter seks år, betegner Nesvåg og Lie (2010) implementeringsviljen som imponerende. Pasientrettigheter og klare prosedyrer ble motorer for iverksettingen, mens kunnskap ble bygget opp gradvis i

årene etter 2004. Dokumentasjonen vi har funnet fram til er begrenset i forhold til spørsmålet om effekter av reformen på variablene likhet, deltakerdemokrati, ansvarsplassering og responsivitet og prioriteringseffektivitet. Noe er det likevel mulig å slutte seg fram til ved å kombinere ulike undersøkelser.

### 3.2.1 Likhet

Spørsmålet om likverdige tilbud og tilgjengelige behandlingsplasser over hele landet var spesielt utfordrende på rusfeltet, både fordi det ikke finnes en tydelig rusfaglig spesialitet i medisinen og fordi det har vært et felt med mange private tilbydere av tjenester med svært ulik profil. I 2004 var det vanskelig å forutse hvordan balansen mellom kommunens eget ansvar for helhetlig hjelpetilbud og relativt stor åpning for å sende pasienter til TSB ville utvikle seg. På rusfeltet kom spørsmålet om likhet til å dreie seg mye om å sikre tilgang på kvalifiserte behandlingstilbud for de som hadde rett til behandling, og å bidra til høyere kvalitet og større likhet i praksis innenfor sosialtjenestens område.

I første fase etter reformen skjedde det en økning i henvisninger (Lie og Nesvåg 2006). En mulig årsak var at ordningen med kommunale delbetalinger av behandling falt bort. Rasjonale bak delbetalingen var at kommunen skulle oppmuntres til å etablere lokale hjelpetiltak framfor å sende rusavhengige til langvarig institusjonsbehandling. Ved å få godkjent rett til nødvendig helsehjelp fikk man også tilgang på en vesentlig ressurs.

Mange oppfattet at rusreformen skapte et statushierarki gjennom å skille så klart organisatorisk og faglig mellom helsefaglige og sosialfaglige tilbud:

”Denne inndelingen ble av mange sett på som kunstig og problematisk, både fordi det ville være vanskelig med en slik sortering av behandlingstiltakene og fordi det kunne oppleves som en deling i et A- og B-lag. Det ble uttrykt frykt for at behandlingsenheter som ble ”klassifisert” som å yte helsefaglig behandling, ville bli vurdert som bedre og dermed mer prestisjefylte enn sosialfaglige behandlingsenheter.” (Skretting 2005: 128)

En omfattende evaluering av gjennomføring av tvang i forhold til rusavhengige illustrerer møtet mellom ulike faglige tradisjoner, forvaltningsnivå, rettsprinsipper og lovgrunnlag (Lundeberg m.fl. 2010). Evalueringen viser at det på tross av et omfattende lovverk er store forskjeller i praksis. Eksempelvis brukes tiltaksplaner og IP i liten grad som *styringsverktøy* for å koordinere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forbindelse med tvang.

Over tid har kommunene erfart de ekstra kostnadene som følger av å sende personer til behandling i private institusjoner. Etter rusreformen er det billigere å vente på behandlingsplass i det offentlige, alternativt holde dem i type hjemmebasert omsorg. For mange betyr det at de blir i sitt faste rusmiljø. I private virksomheter er det forventning til samhandlingsreformen:

”.. er spent på samhandlingsreformen, da får kommunene råd til å kjøpe av oss. Nå sier kommunene at de ikke har råd” (Bergsgard mfl. 2010:96).

### 3.2.2 Deltakerdemokrati

Rusreformen hadde økt brukermedvirkning som en klar målsetning. Slik sett var det en politisk målsetning å styrke brukernes innflytelse i forhold til den kommunale sosialtjenesten så vel som i spesialisthelsetjenesten. I tillegg representerer sivil sektor og frivillige organisasjoner en viktig rolle på rusfeltet; både som en form for lekmandsdeltakelse i tjenesteyting, agenter i interessepolitikk og som korrektiv og supplement til offentlig tjenesteyting. Private, ideelle virksomheter har fått betydelig politisk oppmerksomhet og støtte på politisk nivå både nasjonalt og lokalt. Informanter fra organisasjonene uttrykker at det i mange sammenhenger er enklere å få politisk enn faglig støtte for virksomheten (Bergsgard m.fl. 2010:96).

Den demokratiske dimensjon i det sivile rusfeltet dreier seg om å bringe saker på dagsorden, være talerør for grupper av hjelpetrequende og utvikle nye konsepter for tjenesteyting. Historisk har det skjedd en jevn overføring av tiltak fra frivillige organisasjoner til det offentlige. Nyere undersøkelser peker på at det har blitt mindre av dette de siste årene, men med ett viktig unntak. Det gjelder særlig innenfor barnevern, rus og psykiatri der både statlig og kommunal forvaltning synes interessert i å overta oppgaver (Gulbrandsen og Ødegård 2011:54). Enkelte organisasjoner opplever også at politikerne er mer positive til dem enn forvaltningen. Men i noen tilfeller trer forvaltningen inn og ønsker å ta over institusjoner som oppfattes som sentrale:

”... i en av regionene fikk de for ikke lenge siden en henvendelse fra det regionale helseforetaket om at de kunne overta en bestemt institusjon som Blå Kors eier og driver. Begrunnelsen var at denne institusjonen var så verdifull at det regionale helseforetaket var opptatt av at det gode fagmiljøet måtte forbli intakt og ikke bli ødelagt av konkurranseutsetting.” (Gulbrandsen og Ødegård 2011:54)

De større nasjonale organisasjonene har jobbet målrettet over lang tid for å tilpasse seg samarbeid med det regionale og statlige nivået. Denne tilpasningen har ført til at organisasjonene overlever lettere på nasjonalt plan enn på lokalt plan. Selv om medlemsmassen minsker sammen med den lokale aktiviteten, beholdes det nasjonale nivået (Gulbrandsen og Ødegård 2011:91).

### 3.2.3 Ansvarsplassering og responsivitet

Den tydeligste klargjøring av ansvarsplassering som følge av rusreformen, dreier seg om spesialisthelsetjenestens krav om å bidra med nødvendig helsehjelp og helse- og sosialtjenestens plikt til å bidra i tilrettelegging og gjennomføring av individuell plan.

Spesialisthelsetjenesten fikk et større ansvar for det som dreide seg om spesialisert behandling ved at ordlyden i sosialtjenesteloven (§6.1) ble endret fra at sosialtjenesten skulle ”sørge for et behandlingsopplegg” til at den skulle ”bistå med å etablere et behandlingsopplegg” (Lie og Nesvåg 2006:29). Behandlingsinstitusjonene fikk også plikt til å varsle kommunen ved utskrivning.



Litteraturen gir begrenset informasjon om i hvor stor grad og eventuelt hvordan personer som har mottatt (eventuelt ikke fått) ytelse forholder seg. Brukerundersøkelser gir noe informasjon om systemenes responsivitet eller evne til å tilpasse seg endringer i behov. En brukerundersøkelse i Oslo kommune fra 2006 viser mest av alt at reformer koster i form av at den krever at det etableres nye samhandlingsmønstre. På spørsmål om samhandling mellom nivåer i forbindelse med institusjoner viser svarene enten stabilitet eller en tendens mot større samhandlingsproblemer. En survey viser at brukernes mulighet til valg av behandlingssted er blitt dårligere og spesialisthelsetjenesten oppleves som fjernere enn kontakten sosialtjenesten hadde med Rusmiddelstaten før reformen (Lie 2007).

### 3.2.4 Prioriteringseffektivitet

Evalueringen av rusreformen pekte på at innføringen av et lineært, ansvarsoppdelt system for pasientflyt kan være krevende for pasienter med avhengighetsproblematikk. Dette er en gruppe som kan ha stor behandlingsmotstand og der motivasjonen for behandling endres raskt. Evalueringen finner at det ganske raskt etter reformen var etablert ordninger for re-inntak i forbindelse med behandlingsavbrudd tidlig i behandlingsforløp. Dette var ordninger som baserer seg på tett samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Lie og Nesvåg 2006).

Evalueringen viser også at for brukerne er det viktigst med sammenheng i tjenestene, mens tilgang på tjenester og ventelister er et problem for de ansatte. Tverrsnittsundersøkelsen i evalueringen viste at samarbeidet rundt den enkelte pasient var økende. Undersøkelsen som sammenlignet tall fra 2003 og 2006, viste en økning av samarbeid mellom rustiltak, var gått fra 10 til 25% av pasientene, samarbeid med psykiatri fra 8 til 19% av pasientene i ruspoliklinikker og det hadde være noe økning i samarbeid også i korttids- og langtidsinstitusjoner (Lie og Nesvåg 2006:124).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører omfattende undersøkelser av pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. En pilotundersøkelse med kvalitative intervjuer om erfaringer ved døgnopphold ved institusjoner innen TSB, viste at pasientene la stor vekt på god mottakelse og trygge rammer, bli tatt på alvor og respektert, tilgjengelige ansatte og meningsfulle program, god og tett oppfølging etter utskrivning. Det framkom og som vesentlig at pasientene ikke blir overlatt til seg selv etter at oppholdet er over. De kvalitative intervjuene viste videre at pasientene hadde større skepsis til ufaglærte ansatte og at de satte pris på ansatte med egne erfaringer med rusproblemer.

Dahle og Iversen (2011) argumenterer for at det ikke er problematisk å være rusfri på institusjon, men at det i oppfølgingen er problematisk. Utfordringen ligger her i samhandling mellom nivåene. Hovedfunn fra deres kvantitative pilotundersøkelse blant pasienter ved 14 institusjoner i to helseregioner, viste at ettervern og oppfølging var blant de tema som fikk dårligst vurdering. 65% av respondentene svarte at de ikke i det hele tatt eller i liten grad var fornøyd med oppfølging/ettervern etter behandlingen (Dahle og Iversen 2011).

I løpet av de seks første årene etter reformen skjedde det en ganske mangfoldig utvikling av nye organisatoriske strukturer for å skape sammenheng mellom tjenestene.

Dette betegnes som en bottom-up strategi for å fylle avstand mellom kommunenivå og spesialisthelsetjeneste gjennom gradvis etablering av nye praksisfellesskap i samarbeidsflaten mellom disse (Nesvåg og Lie 2010:64). Disse praksisfellesskapene spiller vesentlig rolle i utformingen av individuelt tilpassede tjenester.

### **3.3 Rusreformen: styrket avhengighetsforhold stat-kommune?**

På rusfeltet dreier forholdet mellom stat og kommune seg mye om hvordan sammenheng mellom tjenester kan sikres i et flernivåsystem og mellom ulike tjenester. Målsetningen om å skape helhetlige tiltakskjeder har vært sentral i rusreformen. Videre har det vært en målsetning å heve kvaliteten og tilgjengeligheten på offentlige tilbud til rusavhengige. Rustiltak kan beskrives som en sein tilvekst til kommunenes velferdstilbud, hvor frivillige organisasjoner tradisjonelt har dominert feltet. Disse har sikret sin finansiering gjennom statlige støtteordninger, innsamlede midler og avtaler med enkelt kommuner.

Gjennom lovregulering, kompetansearbeid, øremerkede bevilgninger til tiltak har den ruspolitiske arenaen på kommunalt nivå vokst betydelig de siste ti årene. Praksisfeltet har respondert på styringssignaler og ressursstrøm med ulike bottom-up strategier for å skape sammenheng mellom tjenester som er gitt på ulike forvaltningsnivåer.

Styringsstrategien fra sentralt hold blir i stor grad rettet mot praksisfeltet, og skal sikre tilstrekkelig kompetanse og en hensiktsmessig lovregulering av tilbudet som gis. Både statlige og kommunale tiltak må forholde seg til styring gjennom ulike kompetansetiltak, som kvalitetsindikatorer, faglige retningslinjer og opplæringstiltak. Rettighetsfesting og sikring av prosedyrene rundt beslutninger om individuell behandling vises gjennom rammene som gis for pasientrettigheter og rett til individuell plan. Videre har det skjedd en tydeliggjøring både territorielt og funksjonelt av skillet mellom et sosialfaglig og helsefaglig felt. På rusfeltet har det i tillegg vokst fram et regionalt nivå med flere ulike formelle forankringspunkt, der det skjer kompetansearbeid og der ikke-offentlige organisasjoner posisjonerer seg i forhold til helseforetakene. Fylkesmannsembete får en stadig mer framtrædende rolle på dette nivået som agent for statlig iverksetting og kontroll med implementering av politikk lokalt. I evalueringen av statlige tilskuddsordninger peker Rambøll (2010) på hvordan rusrådgiverne hos fylkesmannen bidrar i forvaltning av tilskudd, men også i arbeidet med å videreføre tiltak etter at tilskuddsperioden er over. Dette kan tolkes som statlig innflytelse direkte inn i prioriteringer og praksis i de kommunale tjenestene.

## 4 NAV-reformen

Staten har tradisjonelt hatt ansvaret for arbeidsmarkeds- trygde- og pensjonspolitikken. Her har velferdsstatens prinsipp om likebehandling og likhet i lokalt tjenestetilbud stått sterkt. Sosialtjenestene er imidlertid kommunenes ansvar. Her har kommunene frihet til å fastlegge ytelser til den enkelte innenfor lovens formål og virkeområde. Den norske arbeids- og velferdsetaten NAV samordner statlige og kommunale tjenester på lokalt nivå, der prinsippet om likhet og lokaldemokrati møtes i en og samme etat i kommunen. Denne formen for partnerskap mellom stat og kommune er ny i norsk sammenheng.

Behovet for reform innenfor velferdstjenestene kan relateres til flere forhold. På den ene siden ønsket Stortinget å legge til rette for gjennomføring av *arbeidslinja* i velferdspolitikken for å få ned antallet passive trygdemottakere. Målet skulle være at flest mulig forsørger seg gjennom egen inntekt og at stønadsordningene motiverer mottakerne til arbeid. I tillegg til å legge organisatorisk til rette for gjennomføring av arbeidslinja, ble mangel på koordinering av virkemidler innenfor trygd, arbeidsmarkedstiltak og sosialtjenester sett på som et stort problem (Andreassen, Fimreite og Hagen 2009). NAV-reformen berører derfor både statlige og kommunale ansvarsområder og er en nyskaping når det gjelder hvordan staten og kommunen er innvevd i hverandre i et flernivåsystem.

### 4.1 2006 – implementering av NAV-reformen

NAV-reformen ble vedtatt i Stortinget i mai 2005 etter lang tids utredninger. Det var stor uenighet om hvilken form den nye velferdsetaten skulle få, og vedtaket kan ses på som et kompromiss mellom Regjeringen og Stortinget. Med samordningen av de statlige etatene Aetat, Trygdeetaten og den kommunale sosialtjenesten er reformen en av de største forvaltningsreformer i Norge. En rammeavtale om mellom staten og kommunene om reformen ble inngått av Regjeringen (Arbeidsdepartementet) og KS via konsultasjonsordningen. Formelt ble NAV-etaten lagt til Arbeidsdepartementet, men samtidig ble etaten underlagt regelverk fra to andre departementer, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. De sentrale lovene for NAV er arbeidsmarkedsloven og folketrygdloven samt *NAV-loven* som omfatter den statlige delen av etaten og *Lov om sosiale tjenester i NAV* som først og fremst gjelder kommunens ansvar i arbeids- og velferdsforvaltningen. Først i 2010 var etableringen av de lokale NAV-kontorene i Arbeids- og velferdsetaten i fullført.

#### 4.1.1 Territoriell organisering

Den territorielle dimensjonen i NAV er knyttet til hvilke forvaltningsnivåer som vurderes å være best egnet til å håndtere hvilke problemer (Fimreite og Hagen 2009). Den territorielle organiseringen av NAV er på mange måter komplisert. Ansvarsområdet til NAV er ikke territorielt avgrenset, men kommunens ansvar, sosialtjenesten, er territorielt avgrenset til egen kommune. Dette kan medføre uklarhet med hensyn til den territorielle dimensjonen i reformen. Intensjonene med reformen er mangetydige og omfatter ulike typer tjenester. NAV yter både universelle tjenester, slik som alderspensjon og barnetrygd, og behovsprøvde ytelser som uføretrygd og

arbeidstiltak, mens kommunene kun har ansvar for behovsprøvde ytelser. NAVs virkemidler og ytelser er i prinsippet like for hele landet, mens sosialhjelpen i større grad er preget av lokalpolitiske prioriteringer. Samtidig som trygd- arbeidsmarkeds- og sosialtjenester er samordnet på kommunenivå, er ansvaret for de ulike tjenestene lagt til ulike forvaltningsnivå. Mange brukere er mottakere av både velferdstjenester og sosiale tjenester.

Det statlige ansvaret dekker hele landet og omfatter forvaltning på statlig, regionalt og lokalt nivå. Etaten er delt inn en rekke enheter på ulike nivåer. Den øverste ledelsen for Arbeids- og velferdsetaten er Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeids- og velferdsdirektoratet er også et fagdirektorat for sosiale tjenester som er et kommunalt ansvar. På sentralt nivå er også NAV drift- og utvikling (NDU).

Ytre etat har kontor i alle landets fylker og kommuner. På regionalt nivå har Arbeids- og velferdsetaten et kontor i hvert fylke: NAV fylke. I tillegg finnes det ulike spesial- og forvaltningsenheter med avgrensede oppgaver. Deres ansvarsområde kan dekke ett eller flere fylker. Også Fylkesmannen er tillagt oppgaver på regionalt nivå. På kommunenivået utgjør de lokale NAV-kontorene en felles førstelinjetjeneste for de tre tidligere atskilte tjenestene. En viktig hensikt med NAV-partnerskapet er ikke bare å koordinere av tjenester internt, men å tilby tjenestemottakerne en felles dør og koordinert saksbehandling. NAV-kontorene skal gi tjenester til kommunens innbyggere, og mens kommunens ansvar innenfor NAV-partnerskapet er avgrenset til kommunen territorielt, er NAV nasjonalt avgrenset.

#### **4.1.2 Funksjonell organisering av oppgaver, iverksetting**

Arbeids- og velferdsdirektoratet leder virksomheten i NAV. Direktoratet bestemmer hvor etaten skal være representert, i samsvar med partnerskapsavtalen om lokale NAV-kontor. I tillegg er direktoratet behandlingsansvarlig etter personopplysningsloven og for tilrettelegging og gjennomføring av internkontrollsystemet. Arbeids- og velferdsetaten skal først og fremst forvalte arbeidsmarkedsloven og folketrygdloven og sikre den enkeltes rett til ytelse. Etaten skal også følge opp og kontrollere tjenester, ytelser og utbetalinger. Sentrale aktiviteter i NAV er å stimulere stønadsmottakere til arbeidsaktivitet og veilede arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. I tillegg er arbeidsformidlingen en viktig oppgave. Direktoratet kan delegere myndighet til underliggende organer.

Etatens underliggende organer kan deles i to hovedlinjer, spesialenhetslinjen og fylkeslinjen. Spesialenhetslinjen har ansvar for mer spesialiserte og regionaliserte oppgaver, slik som pensjon, klage- og ankeenheter samt hjelpemiddelsentralene. Spesialenheter består av sju resultatområder og omfatter i alt 57 enheter. Det kan være flere spesialenheter i hvert fylke, men det finnes ikke nødvendigvis alle typer spesialenheter i alle fylker. Fylkeslinjen har ansvaret for styringen til NAV-kontorene gjennom egne fylkeskontor, NAV fylke. I tillegg finnes det ulike forvaltningsenheter med avgrensede oppgaver. Forvaltningsenheter behandler alle saker om rettighetsfestede ytelser som den enkelte har krav på og har dermed vedtaksmyndighet i saker som er forberedt av de lokale NAV-kontorene (Lunden 2008). Dette er de sakene som gjelder rehabiliteringspenger, attføringspenger og uføretrygd.

Også Fylkesmannen er tillagt funksjoner i NAV. Fylkesmannen har ansvar for kompetanseutvikling tilknyttet kvalifiseringsprogrammet som forvaltes av NAV-kontorene og for å koordinere kompetanse- og formidlingstiltak innenfor sosialområdet. Det er Fylkesmannen som har tilsyn med at kommunene oppfyller sine plikter i NAV med å yte forsvarlige tjenester og tilfredsstillende krav til sosial beredskapsplan. I tillegg er Fylkesmannen klageinstans for NAVs brukere av sosiale tjenester.

På kommunenivå finner vi de lokale NAV-kontorene. Minstekravet til et NAV-kontor er økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram fra kommunen og hele det statlige tjenestespekteret fra tidligere Trygdeetaten og Aetat. Den lokale samarbeidsavtalen fastsetter hvilke tjenester det enkelte kontor tilbyr utover minstekravet. Det skal være et NAV-kontor i alle kommuner, men det er også mulig å etablere interkommunale løsninger. Den enkelte kommune skal inngå avtale med staten gjennom NAV fylke om lokalisering, organisering, samhandling med brukere og øvrige kommunale tjenester. Det er altså først på kommunenivå at partnerskapet mellom staten og kommunen i NAV kommer organisatorisk til uttrykk.

Kommunene har organisert kommunedelen av NAV-kontoret på ulike måter (Aars og Christensen 2011, Klemsdal 2009). Partnerskapet kan velge mellom ulike måter å lede lokale NAV-kontorer (Lunden 2008:19):

- 1) en leder har det felles administrative og faglige ansvaret for hele kontoret
- 2) en leder har det administrative ansvaret for daglig drift, mens to andre ledere har det faglige ansvaret for henholdsvis kommunalt og statlige tjenesteområde
- 3) en av de faglige lederne er administrativ leder og tilknyttet både det kommunale og statlige tjenesteområdet.

I 2008 hadde 93 % av kommunene valgt løsningen med enhetlig administrativ og faglig ledelse (Monkerud 2008). Når det gjelder ledelse av de lokale NAV-kontorene, dominerer enhetlig ledelse, og de fleste lederne har bakgrunn fra staten. Mange av de største kommunene har imidlertid valgt todelt ledelse. Der kommunene har gått inn med mange oppgaver i NAV-kontorene, er sannsynligheten noe større for at lederen har bakgrunn fra kommunene (Aars og Christensen 2011).

#### **4.1.3 Demokratisk dimensjon, styringsbeslutninger og medbestemmelsesveier**

Partnerskapet mellom staten og kommunene reguleres av en rammeavtale. Rammeavtalen mellom staten og kommunene om partnerskapet NAV ble inngått gjennom konsultasjonsordningen. Konsultasjonsordningen mellom KS og Regjeringen har eksistert siden 2001. Ordningen omfatter fire konsultasjonsmøter i året, der det tas opp en rekke tema som omhandler forholdet mellom kommunen og staten. Målet med ordningen er å oppnå lokaldemokratiske rammevilkår, og konsultasjonsmøtene kan ses på som en form for økt aksess til staten for kommunene (Dahle 2008:14). Avtalene som er inngått i konsultasjon er imidlertid ikke bindende. Rammeavtalen om NAV ble vedtatt i Stortinget gjennom stortingsproposisjon nr. 46 (2004-2005), og ble på den måten bindende for staten og kommunen. På den ene siden er de to partene, staten og

kommunen, likeverdige. På den andre siden er det en klar vertikal styringslinje, ved at makten og myndigheten er plassert i staten (Fimreite 2008). Likevel representerer partnerskapet en bevegelse mot en mer horisontal styringsrelasjon (ibid:38). På bakgrunn av en undersøkelse som omfatter fem NAV-kontorer og kommuner, diskuterer Andreassen og Fossetøl (2009) forholdet mellom den lokale integrasjonsprosessen og statlige krav. De konkluderer med at selv om NAV-proposisjonen (St.prp. nr. 46:2004-2005) beskriver en bred flerformålsforvaltning med et lokalt oppgaveomfattende NAV-kontor og et utviklingsprosjekt avhengig av gjensidig nasjonal og lokal måloppnåelse, bærer de statlige føringene på etableringen og iverksettingen av NAV preg av oppdragsstyring ved at alle styringsmidler er designet slik at de trekker i samme retning.

Hvilke betydning har så KS for styringen av NAV? KS er avtalepartner med staten og samtidig talerør og representant for kommunesektoren. KS representerer en mangfoldig kommunesektor, med fare for at KS kan bli en overkommune (Dahle 2008:105). Det vil si at et sterkt KS kan føre til høyere grad av kommunal autonomi når kommunene blir sett under ett, mens hver enkelt kommune får ta færre egne beslutninger. På den andre siden, i partnerskapet med staten har KS myndighet over langt færre ressurser enn staten, hvis en ser på økonomi og antall ansatte. I tillegg har staten myndighet over de statlige etatene, mens KS sitt forhold til kommunene er å representere deres interesser.

Selv om flere studier påpeker at NAV er toppstyrt og at staten har størst makt i NAV (se for eksempel Fimreite 2008, Lunden 2008, Andreassen og Fossetøl 2009), er det et lokalt handlingsrom i NAV, både innenfor den statlige delen av etaten og den kommunale. Direktoratet har desentralisert visse oppgaver til fylkeslinjen og ikke minst, gis det stort handlingsrom for lokale NAV-ledere i utformingen av NAV-kontorene i kommunene (Lunden 2008). En undersøkelse av de lokale NAV-avtalene mellom kommunene og NAV fylke viser at kommunene i stor grad bruker den friheten de har til å bestemme den lokale oppgaveporteføljen (Aars og Christensen 2011). Det viser seg at bare et mindretall (12,2 %) av de lokale NAV-kontorene har færre enn to kommunale oppgaver. Det store flertallet velger altså å legge til flere oppgaver som tilhører den kommunale sosialtjenesten inn i NAV. Store og velstående kommuner har en tendens til å holde mange tjenester utenfor de lokale NAV-kontorene. Når da små og fattige kommuner er mer tilbøyelige til å legge mange oppgaver i NAV-kontoret enn store og rike kommuner, kan det henge sammen med at små kontorer kan ha vanskelig med å dele opp oppgaver som tidligere lå til sosialtjenesten, samt at en ønsker å styrke fagmiljøet (ibid.). Kommunestyret har formelt vedtaksrett over kommunens oppgaver i NAV. Den kommunale styringen i NAV-partnerskapet er først og fremst preget av økonomiske retningslinjer som gjelder sosialtjenestene. Det er kommunepolitikere som vedtar satser for sosialtjenestene i den enkelte kommunen. Innholdet i tjenestene har tradisjonelt vært et faglig og administrativt ansvar. I praksis kan det synes som at det er rådmannen som har størst innflytelse over kommunens deltakelse i partnerskapet (Lunden 2008).

NAV-reformen har flere elementer som kan karakteriseres som brukervedvirkning. Disse kan karakteriseres som henholdsvis individuell og systemrettet brukervedvirkning. For det første er det at etaten skal være tilgjengelig for brukerne et

viktig element. For det andre er flere av tjenestene som etaten gir brukerne rett til individuell plan. Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. En individuell plan er et virkemiddel for samordning av tjenester som skal sikre at tjenestene blir vurdert i sammenheng. Denne retten er hjemlet både i helse- og sosiallovgivningen, men også i NAV-loven.

I tillegg til den individuelle brukermedvirkningen som er omfattet av tjenestetilbudet i NAV, er brukermedvirkning på systemnivå sett på som et viktig virkemiddel for å oppnå god kvalitet i løsningen av oppgaver. Brukermedvirkning skal være forankret i ledelsen på alle nivåer, og den enkelte leder ”har ansvar for å forankre brukermedvirkning i egen enhet”.<sup>4</sup> Brukerrepresentanter pekes ut av brukerorganisasjonene. De skal bidra med bearbejdede brukererfaringer. Enheter i NAV som har direkte kontakt med brukerne og som legger premisser for strategisk utviklingsarbeid skal som hovedregel ha brukerutvalg. Disse skal bestå av representanter for landsdekkende brukerorganisasjoner, men også arbeidsgivere og bedrifter kan være representert. Andre enheter i NAV skal sikre brukermedvirkning på andre måter, for eksempel gjennom høringer, konferanser og deltakelse i utredninger eller arbeidsgrupper.

#### **4.1.4 Stat-kommune relasjonen**

Et sentralt premiss i NAV-reformen er ideen om at NAV lokalt bygger på et partnerskap mellom Arbeids- og velferdsetaten og den enkelte kommune, der stat og kommune er likeverdige partnere. Det innebærer at lokale hensyn er inkludert som en sentral verdi i reformen. Når sosialhjelpen fortsatt er et kommunalt ansvar, knyttes det til argumenter om kommunens evne både til helhetstenkning og til å finne de beste løsninger for den enkelte tjenestemottaker.

Partnerskapet er lovpålagt, og det er staten som lovgiver som pålegger kommunene å inngå i lokale partnerskap med arbeids- og velferdsetaten. Lovpålegget om å etablere lokale NAV-kontor basert på samarbeidsavtaler var altså påtvunget, men med et relativt vidt lokalt handlingsrom. Dette handlingsrommet omfatter i praksis ikke bare den kommunale delen av NAV-kontoret. Rammeavtalen som er inngått mellom KS og AID vektlegger gjensidigheten mellom den nye statlige arbeids- og velferdsetaten og sosialetaten som er kommunenes ansvar. I samarbeid skal man søke å finne lokalt tilpassede løsninger. Det betyr at begge parter må nærme seg hverandre i en partnerskapsrelasjon, og i en viss forstand legger partnerskapsmodellen et like stort press på den statlige som den kommunale etaten, ettersom trygd og arbeid i større grad enn sosialhjelp har vært standardiserte ytelser. Hvis en ser på forholdet mellom staten og kommunen i NAV-partnerskapet, synes flere studier fra iverksettingsfasen å legge vekt på at KS har hatt lite reell makt i forhandlingene om partnerskapet (Lunden 2008, Dahle 2008, Fimreite 2008). I praksis har kommunene måttet rette seg etter føringer fra

---

<sup>4</sup>Se <http://www.nav.no/Om+NAV/Brukermedvirkning/Retningslinjer.805365384.cms>

staten sentralt. Det gjør at en kan stille spørsmål ved om staten og kommunen er likeverdige partnere (Lunden 2008:112).

Partnerskapet er uttrykk for flernivåstyring som involverer et mangfold av statlige og kommunale aktører og relasjoner fra nasjonalt og lokalt nivå. Det innebærer at partnerskapet blir påvirket av prosesser på overliggende nivå, noe som ikke bare utfordrer tidligere styringsaspekter i stat-kommune relasjonen, men som også kan gjøre ansvarsforholdene mellom stat og kommune i NAV uklare (Lunden 2008:7). Likevel er en avtale som postulerer et likeverdig samarbeid mellom stat og kommune nytt i stat-kommune relasjonen (Dahle 2008).

Intensjonen med NAV-reformen når det gjelder forholdet mellom staten og kommunene er todelt: å sikre integrasjon gjennom NAV på den ene siden og på den andre siden sikre kommunal autonomi gjennom det lokale NAV-partnerskapet. NAV-reformen innebærer en sterk integrasjon som følge av tett samarbeid mellom staten og kommunene. Samtidig går det fram av flere studier at kommunal autonomi blir ivaretatt i NAV (se for eksempel Dahle 2008:104, Aars og Christensen 2011). Kommunene har stor valgfrihet ved prioriteringer som gjelder deres deltakelse i partnerskapet og det er som nevnt stor variasjon i hvilke oppgaver kommunene inkluderer i NAV-kontoret.

## **4.2 Kunnskapsstatus om effekter**

I prosjektets litteraturstudie søker vi etter fire effektvariabler: likhet, lokaldemokrati, ansvarsutkreving og prioriteringseffektivitet. Hva finner vi dokumentert i litteraturen fra evalueringen av NAV-reformen om reformens effekter? Drøfter noen av disse publikasjonene betydningen av organiseringen av forholdet mellom stat og kommune?

Det finnes lite litteratur om effektene av NAV-reformen. I den store NAV-evalueringen er ikke dette arbeidet kommet så langt som iverksettingsstudiene. Det vi kan si litt om er lokaldemokratiet og NAV og brukernes vurderinger og erfaringer med NAV (prioriteringseffektivitet). For øvrig er dette avsnittet om effekter svært begrenset og funnene må betraktes med varsomhet.

### **4.2.1 Likhet**

Likhet definert som likhet i standard på tilbud nasjonalt og likhet i fordeling sosialt, blir trukket fram som et mål for NAV-reformen på litt ulike måter (Fimreite 2008). I planleggingsfasen til velferdsreformen ble statliggjøring av sosialtjenestene diskutert. Det er et uttrykk for ønsket om størst mulig nasjonal likhet i tjenestetilbudet, inkludert sosialtjenester, gjennom samordning av trygdeetat, aetat og sosialtjenesten. Tjenestene som NAV yter overfor brukerne er ulike, fra universelle overføringer som pensjon og barnetrygd til individuelt tilpassete arbeidsmarkedstiltak og sosialhjelp. Mens den statlige delen av NAV i stor grad er tuftet på prinsipper om likhet i tjenester og ytelser, er den økonomiske sosialhjelpen definert lokalt basert på lokale prioriteringer og tilpasning til lokale behov. Forståelsen av likhet i tjenestetilbudet fra NAV kan variere fra stat til kommune, mellom ansatte i etaten og mellom NAV og brukerne. Når forslaget om statliggjøring av sosialtjenestene ikke fikk gjennomslag, skyldes det flere forhold. Først og fremst har argumentet om lokalt selvstyre og at kommunene i større



grad har muligheter til å se helhet og derigjennom finne gunstige løsninger for den enkelte fått gjennomslag. Et annet argument som er trukket fram er vurderingen om kommunenes betydning for statens totaløkonomi. Konsekvensen av at sosialtjenesten fortsatt ble et kommunalt ansvar vil dermed kunne styrke påstanden om at NAV ikke har bidratt til målet om større nasjonal og sosial fordeling i betydningen standardisering av tjenestetilbud og økonomiske ytelser. Dette har vi imidlertid lite litteratur om foreløpig.

Den store variasjonen i utformingen av lokale NAV-kontor indikerer at tjenestetilbudet varierer i nasjonal målestokk, kanskje også i større grad enn da sosialtjenestene var atskilt fra arbeidsmarkeds- og trygdetjenester. På den andre siden vil det vil kunne hevdes at statens deltakelse i partnerskapet kan bidra til at en annen form for tenkning omkring likhet i tjenesteyting får innpass også når det gjelder sosialtjenesten. Vi kjenner ikke til litteratur som viser til forskning om mulige fordelingsvirkninger og sammenhengen med organiseringen av kommune-stat-forholdet.

#### **4.2.2 Deltakerdemokrati**

Det er gjennomført få studier som omhandler deltakerdemokrati og NAV. Brukermidvirkning er imidlertid fremhevet som en viktig del av NAVs planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestetilbudet. Betydningen av brukermidvirkning, for eksempel gjennom brukerutvalg, er det lite eller ingen forskning på. Vi vet ikke i hvilken grad intensjonene om brukerutvalg er forankret i ledelsen på alle nivåer og om enheter i NAV som har direkte kontakt med brukerne og som legger premisser for strategisk utviklingsarbeid har etablert brukerutvalg. Det er så vidt vi kjenner heller ikke publisert forskning om hvordan brukermidvirkning sikres gjennom høringer, konferanser og deltakelse i utredninger eller arbeidsgrupper.

NAVs brukere har muligheter til å påvirke NAV ut fra at de er borgere med stemmerett til valg. Dermed kan det være relevant å trekke inn det vi kjenner til om kommunepolitikernes muligheter til å involvere seg i partnerskapet. Lunden (2008) har undersøkt i hvilken grad kommunepolitikerne har mulighet til å involvere seg i partnerskapet og hvor mye de eventuelt blir involvert i to pilotkommuner. Lunden finner at politikerne ikke er engasjert i utformingen av kommunens NAV-kontor og at det er mye som tyder på at de føler lite eierskap til kontoret (ibid:100). Dette begrunner Lunden med at NAV har uklare rammer for hvordan kommunepolitikere kan påvirke. Samtidig er han opptatt av at kommunepolitikerne de siste årene har vært lite involvert i sosialtjenesten utover fastsetting av økonomiske rammer for tjenesten. Det kan derfor være vanskelig for kommunepolitikerne å få forståelse for formidlingen av sosialtjenestene. Selv om politikerne har lite eierskap i NAV-kontoret, har de eierskap til sosialtjenestene.

På bakgrunn av denne studien er det lite som tyder på at kommunepolitikerne har fått større påvirkningskraft enn tidligere på velferdsfeltet. De har verken ressurser til eller interesse for å prege feltet utover den påvirkningen de allerede har på sosialfeltet (ibid:105). Kommunepolitikerne i de to undersøkte kommunene hadde ikke klart for seg rammene for partnerskapet og var derfor lite engasjert og følte lite eierskap til NAV-kontoret, selv om de viste interesse i de innledende rundene. Samtidig var det i de to

kommunene sterke administrative føringer da samarbeidsavtalen skulle vedtas. Disse føringene sluttet politikerne sluttet seg til. Selv om kommunestyret som øverste organ hadde formelle forutsetninger for å påvirke avtalen, tyder mye på at politikerne manglet både kompetanse og forståelse for å kunne påvirke beslutningen (ibid:114). Selv om kommunepolitikerne var lite involvert i de lokale NAV-kontorene og utformingen av disse, mener kommunene selv at de har hatt stor frihet til å delta og komme med vurderinger. Også NAV-ledere opplever at de har stor frihet fra staten til lokal tilpasning (ibid:100). Når det gjelder kommunes engasjement er det rådmannen som tar de fleste beslutningene og grepene inn mot partnerskapet (ibid:102). NAV-reformen har på bakgrunn av dette blitt kalt en ”rådmannsreform” (ibid).

### **4.2.3 Ansvarsutkreving og responsivitet**

Formelt er det kommunale og statlige ansvarsforholdet ikke endret med NAV-reformen. Arbeids- og velferdsetatens ansvar er først og fremst knyttet til anvendelse av arbeidsmarkedsloven og trygdeloven, men også å gi bistand til sosialtjenesten i saker som gjelder den enkelte brukeren (NAV-loven § 8). Lokale NAV-avtaler kan også inneholde bestemmelser om å utføre oppgaver på hverandres myndighetsområder. Kommunens ansvar etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen er å utføre oppgavene etter denne loven som ikke er lagt til et statlig organ. Kommunens myndighet kan delegeres til et interkommunalt organ eller en annen kommune.

Fylkesmannen er klageinstans for enkeltvedtak som kommunen fatter. Fylkesmannen fører dessuten tilsyn med at kommunen oppfyller kommunens plikt til å gi individuelle tjenester (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, kapittel 4) og til å utarbeide beredskapsplan (§ 16 samme lov). Statens helsetilsyn har fra 2010 det overordnede faglige tilsynet med kommunenes virksomhet i NAV. Dette er en utvidelse av det statlige tilsynet med sosialomsorgen, ved at det også gjelder kommunenes praktisering av økonomiske sosialhjelp. Det vil ifølge Fimreite (2008:36) kunne gi en utvikling i retning av rettighetsfesting og/eller statliggjøring som kan bety at de lokale kontorene vil bli rendyrkede effektueringsinstanser. Kontorene vil da i langt mindre grad fatte egne beslutninger og tilpasse dem til den enkeltes behov i den lokale konteksten, men måtte iverksette beslutninger fattet andre steder (ibid.). Det vil også påvirke særlig den opplevde ansvars plasseringen, dersom rettighetene til individuelle tjenestemottakere styrkes og politikerne i større grad vil kunne styres både av strengere lovgivning (som følge av rettighetsfesting) og av tilsyn, for eksempel dersom det rapporteres avvik og mangler ved kommunens økonomiske sosialhjelp.

Enkeltvedtak etter arbeidsmarkedsloven kan påklages til nærmeste overordnede organ eller til det organ som Arbeids- og velferdsdirektoratet bestemmer. Det samme gjelder vedtak etter folketrygdloven. Vedtak som gjelder stønad ved helsetjenester kan påklages til nærmeste overordnede organ eller til det organ som Helsedirektoratet bestemmer.

### **4.2.4 Prioriteringseffektivitet**

I brukerundersøkelser som NAV har gjennomført i 2008 og 2009 viser det seg at etaten kommer dårligere ut i 2009 enn i 2008, bortsett fra pilotkontorene som kommer noe bedre ut enn tidligere (Hansen 2009). Det synes ikke som etablering av lokale NAV-kontorer er avgjørende for brukernes vurderinger. Det er lite som skiller brukernes

vurderinger fra hverandre når det gjelder hvilke ytelser de mottar. Verken kjønn eller utdanning spiller noen rolle, og det er alderspensjonistene som er mest fornøyd. Tilfredsheten er lavere blant brukerne som har vært flest ganger i kontakt med etaten, og det er også denne gruppen som opplever saksbehandlerne minst imøtekommende.

I forskningen om brukerne av NAV finner vi to typer studier som kan relateres til organisering: på den ene siden ustabilitet og turnover internt i organisasjonen, på den andre siden hvilke tjenester som er organisert inn i det lokale NAV-kontoret. Et markant problem er en stor turnover og hyppige saksbehandlerbytter som preger NAV-kontorene og som skaper usikkerhet og mistillit hos brukerne (Lundberg 2011). Dette er ikke nødvendigvis noe nytt. Lundberg viser til Rønning (2005) og påpeker at den kommunale sosialtjenesten har vært kjent for hyppige saksbehandlingsbytter og å gi brukerne følelse av vilkårlighet.

I hvilken grad har variasjoner i tjenesteomfanget ved det lokale NAV-kontoret betydning for brukernes tilfredshet? NAV kommer ikke godt ut av brukerundersøkelsen når svar for NAV-brukere sammenlignes med 22 andre tjenesteområder (Aars, Christensen og Hansen 2011). Brukerne til NAV er misfornøyd med ventetid og saksbehandlingstid. De er også misfornøyd med informasjon som blir gitt, tilgjengelighet og veiledning av skjemaer, samt ansattes faglige kompetanse. Omfanget av lokale NAV-avtaler synes å ha betydning for brukernes tilfredshet, men verken kommunestørrelse, frie inntekter, andel arbeidsledige eller antallet sosialhjelpsmottakere virker inn på brukertilfredsheten. Dette funnet imøtekommer delvis kritikken om at for mange tjenester fører til oppsplitting ved kontorene og kan resultere i svakere evne til å se sammenheng mellom tjenester. Det kan tolkes dit hen at endørsfilosofien ("one-stop-shops") som lå til grunn for reformen har gitt noen ønskede resultater. Effektene av organisering er svake, men kan altså tolkes som positive (Aars, Christensen og Hansen 2011).

### **4.3 NAV-reformen: integrerte partnere?**

Innenfor velferdsfeltet har det tradisjonelt vært et bredt og tett samarbeid mellom staten og kommunene. Kommunene har vært iverksettere av nasjonalt prioriterte velferdstjenester, med handlingsrom til å utvide og tilpasse tjenestene til lokale behov, mens staten har hatt finansieringsansvaret (Hansen 2005). Noen velferdsoppgaver har imidlertid også vært utført av staten, slik som trygdetjenester (trygdeetaten) og tjenester knyttet til arbeidsmarkedet (aetat). Når den offentlige velferdstjenesten fra 2006 og utover ble reorganisert gjennom NAV-reformen, innebar dette en ytterligere integrasjon av de to forvaltningsnivåene innenfor velferdsfeltet. Et sentralt formål med reformen var å bygge ned eksisterende barrierer mellom de delene av velferdsadministrasjonen som var lagt til henholdsvis staten og kommunene.

NAV-reformen synes derfor å ha flere kjennetegn som kan knyttes til *integrasjonsmodellen*. Velferdskommunen som eget politisk nivå er beholdt ved at sosialtjenestene fortsatt er et kommunalt ansvar. I integrasjonsmodellen er imidlertid velferdstjenestenes innhold og omfang påvirket av statlige myndigheter. Gjennomgangen av litteraturen om NAV-reformen støtter delvis opp under dette.

Samtidig er det også studier som viser at kommunale myndigheter påvirker NAV lokalt ved å utnytte handlingsrommet til å forme de lokale NAV-kontorene med å inkludere en eller flere tjenester i tillegg til økonomiske stønad og kvalifiseringsprogram. *Overtakelsesstrategien*, der den tradisjonelle velferdspolitiske flernivåstyringen erstattes med ett-nivåstyring og staten blir sittende med hele ansvaret for velferdspolitikken, gjenkjennes ikke i samme grad som integrasjonsmodellen. Samtidig har de lokale NAV-kontorene, der velferdstjenestene er samlokalisert, trekk fra den statlige områdemodellen. NAV-partnerskapet sikrer en lokal, tverrsektoriell samordning av en rekke velferdstjenester som tidligere var atskilt. I NAV-partnerskapet har imidlertid kommunen både eierskap og interesser som sikrer territoriell forankring lokalt. Dersom ansvaret for sosialtjenestene var blitt overført fra kommunene til staten, ville velferdsreformen være et eksempel på en statlig områdemodell med statlig eierskap og finansering. Både integrasjons- og overtakelsesstrategien utfordrer ideen om kommunen som et folkevalgt, autonomt nivå med tilstrekkelige politiske frihetsgrader til å tilpasse tjenesteytingen til lokale behov i den enkelte kommune. NAV-reformen er nettopp gjennomført, og det er foreløpig få litteraturbidrag som gir konkrete beskrivelser av hvordan lokalstyrets autonomi utfordres i den nye velferdsetaten.

## 5 Reforme og oppgavefordeling

I dette avsluttende kapitlet drøfter vi hva litteraturen gir av innsikter om utviklingstrekk i stat-kommune relasjonen. Ved å se reformene i sammenheng ønsker vi å få en større forståelse for kompleksiteten i dette bildet. Reformene er på ingen måte entydige i sine valg av organisering og relasjon mellom stat og kommune. Det er heller ikke entydige effekter av utviklingstiltakene, noe som synliggjør både muligheter og utfordringer. På bakgrunn av litteraturgjennomgangen kan det trekkes nyttige lærdommer fra reformene om hvordan stat og kommune kan arbeide sammen for å skape likeverdige og kvalitativt gode velferdstjenester innenfor rammen av et demokrati preget av gjennomsiktighet og mulighet for medbestemmelse.

I kapitlet oppsummerer vi først reformene ut fra målsetninger, de primære organiseringsprinsipper og interessante funn av effekter. Videre drøfter vi prinsipielle modeller for stat-kommune relasjoner som kan kaste lys over hvordan dette forholdet utvikler seg i de tre reformene. Forholdet mellom stat og kommune blir videre sett i sammenheng med ulike modeller for økt statliggjøring, eventuelt en utvidet kommunal rolle i tjenesteytingen. Til sist oppsummeres erfaringene og peker på muligheter og utfordringer for de tjenesteområdene som kommunen forvalter i dag. Hva kan vi lære av reformene i forhold til fremtidig organisering av disse tjenesteområdene?

### 5.1 Reformenes mål, organisering og effekter

De tre reformene i litteraturstudien omfatter alle viktige velferdsområder som bidrar med primære tjenester til befolkningen. Reformene er alle eksempler på økt statliggjøring, men hadde ulikt utgangspunkt og valgte ulike løsningsmodeller i reformeringen. Reformene har alle hovedmålsetninger om bedre kvalitet, likhet i tjenestetilbud og brukertilpasning. De forvaltningspolitiske målene for reformene er derimot litt forskjellige. Sykehusreformen skulle sikre en bedre nasjonal styring med ressursbruken og fordelingen i helsesektoren. Rusreformen skulle sikre at rusavhengige fikk samme rett til medisinsk behandling som andre pasientgrupper, samt skape et sammenhengende tjenestetilbud. NAV-reformen skulle bidra til bedre sammenheng mellom ulike trygde- og velferdsordninger, samt styrke arbeidsrettingen i velferdspolitikken.

Reformene berører forholdet mellom stat og kommune på ulikt vis. I sykehusreformen er forholdet til det kommunale nivået svært lite tematisert selv om store og viktige pasientgrupper har sitt daglige liv i kommunen, og har avgrensede opphold i spesialisthelsetjenesten. Reformen ble heller basert på desentralisering gjennom en kombinasjon av myndighet til underliggende fagetater (slik som direktoratene), og en ekstern fristilling gjennom overgang fra forvaltningsorganisasjoner og forvaltningsbedrifter til statlige foretak og statsaksjeselskaper. Rusreformen kan på sin side ikke realiseres uten et godt samarbeid mellom staten gjennom spesialisthelsetjenesten og den kommunale sosialtjenesten. Her har rettigheter, forankring i helseregionene og klarere ansvarsforhold, bidratt til en nasjonal standardisering på rusfeltet. En nedena- strategien har utviklet seg som en respons til avstanden mellom kommunenivå og spesialisthelsetjenesten. Gradvis er det etablert nye

praksisfellesskap i samarbeidsflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. NAV-reformen er basert på et partnerskap mellom stat og kommune. NAV samordner statlige og kommunale tjenester på lokalt nivå, der prinsippet om likhet og lokaldemokrati møtes i en og samme etat i kommunen. Partnerskapet er basert på likeverd og en gjensidig avhengighet og utgjør en ny form for relasjon mellom stat og kommune i norsk sammenheng.

Organiseringsmodellene har hatt ulike effekter for verdidimensjonene vi har vært spesielt opptatt av, nemlig likhet, deltakerdemokrati, ansvars plassering og responsivitet og prioriteringseffektivitet. Effektene har vært varierende og har også vært utfordrende å dokumentere. I noen tilfeller skyldes dette mangel på forskning, mens det i andre tilfeller er for tidlig å si noe om effekter, og at det på bakgrunn av dette ikke er behandlet i litteraturen.

*Likhet* er et viktig prinsipp i alle de tre reformene. Likhet er da forbundet med lik rett og like muligheter. Individuell rettighetsfesting gjennom lov sikrer brukeren av velferdstjenestene lik rett. Brukeren av velferdstjenesten har på denne måten fått en tydeligere rolle og rettighet gjennom reformene. I alle reformene utfordres imidlertid like muligheter primært på grunn av store geografiske variasjoner. Studier fra sykehusreformen viser at forskjellene er blitt større etter helsereformen som en følge av større geografiske avstander og variasjoner i tilgjengelighet til tjenestetilbudene. I forhold til rusbehandling opplever kommunene store kostnader ved å sende brukere til behandlingssteder utenfor spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller er det ofte mer økonomisk gunstig å finne lokale løsninger for brukerne. I forhold til NAV-reformen kommer ulikheter som en følge av kommunale prioriteringer. Kommunene har mulighet til å velge selv omfanget av tjenestene på de lokale NAV-kontor. Dette skaper variasjoner i tilbud.

*Deltakerdemokrati* kan betraktes ut fra to dimensjoner: systemnivå og borger/brukernivå. På *systemnivå* har de tre reformene ulike konsekvenser for demokratidimensjonen. I sykehusreformen er oppgaver og ansvar desentralisert både til statlige fagetater, men og til de regionale foretak. På den måten er det mulig å hevde at makt er allokert til andre arenaer. Dette innebærer imidlertid ikke en forankring i et representativt prinsipp. Til tross for innlemmelse av regionale og lokale politikere i de regionale helseforetakene, er disse valgt ut fra personlige egenskaper og ikke i kraft av politisk farge eller annen interesserepresentasjon. Dette betyr at den reelle politiske beslutningsmyndighet er på et nasjonalt nivå. Kommune- og fylkespolitikere har ingen reell politisk innflytelse. I rusreformen har kommunen stor grad av autonomi i forvaltningen av sosialtjenestene. Staten bidrar her med rammer i form av lovverk, rettigheter og bevilgninger. Dette gjelder også i NAV-reformen hvor kommunen både har ansvar for sosialtjenesten, men og har mulighet til å påvirke utformingen av og prioriteringene i det lokale NAV kontor. Selv om det her foreligger få studier, kan det tyde på at kommunen i liten grad benytter seg av den sistnevnte muligheten.

På *borger/bruker nivået* er og demokratidimensjonen et viktig prinsipp som er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen og som dermed berøres i alle reformene. Brukermedvirkning på systemnivå er i alle reformene sett på som et viktig virkemiddel for å oppnå god kvalitet på tjenestene og skape akseptable løsninger for brukerne.

Brukermedvirkning skal prinsipielt være forankret i ledelsen på alle nivåer, og lederen har et ansvar for å forankre brukermedvirkning i egen enhet. Erfaringene med dette virkemiddelet er imidlertid begrenset. I forhold til helseforetakene rapporteres det om økt antall brukermedvirkningsgrupper, men det er uklart hvor stor innflytelse disse har i praksis. De største brukerorganisasjonene er godt integrert i helseregionene, men det rapporteres at det er vanskelig å komme i inngripen med de sentrale beslutninger. Dilemmaet her er at mange brukergrupper ikke har de nødvendige ressurser for å mobilisere slagkraftige brukerorganisasjoner, og at det på denne måten kan være vanskelig for den enkelte bruker å trenge gjennom systemet alene.

*Ansvarsfordeling og responsivitet* er en dimensjon som slår ulikt ut i reformene. Sykehusreformen har ført til en kompleks organisering som bidrar til uklarheter og i mange tilfeller motstridende ansvarsforhold. Mange aktører på flere nivå har ulike roller og har utfordret både styringsrelasjonene, men og koordineringen av tjenestene. I både rusreformen og NAV reformen er ansvarsforholdene blitt klarere gjennom ansvar- og oppgavefordeling og partnerskapsavtaler. I rusreformen har dette bidratt til samarbeid mellom flere forvaltningsnivå og en nødvendig tverrfaglighet for å få til en helhetlig behandling. I alle reformene er borgerne/brukernes muligheter til å respondere på velferdstjenestene forankret i lovverk og formelle klageinstanser. Også brukerorganisasjonene er mulige virkemidler. Retten til individuell plan sikrer også brukere en individuell oppfølging og gjennom denne en dialog med tjenestene. Ordninger med lovfestede rettigheter har imidlertid økt i omfang. Det har blitt et uoversiktlig system med mange lovfestede rettigheter, med den konsekvens at det stadig skjer lovbrudd. De viktigste individrettigheter kan i dette systemet lett skyves til side når kommunen eller helseforetak må forholde seg til en uoversiktlig mengde av lovfestede rettigheter. Rettigheter som ikke følges opp i praksis kan på denne måten svekke tilliten til offentlige myndigheter og politikere (Inst. 297 S 2011).

I tillegg til brukerorganisasjoner og individuelle rettigheter etableres det nå systematiske målinger gjennom brukerundersøkelser. Disse skal sikre informasjon og tilbakemelding slik at kvaliteten på tjenestene kan utbedres.

*Prioriteringseffektivitet* sier noe om hvordan brukerne oppfatter tjenestene etter reformen. På dette området finner vi ulike resultater fra reformene, noe som både skyldes ulike erfaringer men ikke minst ulik dokumentering av brukervurderinger. Sykehusreformen er naturlig nok mest dokumentert og har de siste årene utviklet systemer for å kartlegge brukererfaringer. Det er imidlertid vanskelig å måle brukererfaringene før og etter reformen. Brukerundersøkelser på tjenestene i dag viser en relativt god brukertilfredshet med tjenestene. Brukerne er imidlertid mindre fornøy med informasjonstilgang og koordinering mellom ulike enheter. Uforutsigbare forhold som ventelister og informasjon og fremtidige forhold oppleves av brukerne som problematiske. Dette er i tråd med de internasjonale studier gjennomført, hvor informasjon, systematisering av informasjon og systematisk anvendelse av tilbakemeldinger i retning av forbedringstiltak blir fremhevet som problematisk. Det etterlyses altså samordning, gjennomtrengelighet og forutsigbarhet i et system som oppfattes som svært komplekst.

Rusreformen viser til motsatte resultater, hvor det oppleves at et uoversiktlig felt blir satt inn i system. Likevel er systemer for pasientflyt krevende for pasienter med avhengighetsproblematikk. Reformen har gjort det mulig å skape en sammenheng mellom de ulike institusjonene, noe som er et viktig tiltak i følge brukerne. Videre er det utfordringer i det siste leddet av den helhetlige tjenesten som er relatert til oppfølging og ettervern. NAV reformen har få systematiske vurderinger fra brukerne å vise til. Dette er en følge av at reformen er i en svært tidlig fase. De få pilotstudiene som er gjennomført viser at brukerne er misfornøyd med ventetid og informasjon som blir gitt. Hvilke tjenester som de ulike NAV kontor tilbyr ser ut til å påvirke brukerens oppfatning av tjenestetilbudet. På bakgrunn av dette kan ”endørsfilosofien” som ligger til grunn for reformen argumenteres å ha gitt noen ønskede resultater.

## 5.2 Relasjoner mellom styringsnivåer

Tradisjonelt er stat-kommune relasjonen preget av et tett og bredt samarbeid innenfor velferdsfeltet. Hovedsakelig har dette vært kjennetegnet av at staten har tatt kommunene i bruk som iverksettere av nasjonalt prioriterte velferdstjenester. To forhold bidrar imidlertid til å nyansere bildet av kommunene som rene iverksettingsorganer for statlig politikk på feltet. For det første ble mange av velferdstilbudene opprinnelig initiert av kommunene. Det at kommunene har spilt rollen som velferdspionerer betyr at kommunesektoren har bidratt til å legge premissene for det offentlige velferdstilbudet. For det andre har relasjonen mellom stat og kommune på velferdsfeltet vært preget av gjensidig avhengighet også etter at staten overtok ansvaret for at tjenestene fikk nasjonal utbredelse. Staten tok finansieringsansvaret, mens kommunene hadde den lokale kunnskapen til å tilpasse tilbudet til det behovet som eksisterte i den enkelte kommunen. Ved at kommunene er styrt av folkevalgte skapes potensielt et styresett som er responsivt i forhold til de lokale innbyggernes interesser og erfaringer. Det har derfor vært avgjørende, ikke minst for staten, at kommunen bevarte sin grunnleggende politiske karakter og ikke ble omdannet til lokal statsadministrasjon (Aars og Christensen 2011).

Relasjonene mellom styringsnivåene og organiseringen av reformene kan sees på som en møteplass mellom statlige styringsbehov og lokale hensyn. Vi kan her se for oss fire relasjonsmønstre: 1) Er det en integrert relasjon mellom staten og lokale enheter, vil sistnevnte innta rollen som effektueringsnivå enten de i navnet er en kommune eller en lokal statsadministrasjon. 2) Alternativt kan både kommuner og lokal statsadministrasjon fungere i et spenningsfelt mellom sterk sentralstyring og sterk forankring i den geografiske region de tilhører. I en slik situasjon må rollen balanseres mellom territoriale hensyn på den ene siden og statlige krav på den andre. 3) Et tredje alternativ er at både kommunen og lokale statsetater er nokså løst koplet til både sentralstaten og til lokale aktører i lokalsamfunnet. De fremstår da som lukkede systemer som er lite responsive både ovenfor lokalsamfunn og rikspolitikken. 4) En siste mulighet er at den geografiske forankring er sterk, mens relasjonen til rikspolitikken og statsforvaltningen er svak.



For kommunene blir handlingsrommet størst i modeller der kommunen har uavhengighet som i løst koblede system (alternativ 3) eller i system med tydelig lokal forankring (alternativ 4). Reformene vi har studert viser at forskjellige saksfelt får ulik balansering mellom de fire relasjonene som er skissert her. I det følgende avsnittet drøfter vi ulike aspekter ved stat-kommune relasjonene i de tre reformene, og hvordan dette peker i retning av statliggjøring versus kommunalisering.

## **5.3 Statliggjøring og kommunalisering?**

Reformene viser at nasjonal politikk påvirker prinsippene for forholdet mellom stat og kommune gjennom ulike virkemidler. Finansieringsmodeller, organisering, rettighetsfesting, tilsyn og kompetansearbeid er viktige faktorer som sammen gir rammer for handlingsrom og påvirker kommunens handlingsevner. Innenfor disse rammene skjer flernivåstyring i praksis. Reformene viser også at reformering er en dynamisk prosess hvor tilpasning, justering og endring er en naturlig del av reformprosessen for å utvikle de beste løsninger. Dette betyr at relasjonene mellom styringsnivåene også utvikler seg i løpet av en reformprosess.

### **5.3.1 Statlig integrerings- eller overtakelsesstrategi?**

Statens overtakelse av sykehusene fra fylkeskommunene i 2002 kan betraktes som en statlig overtakelsesstrategi. Formålet med reformen var nettopp å styrke sentraliseringen gjennom økonomistyring og bedre kvalitet. Økonomistyringen skulle ivaretas gjennom stordriftsforedeler ved konsentrasjon av sykehustjenester og mål- og resultatstyring gjennom desentraliserte statlige foretak. Kommunenes rolle i sykehusreform var marginal, ved at de kommunale helsetjenester ikke ble omfattet i denne reformen. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er imidlertid et felt det nå fokuseres på gjennom samhandlingsreformen. Det antas at statlige og kommunale helsetjenester i sterkere grad vil integreres og samordnes gjennom reformen. Vi vil da kunne se konturer av kommuner og lokal statsadministrasjon som fungerer i et spenningsfelt mellom sterk sentralstyring og sterk forankring i den geografiske region de tilhører.

En statlig integreringsstrategi blir tydelig i NAV-reformen og rusreformen. Kommunenes rolle i iverksettingen av velferdstjenestene er spesielt synlig i disse to reformene, hvor de ikke bare har en effektueringsrolle, men har en viktig funksjon i å balansere territorielle hensyn og sentrale krav (jmf. alternativ 2 i forrige avsnitt). Forholdet mellom stat og kommune er likevel svært ulik på de to områdene. NAV-reformen iverksettes gjennom et partnerskap der tjenester samlokaliseres men likevel beholder sin tidligere forankring enten i staten eller kommunen. Kommunene beholder sin myndighet på sosialtjenestens område, samtidig som den får en bredere kontaktflate mot de statlige tjenesteområdene. Dette danner grunnlag for prinsippet om et helhetlig tjenestetilbud.

I praksis viser det seg imidlertid at kommunene velger ulike løsninger for de kommunale NAV-kontor. Samspillet og avhengighetsforhold mellom de statlige og kommunale tjenestene framstår i dagens situasjon som en arena der det ikke er avgjort hva som blir balansen i stat-kommune relasjonen. Rusreformen har medført en bedre

integrering mellom tjenester på statlig og kommunalt nivå. Den statlige styringen skjer i denne sammenhengen gjennom økonomiske virkemidler, tilsyn, rettighetsfesting og kompetansetiltak. Litteraturen gir først og fremst et bilde av stor implementeringsvilje i kommunene. Noen undersøkelser fra praksisfeltet viser skepsis i de kommunale tjenestene med tanke på portvokterfunksjonen som blir liggende i de regionale helseforetakene og kravet om en bestemt arbeidsform som ligger i retningslinjene for individuell plan (Mjåland 2008). Det store bildet preges likevel av en felles interesse av å utvikle gode lokale tjenester på rusområdet. Evalueringer av tilskuddsordninger til kommunale rustiltak konkluderer med at kommunene har økt sin aktivitet på rusområdet betraktelig og at virksomheten gjennom kompetanseoppbygging har resultert i at kommunene begynner å ha en egen kapasitet på rusområdet (Rambøll 2010).

### **5.3.2 Statens innflytelse gjennom regioner og fylker?**

Det regionale, fylkeskommunale og fylkesmannsnivået representerer en form for mellomnivå i reformene som er studert her. Sykehusreformen medførte en klart definert regional organisasjonsform. Til tross for at fylkeskommunen mistet eieransvaret, har det regionale leddet fortsatt en stor betydning. De regionale helseforetakene er forvaltere av det statlige eieransvaret og har "sørge for" ansvaret som sikrer regionens befolkning det tjenestetilbudet de lovmessig har rett til. De har i prinsippet høy grad av autonomi i forhold til valg av organisering av eksempelvis lokale helseforetak og regionale prioriteringer. I praksis har et voksende statlig helsebyråkrati skapt komplekse rammer for helseforvaltningen, og da også de regionale helseforetakene.

For de andre to reformene kommer region/fylkesnivå inn på en noe mer uavklart måte. På rusområdet har ikke bare forankringen til de regionale helseforetakene vært sentralt. Også fylkesmannsembete har blitt svært viktig i forbindelse med iverksetting av statlig politikk. Der er det nå lagt viktige funksjoner knyttet til kompetansearbeid, tilskuddsforvaltning og tilsyn. Det regionale nivået ble innenfor rusfeltet viktig i kraft av organiseringen av spesialisthelsetjenesten, og fordi det fikk en tyngde for kompetanseutvikling på kommunalt nivå. Både i forhold til fylkesmannens rolle og virksomhetene som drives på regionnivå er det riktig å si at det er staten som iverksetter politikk på et mer desentralisert nivå. Slik sett kan dette tolkes som en statlig overtakelse gjennom en mellomliggende områdeorganisering mellom staten og kommunen. I forhold til NAV-reformen er også fylkesnivået sentralt i styringskjeden. Arbeids- og velferdsetaten har gjennom fylkeslinjen kontrollansvaret for styringen til NAV kontorene. Videre har fylkesmannen ansvar for kompetanse- og formidlingstiltak innenfor sosialområdet. Det er og fylkesmannen som har tilsyn med at kommunene oppfyller sine plikter i NAV med å yte forsvarlige tjenester og tilfredsstillende krav til sosial beredskap. Fylkesmannen er også den formelle klageinstans.

Reformene viser at staten styrer direkte og indirekte også gjennom et regionalt ledd. Dette kan oppfattes som en kontrollmekanisme staten anvender for å sikre tjenestene, men kan og oppfattes som et viktig ledd for kommunene for å koordinere kompetanseheving og sikre god tjenesteproduksjon.

### 5.3.3 Kommunalisering gjennom oppgavetildeling?

Forskningslitteraturen om reformene viser hvordan det ikke bare skapes omorganiseringsprosesser i en kort periode, men at de skaper endringsprosesser som går over lang tid. Reformen som i utgangspunktet har preg av å bruke kommunene som effektueringsnivå kan på lengre sikt gi kommunene en mer selvstendig rolle. Både NAV-reformen, rusreformen og sykehusreformen representerer potensielt kommunaliseringprosesser. Det er vanskelig å tenke seg at staten ikke skal være aktivt styrende på disse områdene, men gjennom reformprosessene får det kommunale nivået en egentynge i forhold til utformingen av tjenester.

I forhold til sykehusene kommer samhandlingsreformen inn som en videreføring av sykehusreformen hvor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal knyttes sterkere sammen. Hvordan oppgaver, finansieringsordninger og ansvar blir fordelt er fortsatt ikke avklart. Det vi imidlertid ser konturene av er et klarere skille mellom medisinsk tjenesteproduksjon i spesialisthelsetjenesten og omsorgsfunksjon i kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at pasienter fases ut til kommunehelsetjenesten på et tidligere tidspunkt i behandlingsprosessen. En slik utvikling krever bedre samordning i forhold til oppgavefordeling, kompetanseoverføring og ressursoverføring. På dette området ser vi og eksempler på kommunal samordning om helsetjenestene gjennom ulike interkommunale løsninger hvor hensikten er å bedre det kommunale tjenestetilbudet, men og effektivisere koplingen til spesialisthelsetjenestene.

Rusreformen viser at kravet om sammenheng mellom tjenestene som gis i spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene er blitt bedret. Gjennom lovgivning, kompetanseutvikling og økonomiske overføringer har kommunene bygd opp egne tilbud og praksiser for håndtering av personer med rusproblemer. Opptrappingsplanen for rusfeltet retter stor oppmerksomhet mot de kommunale tilbudene. Gjennom en heving av kompetanse og øking i omfanget av egne tilbud skaper dette en mulighet for en større kommunal uavhengighet på feltet.

Partnerskapsmodellen i NAV-reformen har ikke nødvendigvis ført til økt kommunalisering av tjenestene i praksis, men det har åpnet for muligheter for kommunal innflytelse over tidligere statlige tjenesteområder. Kontaktflaten mellom det kommunale nivået og det statlige nivået er blitt sterkere på alle de tre tjenesteområdene som nå er blitt til NAV. Kommunen har gjennom reformen fått ansvar for de lokale NAV kontor og også muligheter til å påvirke hva disse skal inneholde og videre den statlige velferdspolitikken. Hvorvidt de velger å benytte seg av denne muligheten er imidlertid uklart. Den nye modellen for partnerskap gir imidlertid rom for å prøve ut større grad av integrasjon og fleksibilitet i ansvar og iverksetting. Erfaringene fra denne modellen vil være svært nyttige i årene fremover og vil gi viktige innspill til andre tjenesteområder hvor samspillet mellom stat og kommune er sentral for produksjon av velferdstjenester.

## 5.4 Med blick mot dagens kommunale tjenesteområder: hva kan vi lære?

Politisk oppmerksomhet og satsing fra nasjonale myndigheter har hatt stor betydning for utviklingen av kommunale tjenester. Gjennom litteraturstudien ser vi spor av flere styringsmodeller som medfører ulik balanse i relasjonen mellom stat og kommune på de ulike tjenesteområdene. Ser vi reformområdene over tid viser det seg også at modellene endrer karakter. Kommunene kan gå fra å være iverksettere til å få mer egentyngde og egen autoritet og vice versa. Reformen kan også utløse nye reformer.

I fase 2 av denne studien skal vi gå videre i undersøkelsen av hvordan velferdspolitikken organiseres og hvilke effekter organiseringen har på likhet, deltakerdemokrati, ansvarsutkreving og responsivitet og prioriteringseffektivitet. Her vil vi rette oppmerksomheten mot tjenesteområder der kommunen har et stort ansvar i dag; skole, barnehage, helse og omsorg. Hva kan vi lære fra reformene i forhold til ulike organisasjonsmodeller og konsekvenser for disse?

*For det første* har reformene vært viktige for sammenheng mellom tjenester. I rusreformen og NAV-reformen ser vi konturer av positive effekter av dette, mens sykehusreformen viser hvordan reformens manglende kopling til kommunehelsetjenestene har presset frem behovet for en ny reform: samhandlingsreformen. Integrasjonsmodellen, hvor en gjensidig spenning mellom stat og kommune sikrer ballansering av territorielle hensyn og sentrale krav, viser positive effekter i å sikre sammenheng mellom tjenester.

*For det andre* har reformene bidratt til kompetanseheving på kommunalt nivå, ved at kvalitet er satt på dagsorden på alle nivå i styrings- og iverksettingskjeden. Fylkesleddet har i alle reformene hatt en viktig funksjon i den sammenheng som ansvarlig for opplæring og kompetanseutvikling. Dette indikerer at samhandling med fylkesleddet kan ha en viktig posisjon i en eventuell utvikling av kommunens tjenestetilbud innenfor skole og barnehage.

*For det tredje* har reformene bidratt til transparens rundt individuelle rettigheter. Borgerperspektivet og deltakelse gjennom det representative demokrati har i stor grad blitt erstattet med et brukerperspektiv gjennom reformene. Brukerperspektivet er forankret i lovfestede individuelle rettigheter som iverksettes i det øyeblikk borgeren er i kontakt med tjenestetilbudet. Dette er et perspektiv som også er integrert i de tjenesteområdene som kommunen har ansvar for i dag. De individuelle rettighetene danner grunnlag for et generelt nasjonalt likhetsprinsipp men ivaretar samtidig retten til lokale tilpasninger. Dette viser viktigheten av sterk integrasjon mellom statlig rammestyring og lokale tilpasningsmuligheter. Den lovpålagte rettighetsfestingen må imidlertid ikke utvikles til et komplekst system der kommunene blir låst i forhold til egne prioriteringer og som blir for komplisert for brukerne.

*For det fjerde* viser reformene en dreining i forståelsen av et deltakerdemokrati. Reformene viser at lokaldemokratiets rolle blir mindre og erstattes med et sterkere fokus på funksjon og kvalitet i tjenestene. Brukerne er gjennom lovfestene individuelle rettigheter prinsipielt sikret det samme tjenestetilbudet uavhengig av hvor de bor i landet. Kvaliteten på tjenestene og sikring av disse fremheves derfor som viktigere enn

lokaldemokrati. Dette kan tolkes som en konsekvens av økt mål- og resultatstyring av velferdstjenestene, hvor også brukerne er blitt introdusert for et målesystem hvor de kan stille krav til kvalitet. På denne måten utøves deltakerdemokratiet gjennom borgernes rettigheter og brukernes krav til tjenestene i større grad enn gjennom lokaldemokratiets tradisjonelle funksjoner. Denne utviklingen betyr også at det stilles større krav til den enkelte bruker.

*For det femte* viser reformene hvordan det regionale leddet kan anvendes på ulike måter. Et mellomnivå kan ha ulike funksjoner, enten som det utøvende forvaltningsledd som samordner og koordinerer lokale tjenester, eller som et myndighetsorgan som både fanger opp lokale behov og kontrollerer utøvelse av lokal utførelse av statlig politikk. En kan også tenke seg et regionalt ledd som en områdemodell med stor grad av autonomi og som forvalter av kommunale tjenesteområder.

*For det sjette* viser reformene hvordan statliggjøring av velferdsoppgaver kan føre til økt nasjonalt byråkrati. Prinsipper om standardisering, effektivisering og kvalitetsheving kombinert med en økning i lovfestede rettigheter skaper behov for et omfattende byråkrati som kan ivareta alle hensyn. I lys av reformene bør veksten i det nasjonale byråkrati i fremtiden sees i sammenheng kommunens rolle og betydning. Integreerte løsninger mellom stat og kommune om ulike velferdsoppgaver, danner grunnlag for å diskutere reell ressursutnyttelse, kvalitet og politisk og forvaltningsmessig oppgave- og ansvarsfordeling mellom nivåene.

*Til sist* viser reformene hvordan tydeliggjøring av ansvar og oppgaver er prioritert. Dette er i utgangspunktet fordelaktig både for staten og kommunen, men ikke minst brukeren av velferdstilbudet. Likevel viser reformene at for komplekse ansvarssystemer og roller kan skape uklarheter i forhold til ansvars plassering og responsivitet. Klarhet i roller er ikke bare viktig for brukeren av tjenestene, men og for de som eier, forvalter, kontrollerer og iverksetter de ulike tjenestene. Dette er derfor et viktig område i fremtidige organiseringsløsninger av velferdstjenester.

Gjennomgangen av litteraturen relatert til sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen gir et flertydig erfaringsgrunnlag. Erfaringsgrunnlaget peker på både positive effekter av økt statliggjøring av velferdstjenester men og effekter av mindre ønskelig karakter. Til sist er det på sin plass å påpeke reformenes dynamiske karakter, og tjenesteområdets stadige tilpasning og utvikling. Dette utfordrer også muligheter for kvantitative måling av effekter, men gir som her grunnlag for læring og diskusjoner av mulige konsekvenser av reformene.

## 6 Litteratur

Alver, Ø.O., Bretteville-Jensen, A.L., Kaarbøe, O. (2004): *Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. SIRUS rapport 2/2004.

Andreassen, T. A. (2007): *For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt? En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Andreassen, T. A. og Lie, T. (2007): *Helseforetaksreformen – en brukervedvirkningsreform? I resultat evaluering av sykehusreformen*. Oslo: Forskningsrådet.

Andreassen, T.A. og Fossetøl, K. (2009): Om iverksetting ved lokale NAV-kontor: Å utvikle en helhetlig og brukerrettet forvaltning – oppdragsstyring eller samstyring? *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol 12 (3): 168-179.

Andreassen, T.A., Fimreite A.L. og Hagen, K. (2009): ”Innledning”. *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol 12, Nr. 3. (Temanummer om evaluering av NAV-reformen.)

Fimreite, A.L. og Hagen, K. (2009): ”Partnerskapet mellom stat og kommune: Velferdspolitikken territorielle dimensjon revisited?” *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol 12, Nr. 3.

Andreassen, T.A. og Fossetøl, K. (red) (2011): *NAV ved et veiskille. Organisasjonsendring som velferdsreform*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Askim, J., Christensen, T., Fimreite, A.L., og Læg Reid, P. (2009): ”How to Carry Out Joined-Up Government Reforms: Lessons from the 2001-2006 Norwegian Welfare Reform. *International Journal of Public Administration*, 32 (12):1006-1025.

Baklien, B., Pape, H., Rossow, I., Storvoll, E. (2007): *Regionprosjektet - nyttig forebygging?* Sirius, Rapport 6/2007

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (2010) Årsrapport.

Bergsgard, N.A., Fjær, S., Nødland, S.I., Ravneberg, B. (2010): Sivilt rusarbeid – mellom statlig styring og økende mangfold. IRIS-Rapport 2010/063

Christensen, D.A. (2004): *Velferdsstat, rettighetslovgivning og lokalt selvstyre*. Rokkansenteret, Notat 19-2004.

Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land

Dahle, K.M. (2008): *Forholdet mellom stat og kommune i NAV – nyskapning eller tradisjon?* Masteroppgave våren 2008. Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap.

Dahle, K.A. og Iversen, H.H. (2011): Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Notat, april 2011.

Fimreite, A.L. (2008): *Mission impossible made possible? – Tenkning og argumentasjon bak partnerskapet mellom stat og kommune i NAV*. Rokkansenteret Notat 14-2008, Bergen.

Folkebevegelsen for lokalsykehusene (2007): *Alternativ evaluering av helsereformen*.

- Forskningsrådet (2007): *Resultatevaluering av sykehusreformen*. Oslo: Forskningsrådet.
- Grund, J. (2006): *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, T. og Ødegård, G. (2011): *Frivillige organisasjoner i en ny tid. Utfordringer og endringsprosesser*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Rapport 1 – 2011.
- Hansen, H.T. (2009): ”NAV på rett vei? En surveybasert brukerundersøkelse” *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol 12, Nr. 3.
- Hansen, T. (2005): Lokalpolitisk uavhengighet og statlig styring. I *Samspill og tillit*, NOU 2005:6.
- Hovik, S. og Lie, T. (2005) :Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste? I Opedal, S. og I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hovik, S. og S. Opedal (2005): Sykehusstruktur i endring: fra fylkeskommunal desentralisering til statlig sentralisering. I Opedal, S. og I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlseth, J. og M. Pedersen (2010): *Effektivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005 – 2009*. Trondheim: SINTEF Helsetjenesteforskning
- Klemsdal, L. (2009): Om sosialt arbeid i NAV. Utviklingsprosessen på de lokale NAV-kontorene: Veien fra reform til ny praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol 12 (3):180-191.
- Lie, T (2006): *Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune*. Rapport IRIS 2006/228
- Lie, T. (2007): *Brukerrepresentasjon i helseforetakene*. Stavanger: IRIS International Research Institute of Stavanger
- Lie, T. og Nesvåg, S. (2006): *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS 2006/227
- LOV 2009-12-18 nr 131: *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*
- LOV 2006-06-16 nr 20: *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)* (NAV-loven)
- Lundberg, K (2011): Utkast til phd-avhandling om brukererfaringer med NAV. Bergen: Uni Rokkansenteret.
- Lundeberg, I; Mjåland, K.; Nilssen, E.; Søvig, K. H.; Ravneberg, B.: Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Rapport 2/2010, Bergen: Uni Rokkansenteret
- Lunden, T.L. (2008): *NAV – Kommunen, staten og partnerskapet*. Masteroppgåve hausten 2008. Universitetet i Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap.
- Læg Reid, P., S. Opedal og I. M. Stigen (2005): The Norwegian Hospital Reform – Balancing political control and enterprise autonomy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30 (6): 1027-1064.
- Mjåland, K. (2008): *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. Masteroppgave, Sosiologisk Institutt, UiB.

Monkerud, L.C. (2008): *Det lokale Nav-kontoret: Hvilke løsninger velges?* Discussion Notat (BI) -01/2008. Oslo: BI.

NAV (2011): *Årsmelding for regnskapet 2010*

Nerland, S. M. (2007): *Effekter av sykehusreformen. Fire essay om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene.* Phd- avhandling medisinsk fakultet. Oslo: Universitetet i Oslo.

Nesvåg, S. og Lie, T. (2010): The Norwegian substance treatment reform. Between New Public management and conditions for good practice. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Vol 27 (6):655-666.

Oltedal S, Garratt A, Helgeland J. (2007): Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus - Resultater fra en nasjonal undersøkelse i 2006. PasOpp-rapport nr 01 - 2007.

Opedal, S. (2010): Helsepolitisk effektivisering: Avpolitisert styring eller politisert overstyring? (kommer)

Opedal, S. og Rommetvedt, H. (2005) Sykehus på Løvebakken. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Vol. 46 (2):99-132

Opedal, S. og Rommetvedt, H. (2005): Foretaksfrihet eller stortingsstyring? I Opedal, S. og I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen.* Bergen: Fagbokforlaget.

Opedal, S. og Rommetvedt, H. (2010) From politics to management – or more politics? Hospital reform and parliamentary questioning in Denmark, Norway and the United Kingdom. *Public Management Review* Vol. 12 (2):191-212

Opedal, S. og Stigen, I. M. (2005) (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen.* Bergen: Fagbokforlaget.

Opedal, S., Rommetvedt, H. og Vrangbæk, K. (2011) Organised interests, authority structures and political influence: Danish and Norwegian patient groups compared. (kommer).

Pedersen, M.U. (2005): Behandling av rusmiddelbrugere I Norge set fra et dansk perspektiv. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, vol 22 (2), 141-146

Rambøll (2010): *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid.* Rambøll Management Consulting, mars 2010.

Rønning, R. (2005) Den institusjonelle ydmykingen. *Nordisk sosialt arbeid* Nr. 2:111-121.

Sivesind, K.H. (2008): *Halvveis til Soria Moria. Ikke-komersielle velferdstjenester, politikkenes blinde flekk?* ISF, Rapport 2008:3.

Skretting, A. (2005): Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukerne et bedre behandlingstilbud? *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, Vol 22 (2): 125-140

Skretting, A. (2010): Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere – noen utviklingstrekk. *Fortid* 4/2010. (<http://www.sirus.no/Tjenestetilbudet+til+rusmiddelmissbrukere+-+noen+utviklingstrekk.d25-SMRbU0l.ips>)



Sosial og helsedirektoratet (2004): Kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere. Forslag til kvalitetsstrategi fra en arbeidsgruppe, desember 2004.

Stigen, I. M (2005): Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse. I Opedal, S. og I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Stigen, I. M., N. Finstad, T. Gjernes og D. Torjesen (2005): Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill? I Opedal, S. og I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: fagbokforlaget.

St.prp. nr. 46 (2004-2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*

Tjerbo, T. (2009): The politics of local hospital reforms: a case study of hospital reorganization following the 2002 Norwegian hospital reform. *Health Service Research*, Vol. 9 (1): 212-224

Tjerbo, T. og T. Hagen (2005): ”Harde” og ”myke” budsjettsskranke og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling. I Opedal, S. og I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

[www.stortinget.no](http://www.stortinget.no): Inst. 297 S (2010-2011) om helhetlig gjennomgang av brudd på lovfestede rettigheter

Aars, J. og Christensen, D.A. (2011): *Styring og kontroll av partnerskap: De lokale NAV-avtalene*. Uni Rokkansenteret Notat 1-2011, Bergen.

Aars, J., Christensen, D.A. og H.T. Hansen (2011): ”Har utformingen av lokale NAV-avtaler betydning for brukernes tilfredshet?” Upublisert artikkel.