

Ann Karin T. Holmen, Ståle Opedal, Anne
Hemme og Dag Arne Christensen

**«Hvis kommunen ikke fantes»:
Konsekvenser ved økt
statliggjøring av kommunens
velferdstjenester**

Rapport IRIS - 2012/136

Prosjektnummer: 7252282

Prosjektets tittel: «Hvis kommunen ikke fantes»

Oppdragsgiver: KS, Kommunesektorens organisasjon

ISBN:978-82-490-0789-9

Gradering: Åpen

Stavanger, 31.09.2012

Ann Karin T. Holmen 8/10-12 Arild A. Farsund 8/10-12
(Ann Karin T. Holmen) Sign.dato (Arild A. Farsund) Sign.dato
Prosjektleder Kvalitetssikrer

Einar Leknes 8/10-012
(Einar Leknes) Sign.dato
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

Forord

FoU – prosjektet “Hvis kommunen ikke fantes” har blitt gjennomført i et samarbeid mellom IRIS og Uni-Rokkansenteret på oppdrag for KS (Kommunesektorens organisasjon). Målet med prosjektet har vært å øke forståelsen av utviklingstrekkene i forholdet mellom stat og kommune. Spesielt har det blitt fokusert på økt statliggjøring av velferdsoppgavene barnehage, skole, helse og omsorg i kommunene og konsekvenser av dette. Vårt oppdrag var ut fra denne målsetning å skissere mulige idealmodeller for stat-kommunene forholdet og tenkelige konsekvenser av organiseringen.

Denne rapporten gjør rede for alle delene av prosjektet og idealmodellene som har blitt utviklet gjennom prosjektperioden. Vi gjør likevel oppmerksom på at det også foreligger flere notater som kan supplere denne rapporten. Disse har blitt gjort tilgjengelig for oppdragsgiver og er som følger:

- a) Fjær, S., A.D. Homme og A.K.T. Holmen (2011) *Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reforme å lære av. Erfaringer fra Sykehusreformen, Rusreformen og NAV-reformen*. Stavanger: IRIS Arbeidsnotat 2011/092.
- b) Christensen, D.A. (2011) *Kommunenes betydning for tilfredshet med utvalgte kommunale velferdstjenester*. Bergen: Notat Uni Research september.
- c) Rårapport E-lab workshop 1: 16. November 2012 Gardemoen. **Ikke til distribusjon**
- d) Rårapport E-lab workshop 2: 28. Mars 2012 Stavanger. **Ikke til distribusjon**

Vi har forsøkt å gjøre et koplekst materiale leservennlig ved å lage oppsummeringer underveis i rapporten. Alle modellene har et eget oppsummeringskapittel som komprimerer og sammenfatter de viktigste elementer i hver av modellene. Det anbefales likevel å få med seg sitatene og de mer detaljerte synspunkter innenfor modellene. De er både kloke og spennende. Et oppsummerende kapittel finnes også for kapittel 3 som beskriver organisering av tjenesteområdene i kommune-Norge.

Dette eksperimentelle utviklingsprosjektet hadde ikke vært mulig uten gode hjelpere. Spesielt vil vi trekke frem deltakere på de to elektroniske laboratorium (E-lab) som vi arrangerte i november 2011 og mars 2012. Her fikk vi respons på modellene, som ga viktige innspill til potensielle konsekvenser av modellene. Likevel var det engasjementet fra disse dyktige personene som inspirerer et forskerhjerter og som vi vil huske i etterkant. Takk også til Barclay Stevenson som gjorde dette verktøyet levende for oss.

Videre vil vi takke KS, og da spesielt Yngve Carlsson, Frode Lindtvedt og Jon Anders Drøpping for et godt og givende samarbeid. Alle personer som har vært involvert i prosjektet har påvirket fremstillingen av modellene og analysene. Det er likevel vi som står ansvarlig for innholdet i rapporten.

Stavanger 7. september 2012

Ann Karin Tennås Holmen
Prosjektleder

Innhold

Sammendrag.....	v
English summary.....	xi
1 INTRODUKSJON.....	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	2
1.2 Utviklingen i forholdet mellom stat og kommune	4
1.2.1 Tre reformer: Markører for endring i stat-kommune forholdet	5
1.2.2 Oppfatninger om utviklingstrekk i stat-kommuneforholdet.....	7
1.3 Modeller og konsekvenser av økt statliggjøring.....	9
1.3.1 Modellene	9
1.3.2 Konsekvensene	13
1.4 Rapportens oppbygning	15
2 DESIGN OG FREMGANGSMÅTE	17
2.1 Prosjektdesign	18
2.2 Datasett	19
2.2.1 Datasett A: Kunnskapsstatus reformer	19
2.2.2 Datasett B: Kunnskapsgrunnlag velferdstjenester i dag	20
2.2.3 Datasett C: E-lab	21
2.3 Anvendelse av datamaterialet.....	23
3 ORGANISERING AV TJENESTEOMRÅDER I KOMMUNE-NORGE.....	26
3.1 Barnehagen.....	26
3.1.1 Demokratisk dimensjonen	26
3.1.2 Stat-kommunerelasjon	28
3.1.3 Territoriell-/funksjonell dimensjon	28
3.1.4 Innbyggernes vurdering av tjenestetilbudet	29
3.1.5 Internasjonale erfaringer.....	30
3.2 Grunnskolen	31
3.2.1 Demokratisk dimensjon.....	31
3.2.2 Stat-kommunerelasjon	32
3.2.3 Territoriell-/funksjonell dimensjon	33
3.2.4 Innbyggernes vurderinger av tjenestetilbudet.....	35
3.2.5 Internasjonale erfaringer.....	36
3.3 Helse og omsorg	38
3.3.1 Demokratisk dimensjon.....	40
3.3.2 Stat-kommunerelasjon	41

3.3.3	Territoriell-/funksjonell dimensjon	43
3.3.4	Innbyggernes vurderinger av tjenestetilbudet.....	44
3.3.5	Internasjonale erfaringer.....	44
3.4	Oppsummering: Organisering av velferdstjenestene i kommune-Norge	50
4	INTEGRASJONSMODELLEN	55
4.1	Integrasjonsmodellen prinsipielt.....	55
4.2	Fortellingen om Integrasjonsmodellen	56
4.3	Synspunkter på integrasjonsmodellen	58
4.4	Integrasjonsmodellens konsekvenser	60
4.4.1	Konsekvenser for likhet og likeverdighet	61
4.4.2	Konsekvenser for prioriteringseffektivitet.....	64
4.4.3	Konsekvenser for deltakelse i politikkkutformingen	66
4.4.4	Konsekvenser for ansvars plassering	68
4.5	Oppsummering av integrasjonsmodellen	69
5	OMRÅDEMODELLEN	73
5.1	Områdemodellen prinsipielt	73
5.2	Fortellingen om Områdemodellen	75
5.3	Synspunkter på områdemodellen	78
5.4	Områdemodellens konsekvenser	80
5.4.1	Konsekvenser for likhet og likeverdighet	80
5.4.2	Konsekvenser for prioriteringseffektivitet	83
5.4.3	Konsekvenser for deltakelse i politikkkutformingen.....	85
5.4.4	Konsekvenser for ansvars plassering	87
5.5	Oppsummering av områdemodellen.....	89
6	STATLIG SEKTORMODELL.....	93
6.1	Statlig sektormodell prinsipielt.....	93
6.2	Fortellingen om den Statlige sektormodell	95
6.3	Synspunkter på den statlige sektormodellen	97
6.4	Sektormodellens konsekvenser	98
6.4.1	Konsekvenser for likhet og likeverdighet	98
6.4.2	Konsekvenser for prioriteringseffektivitet	101
6.4.3	Konsekvenser for deltakelse i politikkkutformingen.....	103
6.4.4	Konsekvenser for ansvars plassering	105
6.5	Oppsummering av den statlige sektormodellen	106
7	KOMMUNEMODELLEN	109

7.1	Kommunemodellen prinsipielt	109
7.2	Fortelling om kommunemodellen	110
7.3	Synspunkter på kommunemodellen	111
7.4	Kommunemodellens konsekvenser	112
7.5	Oppsummering av kommunemodellen.....	113
8	«HVIS KOMMUNEN IKKE FANTES»: OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJON	115
8.1	Oppsummering av modellenes hovedprinsipper for organisering.....	115
8.1.1	Likheter og klare forskjeller mellom de ulike modellene.....	117
8.2	Konsekvenser av økt statliggjøring.....	118
8.3	Konsekvenser for motsatt utvikling – økt kommunalisering.....	122
8.4	Modellenes realiserbarhet og ønskelighet ut fra dagens situasjon	123
8.5	Alternative løsninger i produksjon av velferdstjenester	126
8.6	Et ideelt forhold mellom stat og kommune?.....	129
9	REFERANSER	133
	APPENDIX 1 DELTAKERE VED E- LAB	136

Sammendrag

Samspeillet mellom stat og kommune er i kontinuerlig endring. Reformen i sentrale velferdstjenester bidrar til spenninger mellom statens mål om likebehandling og kommunens ønske om selvstyre og lokal tilpasning. Dette er med på å skape dynamikk i stat-kommuneforholdet. Denne dynamikken etterspør et behov for å studere hva som skjer og diskutere om det finnes alternative måter å organisere forholdet på. I prosjektet "Hvis kommunen ikke fantes" er det satt fokus på spenningsforholdet mellom stat og kommune på sentrale velferdsområder som skole, barnehager, helse og omsorg. Det redegjøres for utviklingen på disse områdene, men den viktigste oppgaven har vært å identifisere og konkretisere alternative modeller til dagens organisering av stat-kommuneforholdet på disse viktige velferdsområdene. Prosjektet har hatt en todelt målsetning:

- a) Utvikle idealmodeller som illustrerer hvordan staten kan ta et større ansvar for disse kommunale velferdstjenestene ved ulike former for økt statliggjøring. I tillegg skisseres et alternativ til en slik utvikling gjennom en modell for økt kommunalisering.
- b) Anvende idealmodellene ved å diskutere potensielle konsekvenser av at staten tar et større ansvar for skole, barnehager, helse og omsorg.

Idealmodellene er utviklet langs et kontinuum hvor staten i økende grad styrer og forvalter nåværende kommunale velferdstjenestene. Hva slags modeller kan tenkes til dagens stat-kommunemodell? Hva slags konsekvenser kan det få om staten i stadig sterkere grad velger å styre, eventuelt overtar, skole, barnehager, helse og omsorg? Hva om utviklingen snus, og kommunene får mer innflytelse og styring med disse sentrale velferdstjenestene?

I prosjektet er det konstruert tre idealmodeller for økt statliggjøring, *integrasjonsmodellen*, den *statlige områdemodellen* og den *statlige sektormodellen*. Dessuten har vi pekt på sentrale elementer i det vi har kalt *kommunemodellen*. Modellene er bygget opp langs tre organisatoriske dimensjoner som tar utgangspunkt i prinsipielle trekk ved stat-kommuneforholdet i dag: A) *Den demokratiske dimensjon* tar for seg organisatoriske prinsipper for hvordan politiske ytringer og befolkningens preferanser kan komme til uttrykk i ulike idealmodeller. B) *Stat/kommunereelasjonen* viser prinsipper for sentral styring og lokalt handlingsrom og hvordan dette balanseforholdet reguleres gjennom ansvarsfordeling og samspeillet mellom stat og kommune. C) *Den territoriale/funksjonelle dimensjonen* viser prinsipper for hvordan løsning og samordning av velferdsoppgaver kan skje innenfor ulike geografiske områder eller ved sektorvis organisering hvor den geografiske dimensjonen er tonet ned.

Konstruksjonen av idealmodellene er basert på ulike datasett. Erfaringer fra norske velferdsreformer og fra sammenliknbare land, er brukt i utviklingen av modellene og til dels i vurderinger av modellenes konsekvenser. Den viktigste kilden for å uteske konsekvenser av de ulike modellene har vært to elektroniske laboratorier (E-lab). Disse ble arrangert som én dags arbeidssesjoner hvor svært kunnskapsrike og erfarne deltakere fra hele landet ble samlet for kritisk å vurdere modellene og diskutere tenkelige konsekvenser. Dataene fra disse samlingene

utgjør et omfattende materiale og preger derfor diskusjonen av de tenkelige konsekvenser av modellene.

Ved hjelp av datasettene har modellene blitt utviklet, bygd ut og klargjort. Fortellinger med utgangspunkt i den enkelte modell er brukt for å fremprovosere debatt og respons. Fortellingene dannet også opptakten til å diskutere konsekvenser. Diskusjonen av konsekvenser tok utgangspunkt i sentrale verdier forbundet med statlig styring og kommunalt selvstyre: 1) *Likhet og likeverd* peker på hvordan tjenester standardiseres og/eller tilpasses til brukeren i de ulike modellene. 2) *Prioriteringseffektivitet* peker på hvorvidt tjenester leveres i tråd med lokale ønsker og behov i de ulike idealmodellene. 3) *Deltakelse* viser til hvordan borgeren kan påvirke beslutninger i politikikutformingen i de ulike modellene. 4) *Ansvars plassering* viser til hvordan ansvarlinjer utformes i idealmodellene og hvordan de ansvarlige kan holdes ansvarlig. De tre organisatoriske dimensjonene og de fire mulige konsekvensene, ble valgt for å etablere forenklede kategorier som kunne strukturere diskusjonen rundt idealmodellene. Modellenes strukturelle hovedtrekk og potensielle konsekvenser kan oppsummeres som følger:

Integrasjonsmodellen beskriver en situasjon hvor velferdstjenestene skole, barnehager, helse og omsorg fortsatt er på kommunale hender, men hvor kommunene har liten handlefrihet til både å velge mål og virkemidler. Rammestyring som prinsipp er erstattet med mer målrettet og detaljert statlig styring. Lokalpolitikkerne har få muligheter til å gjøre egne prioriteringer og tilpasse den statlige politikken til lokale forhold. I stedet har det vokst fram tette forbindelser mellom kommunale og statlige sektoradministrasjoner, som sammen med brukerorganisasjonene, har stor innflytelse på innholdet i velferdstjenestene. Kommunen er fortsatt formelt ansvarlig for skole, barnehager, helse og omsorg, og er arbeidsgiver for de ansatte i disse tjenestene. Kommunen eier lokaler og bygninger og har det overordnede ansvaret for at innbyggerne får de tjenester de har rett på. Brukerutvalg er opprettet ved mange av tjenestestedene der brukerne (eller deres pårørende) påser at de får tilgang på de lovfestede rettigheter som Stortinget har fastsatt. *Mulige konsekvenser:* Integrasjonsmodellen ble av mange av deltakerne i E-labene ansett som nærmest et uunngåelig resultat av en utvikling som har pågått lenge. Andre mente at vi allerede har en modell som ligner på integrasjonsmodellen. Denne utviklingen mente mange ville ha negative konsekvenser for likeverdighet og prioriteringseffektivitet ved at tjenestene i større grad standardiseres og reduserer muligheten for lokale og individuelle tilpasninger. Økt byråkratisering i form av rapportering, tilsyn og kontroll – særlig på skolefeltet, var og en uønsket konsekvens som ble fremhevet. Innenfor helse og omsorg ble likevel økt standardisering betraktet som en positiv utvikling uten at det ville gå utover prioriteringseffektiviteten. Det ble også argumentert for at lokaldemokratiet ville bli ytterligere svekket med integrasjonsmodellen, og at det ville vokse fram andre former for deltakelse mellom lokalsamfunn og kommunen (eksempelvis økt lobbyvirksomhet). Spesielt ville ulike brukergrupper knyttet til tjenestene bli viktige i denne modellen. Både redusert lokal frihet og en ansvarsforskyvning i retning staten, ble sett på som faktorer som ville svekke det

lokale politiske engasjementet og gjøre det mindre relevant for innbyggerne å stille lokalpolitikere til ansvar. Integrasjonsmodellen ble og vurdert som utfordrende med tanke på ansvars plassering. Samstyring mellom kommunalt og statlig nivå kan skape et komplekst styringssystem som fører til uklare ansvarsforhold.

Den statlige områdemodellen beskriver en situasjon hvor det lokale folkestyret fjernes på velferdsområdene skole, barnehager, helse og omsorg. Fra å ha vært et delt politisk ansvar mellom stat og kommune, har nå Stortinget og regjeringen fått det fulle ansvaret for å utforme velferdspolitikken og påse at den blir iverksatt som intendert. Velferdstjenestene er organiserte i fylkesvise og kommunevise områdeadministrasjoner ledet av henholdsvis regionale og lokale områdesjefer. De regionale områdesjefenes oppgave er å formidle og iverksette statlig politikk og de er ansvarlige for eierstyring og "bestilling" overfor de lokale områdesjefene. De lokale områdesjefene (som har ansvar for de lokale tjenestene, skoler, barnehager, helse og omsorg) har relativt stor frihet til å velge sine "utførere" og har anledning til å organisere tjenestene innenfor rammen av bestilling og resultatkrav. Den lokale områdesjefen er også ansvarlig for å samordne de statlige velferdstjenestene med relevante, gjenværende tjenester i kommunen. Tilsyns- og kontrollvirksomheten er skjerpet og skjer gjennom Fylkesmannen og uavhengige statlige tilsyn. Det at det lokale selvstyret og den politiske handlefriheten er tatt bort i områdemodellen, betyr at det er mindre interesse blant lokalsamfunnsaktører, interessegrupper, brukere etc., for å hevde sine interesser lokalt. *Mulige konsekvenser:* Den statlige områdemodellen ble møtt med skepsis av e-lab deltakerne. Enkelte trakk fram at det ville bli enklere å standardisere velferdstjenestene, både som følge av det statlige eierskapet og mer utstrakt rettighetslovgivning, men mange mente at den lokale tilpasningen (likeverdighet) av tjenestene til lokale og individuelle behov ville bli dårligere, altså svekke prioriteringseffektiviteten. Det ble rettet skepsis til områdesjefenes posisjon og flere var usikker på om modellen faktisk ville føre til likhet på grunn av den lange styringskjeden og områdesjefens handlingsfrihet. Konsekvensen for deltakelsen ville imidlertid være nye former for brukermedvirkning og mer aksjonistiske former for lokal påvirkning, noe som kunne sikre at områdeadministrasjonene ble mer sensitive og åpne for impulser og krav utenfra. Den største bekymringen var for stor makt til byråkratiet og administrative "småkonger", som ble omtalt som "administrasjonspartiet". Sammen med stor avstand til sentrale beslutningstakere i regjering og Storting var det bekymring for at dette ville forsterke brukernes opplevelse av avmakt. En slik utvikling ville føre til reduserte mulighetene for eksterne aktører å få innflytelse på saker og beslutninger. Unntaket her ville være sterke og velorganiserte brukergrupper. Mye av argumentasjonen mot områdemodellen tok utgangspunkt i et brukerperspektiv. Langt færre tok utgangspunkt i et lokaldemokratisk perspektiv i den forstand at folkestyret har en verdi i seg selv. I den grad dette perspektivet gjorde seg gjeldende, ble det argumentert med at lokalpolitikere utgjør et korrektiv for administrasjonen, at de har en ombudsrolle i forhold til innbyggerne, at de sikrer åpenhet rundt ulike beslutningsprosesser og at de ivaretar svake grupper i lokalsamfunnet. Med områdemodellen ville disse mekanismene falle bort, noe enkelte så som problematisk.

Den statlige sektormodellen beskriver en situasjon der kommunene er fritatt for de store velferdsoppgavene, slik som helse og omsorg, skole og barnehager. Staten styrer målrettet og detaljert gjennom sektorvise «velferdssøyler». Selv om det er rom for skjønn i tjenesteytingen, er likhet forstått som standardisering av tjenester et sentralt mål. Alle har rett på det samme tjenestetilbudet uavhengig av hvilken kommune de bor i. Endringer i det territoriale landskapet gjør at velferdstjenestene er iverksatt ut fra regionale sektoradministrasjoner som nå tilsvare fem landsdelsregioner, mens det lokale nivået er organisert rundt en befolkningsmasse på ca. 10 000 innbyggere. Dette innebærer at etatssjefene innenfor de enkelte tjenestene rapporterer til regionalnivået og videre til statsforvaltningen. Brukerorganisasjoner og -råd er i tillegg til nasjonale valg de viktigste deltakerdemokratiske kanalene for innbyggere som benytter seg av velferdstjenestene. *Mulige konsekvenser:* Den statlige sektormodellen ble vurdert å fremme standardisering, men hemme likeverdighet, det vil si lokal tilpasning til brukernes behov. Sektorisering og standardisering ble av flere sett på som positivt for ansatte og profesjoner i tjenestene, fordi det ville gi like arbeidsbetingelser og fremme kompetanseheving. Når det gjelder prioriteringseffektivitet var flesteparten opptatt av at tjenestene ville bli mer tungroddede med økt vekt på rapportering, testing og kontroll. Andre pekte på at dette også kunne føre til smidigere tjenesteutøvelse ved at tjenestene valgte felles administrative løsninger. Mange mente at deltakerdemokratiet ville bli amputert gjennom sektormodellen og at brukerinteressene ville måtte hevdes innenfor andre kanaler enn valgkanalen. Det ble imidlertid også påpekt at rommet for lokaldemokrati kan oppfattes som større fordi kommunen har blitt avlastet for de tunge velferdsoppgavene og ville kunne konsentrere seg om rene, lokale spørsmål. Ansvarsforskyvning fra kommune til stat ble på den ene siden vurdert som en klargjøring av ansvarsforhold. På den andre siden mente deltakerne at sektorisering ville gi ansvarspulverisering for brukere som er avhengig av flere typer tjenester.

Kommunemodellen skisserer en situasjon der staten har trukket seg tilbake, og hvor kommunal autonomi er styrket gjennom økt handlingsrom og handlingsmuligheter. Økt ansvar og handlingsrom for velferdstjenestene skole, barnehage, helse og omsorg gir lokalpolitikken en renessanse. Lokaldemokratiet er på denne måten styrket, samtidig som det stilles større krav til lokalpolitikkerne som nå må ta et større ansvar for å holde orden i eget hus. En viktig faktor i kommunemodellen er større kommuner. Store, nye kommuner kan gjøre det mulig å håndtere flere og større oppgaver. *Mulige konsekvenser:* Kommunemodellen ble møtt med både optimisme og skepsis. Vitalisering av lokaldemokratiet ble betraktet som positivt, men det ble uttrykt skepsis til mer lokale beslutninger, særlig mht. sikring av de svakeste gruppene i lokalsamfunnet. Til tross for økt mulighet for lokalt tilpassede tjenester, ble det stilt spørsmål ved om dette bidrar til bedre tjenester i forhold til kvalitet. Et bredt kommunalt ansvar i kommunemodellen gjorde at enkelte stilte spørsmål ved om lokalpolitikkerne var i stand til å ta på seg dette ansvaret. Det ble imidlertid pekt på at ansvarsplasseringen kunne bli tydeligere i denne modellen slik at det ville bli lettere for velgerne å stille de folkevalgte til ansvar.

Idealmodellene som er utviklet gjennom prosjektet gir perspektiver på at det finnes mange ulike måter å organisere velferdstjenestene på. I dette prosjektet er det hovedsakelig fokusert på modeller for økt statliggjøring. Modellene som er utviklet i prosjektet setter i sentrum det dynamiske forholdet mellom stat og kommune og de styringsdilemmaene som kan oppstå. Slike dilemmaer oppstår i stor grad fordi statlige og kommunale verdier og mål ikke alltid lar seg forene. Erfaringene fra dette prosjektet er at disse dilemmaene neppe lar seg reformere bort. En kan vinne noe, men tape noe annet om en velger den ene eller andre modellen. Det er et spørsmål om prioritering. Dagens stat-kommunemodell får ganske godt skussmål av E-lab deltakerne og blir oppfattet som robust, samtidig som den er fleksibel og tilpasningsdyktig. De sentrale forslagene til forbedringer av dagens modell peker i retning av å utvikle et mer samsnakkende, samstyrende og samhandlende stat-kommuneforhold. Også større kommuner som kan håndtere bredden av velferdstjenester blir trukket fram som en løsning sammen med et styrket folkestyre og et redusert kommunalt og statlig byråkrati.

Dette prosjektet gir en erkjennelse av at det ikke finnes én løsning på forholdet mellom stat og kommune, men at det kontinuerlig må søkes etter bedre løsninger innenfor et velferdssamfunn som hele tiden endrer seg. Dermed koker det i stor grad ned til hvilke verdier en ønsker å ivareta gjennom stat-kommuneforholdet. Dette er i høyeste grad et politisk spørsmål.

English summary

The project "Whitout the municipality" focus on the tension between central and local government on key welfare areas such as schools, kindergartens, health and care. We account for the developments in these areas, but the main task has been to identify and specify alternative models to the current organization of state-local relations in these key welfare areas. The project had a twofold objective: 1) To develop ideal models that illustrate how the state can take greater responsibility for municipal welfare services. In addition outline an alternative to such a development through a model of increased responsibility to the local level. 2) Apply the ideal models by discussing the potential impact of the government to take greater responsibility for school, day care, health and care.

Three ideal models are constructed: *The integration model* describes a situation where local authorities have little autonomy both in selecting targets and instruments. The state governs targeted and detailed. *The state district model* describes a situation where the local democracy is replaced by county or municipal district administrations. *The public sector model* describes a situation where the current municipality does not longer exist. Municipalities are released from major tasks and the state governs through detailed sectorial "pillars". Additionally to these models, a *municipality model* are constructed. In this model, the municipality has both multiple tasks, but also greater responsibility for the production of welfare services. The state has a less prominent role.

For each of the models consequences for equality / equivalence, priority-efficiency, participation and accountability are assessed. All of the models question the dynamic relationship between central and local government and the management dilemmas that may arise. Differences in state and local values and goals cause these dilemmas which is not always possible to reconcile.

Experiences from this project imply that these differences hardly can be solved by a (another) reform. The state-municipality model of today are getting pretty good testimonials and are perceived as robust, in addition to being flexible and adaptable. Still, key proposals for improvements to the current model point towards developing a stronger collaborative state-municipal relationship based on a solid multileveled democracy. Also larger municipalities which are able to handle the width of welfare services have been identified as a solution. Additionally it is argued for strengthening of the political arena together with a reduced municipal and state bureaucracy.

This project provides a realization that there is no "one and only solution" to a balancing relationship between central and local government. Rather there is a continually search for better solutions in a welfare society that is in constant change. In this search it depends on what values one wishes to promote through state-local relationship. This is very much a political issue.

1 Introduksjon

Hva hvis kommunens oppgaver og ansvar for barnehage, skole, helse og omsorgstjenester ble preget av økt statliggjøring...

Hvordan ville velferdstjenestene da organiseres og hvilke konsekvenser ville vi oppleve?

I dag utformes velferdsstatens tjenester i felleskap mellom staten, kommunene og velferdsprofesjonene. Dette fellesskapet kjennetegnes ikke bare av samarbeid, men også av spenninger. Spesielt brytes verdier knyttet til kommunene og verdier knyttet til velferdsstatens målsettinger ustanselig mot hverandre. Er den statlige styringen av velferdstjenestene forenelig med lokaldemokratiets verdier? Er det mulig i en voksende tjenesteintensiv velferdsstat å fremme både nasjonal integrasjon og lokalt handlingsrom?

Denne rapporten diskuterer konsekvensene ved økt statliggjøring av velferdstjenestene - sett i forhold til en situasjon der kommunene beholder eller får større ansvar for oppgavene. Vil økt statlig styring bidra til å løse opp i disse spenningene? Rapporten skisserer tre konkrete og modeller for økt statliggjøring, samt en modell for økt kommunalisering. Modellene utsettes for empirisk diskusjon blant velferdsstatens yrkesutøvere både nasjonalt, regionalt og lokalt. Oppfattes modellene som realistiske? Er de ønskelige? Hvilke styringsformer – fra sentral stat til ”lokal stat” – er de mest sannsynlige? Hvilke konsekvenser kan de tenkes å ha i forhold til likhet/likeverdighet, brukertilpasning og tilfredshet (prioriteringseffektivitet), ansvarliggjøring og deltakelse Hva mister vi om staten tar sterkere styring med velferdstjenestene?

Dette kapitlet gjør rede for bakgrunnen for prosjektet, skisserer de tre modellene for økt statliggjøring av velferdstjenestene og redegjør for organiserings- og effektdimensjonene som ligger bak modellene.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Den norske (og nordiske) velferdsmodellen er kjennetegnet av universelle velferdsytelser uavhengig av betalingsevne. Hovedansvaret er lagt til det offentlige og overføringer og tjenester er hovedsakelig finansiert via skatteseddelen (Esping-Andersen 1999, Christensen 2011). Et viktig kjennetegn ved den nordiske velferdsmodellen er at staten og kommunene er i en allianse om utformingen av velferdspolitikken. Det er i kommunene brukerne av tjenestene bor, og det er i kommunene nye velferdsreformer blir praktisk politikk. Det er bred enighet om at kommunene spiller en viktig rolle i utviklingen av velferdsytelsene og oppslutningen om prinsippene bak velferdsstaten er tilsvarende sterk. Kommunene har i dag en bred og tung oppgaveportefølje, med ansvaret for sentrale velferdstjenester som barnehager, grunnskoler, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Det er disse tjenesteområdene som er gjenstand for analyse i denne sammenheng. Videre har kommunen ansvaret for bibliotek, ulike kulturtiltak, brannvern, havner, kommunale veier, lokalt miljøvern og renovasjon. Kommunene har også ansvaret for planlegging og tilrettelegging for bruk av areal, som tilrettelegging for næringstomter og boligbygging. De har også store forvaltningsoppgaver knyttet til bl.a. landbruk og behandling av byggesaker (NOU 2012:1). De sist nevnte oppgavene er ikke et tema i denne rapporten¹.

Forholdet mellom stat og kommune er imidlertid preget av både samarbeid og spenning. Ideelt sett er forholdet et partnerskap basert på en gjensidig avhengighet, tillit og respekt (Meld. St. nr. 23 (92-93)), hvor oppgaver må løses sammen. Utfordringen er imidlertid å sikre et godt samspill og et vern av kommunens rett til frihet i oppgaveløsningen (NOU 2005:6, Meld. St.nr. 23 (92-93)).

Både det lokale selvstyret og velferdsstaten er moralske prosjekter som har en sterk verdimelessig forankring. Det klassiske verdigrunnlaget for et lokalt selvstyre er tredelt: demokrati, frihet og effektivitet. *Demokrativerdien* knyttes sterkt til lokalpolitisk borgerdeltakelse. Videre er lokaldemokratiet en skole og rekrutteringskanal for rikspolitikken. Til sist er demokrativerdien knyttet til nærhet mellom innbyggere og folkevalgte. *Frihetsverdien* knyttes til a) lokalpolitikernes mulighet til å prioritere og tilpasse iverksettingen av statlig politikk til de lokale forhold (frihet fra) og b) at kommunen kan ta på seg oppgaver som ved lov ikke er lagt til andre organer (frihet til). *Effektivitetsverdien* fremhever at lokalt ansvar gir effektivitetsgevinster som statlig styring ikke vil kunne ta ut (såkalt prioriteringseffektivitet). Lokalkunnskap sikrer effektiv tjenesteforvaltning og et tjenestetilbud som kan tilpasses det enkelte menneske på tvers av sektorene (Grønlie 2004, NOU 2005:6:20, Meld. St. nr.12 (2011-2012)).

Staten har et bredt spekter av målsetninger og enkelte av disse avgrenser friheten til kommunene og fylkeskommunene. Målet for statlig styring er relatert til likhet

¹ I forbindelse med modellene er disse tjenestene referert til som «restkommunen».

og likeverd, rettssikkerhet og hensyn til nasjonaløkonomien. Målet om *likhet og likeverd* fremhever det todelte ansvaret staten har i å tilby like tjenester uavhengig av hvor en er bosatt (likhet), samtidig som tjenestene ikke nødvendigvis må ha samme form, innhold og omfang i alle kommuner. Dette innebærer at kommunene må settes i stand til å tilby en minstestandard om likeverdige tjenester gjennom tilstrekkelig økonomiske ressurser. Målet om *rettsikkerhet* skal sikre at den enkelte innbygger ikke blir vilkårlig behandlet av forvaltningen, og at en får det en har krav på i følge lovverket. Målet om *makroøkonomisk styring* er knyttet til at kommunen utgjør en betydelig del av offentlig forvaltning, og de kommunale finanser har direkte konsekvenser for den nasjonale økonomien.

Samlet sett utgjør de kommunale selstyreverdiene og de statlige mål to sett av argumenter. I følge Bernt (2001:41) er det snakk om et møte mellom to styringsparadigmer: a) det lokale selvstyreidealet som vil avskaffe standardkrav – altså lokal autonomi, og b) klassisk velferdstenkning som mener standarder under et visst minimumsnivå strider mot grunnleggende velferdsstatlige verdier.

Spenningsforholdet mellom nasjonale hensyn og verdier for det kommunale selvstyret, fører derfor til en kontinuerlig diskusjon rundt oppgave- og ansvarsfordeling mellom det sentrale og det lokale nivå. Ser vi litt tilbake i tid og trekker frem noen viktige utviklingstrekk i forholdet mellom stat og kommune bare de siste 30 år, er det tydelig hvordan dette spenningsforholdet kommer til uttrykk gjennom reformer, forsøk og forflytting av ansvar og oppgaver. Det er høyst relevant å diskutere mulige utviklingstrekk i dette kontinuerlige spenningsforholdet for å sonde et stat-kommuneforhold som preges av likeverdighet, samspill og tillit (NOU 2005:6). Det er dette spenningsforholdet vi i denne rapporten tar tak i ved å utvikle idealmodeller hvor det statlige ansvaret for velferdsoppgavene stadig blir større, og mulige konsekvenser av denne utviklingen². Idealmodellene³ er utviklet ved hjelp av erfaringer fra sentrale nasjonale reformer samt erfaringer fra andre land. For å identifisere potensielle konsekvenser av idealmodellene har elektronisk laboratorium (E-lab)⁴ vært en viktig datakilde. Her har sentrale personer med bred erfaring fra ulike sektorer og nivå i styringskjeden deltatt og bidratt til en kritisk debatt rundt idealmodellene.

Parallelt med dette prosjektet har det vært utviklet scenarier for kommunesektoren (Selstad mfl. 2012). Her har tilsvarende problemstillinger blitt berørt. Selv om flere problemstillinger er overlappende, har prosjektene ikke vært

2 Rapporten tar for seg kommunen. Fylkeskommunen dekkes ikke særskilt, selv om også den vil påvirkes av økt statliggjøring

3 *Idealmodell* er i denne sammenheng forstått som en modell som bevisst er helt eller delvis uvirkelig og rendyrket, altså ideal. Samtidig tjener idealmodellene til å klassifisere virkelighetens mangfold. De er m.a.o ikke årsaksforklaringer, men kan fungere som nødvendige hjelpemiddel for å etablere hypoteser om konkrete årsakssammenhenger i den virkelige verden (basert på Webers forståelse av idealtyper). Idealmodellene omtales i rapporten også som modeller

4 Elektronisk laboratorium (E-lab) omtales utfyllende i kapittel 2.2.3

samordnet. I scenarioprojektet har det blitt tegnet tre mulige scenarioer av kommune-Norge, og det gis en bred fortelling om kommunens rolle og oppgaver innenfor rammene av en scenarisk fremtidskontekst. Scenarioene er utviklet ved hjelp av grunnleggende utfordringer som vi ser i dag og sentrale drivkrefter som antas å påvirke kommunenes framtid. Prosjektet «Hvis kommunen ikke fantes» berører mer spesifikt forholdet mellom stat og kommune og hvordan ansvar og oppgaver løses innenfor de tyngste tjenesteområdene, helse og omsorg, barnehage og skole. Idealmodellene er videre brukt som et grunnlag for å diskutere potensielle konsekvenser for de respektive sektorene. Konsekvensene er diskutert i forum (E-lab) bestående av erfarne og kyndige ressurspersoner tilhørende ulike nivåer, roller og sektorer i styringskjeden. På denne måten har disse to prosjektene en rekke overlappende elementer, men og ulikt fokus.

1.2 Utviklingen i forholdet mellom stat og kommune

Stat-kommunerelasjonen har tradisjonelt vært 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. Likevel har den faktiske rolle- og ansvarsfordeling mellom stat og kommune endret seg betraktelig over tid, noe som kort kan oppsummeres gjennom kommunens endrede roller.

Grønlie (2004) fremhever den sterke *Velferdskommunen* i etterkrigstiden frem til 1970-tallet, hvor kommunene fikk ansvar for å iverksette stadig flere offentlige velferdsgoder. Han mener det fremste kjennetegnet her var kommunale initiativ for velferdsproduksjon ut fra lokale behov. I denne perioden var staten lite aktiv, mens kommunene opptrådte som velferdspionerer. Både det kommunale *handlingsrommet* (utvikle nye velferdsoppgaver) og *handlingsmulighetene* (påvirke retning og innhold i oppgavene) var på denne tiden store (jf. Hansen 2004). Det samme gjaldt friheten i virkemiddelbruken, eller kommunenes *handlingsevne*. Fra 1970 og tiårene som følger, overtar *Forvaltningskommunen* gradvis for velferdskommunen.

Forvaltningskommunen er ikke lenger en kommune som tar selvstendige initiativ og driver fram ny velferdspolitik, den har mer og mer blitt en iverksetter av statlig velferdspolitik. Prinsippet om negativt avgrenset myndighetsområde, sikrer kommunene fortsatt en formell frihet til å sette nye oppgaver på den lokale dagsordenen, men handlingsmulighetene er blitt sterkt begrenset på de områdene hvor kommunene er pålagt et oppgaveansvar fra statens side. I forvaltningskommunen har imidlertid kommunene fortsatt en viss frihet i bruken av virkemidler. Denne handlingsevnen sikrer at kommunene tilpasser statlig politik til lokale behov. Grønlie betrakter dette som et kompromiss mellom lokalt folkestyre og statlig styring. Til tross for dette kompromisset utvikler det seg en bekymring på 1980-tallet for at den statlige styringen er i ferd med å bli for sterk.

Nytt inntektssystem for kommunene anno 1986 og ny kommunelov i 1992 fremhevet kommunens frihet til å velge organisasjonsløsninger og til selv å

prioritere gjennom rammetilskuddsordninger. Fristilling av kommunene førte imidlertid til at staten innførte nye styringsvirkemidler. Eksempelvis ble rammetilskudd erstattet med øremerking, og individuelle rettigheter og rettighetslovgivning ble innført for å sikre likhetsidealet. Fra å være forvaltningskommuner kom den statlige detaljstyringen stadig sterkere til uttrykk gjennom mål- og resultatstyring og statlig kontroll. Enkelte trekk ved *effektueringskommunen* var dermed framtrødende på 1990-tallet, og indikerer at den lokale politiske prosessen og tilpasningseffektiviteten i kommunene fikk mindre å si. Kommunene effektuerer den nasjonale politikken ut fra de styringssignalene den får, ideelt sett uten å legge til eller trekke fra noe som helst (Flo 2004:387). Mål- og resultatstyringen preger styringsformen videre inn i det nye århundret hvor den politiske styringen blir mer kontraksorientert – herav termen *Kontraktskommunen*. Her er det kommunal konkurranse og kvalitetsindikatorer som preger kommunene, noe som hadde til hensikt å heve både standard og grad av effektivitet på tjenestene. Veggeland (2004) argumenterer for at mulighetene for direkte politisk styring, innsyn og kontroll reduseres.

De siste 15 årene har forvaltningsreformer skapt store endringer i organiseringen av tjenestene og rollefordelingen mellom stat og kommune. Omfattende reformer som eksempelvis Sykehusreformen, NAV-reformen⁵ og Rusreformen, er velferdsreformer som har endret oppgavefordelingen mellom styringsnivåene. Sykehusreformen og NAV-reformen var store forvaltningsreformer som berørte hele samfunnssektorer, mens rusreformen berørte et mer avgrenset fagområde. 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.

De tre nevnte reformene er eksempler på statliggjøringsreformer hvor kommunens ansvar og handlingsrom reduseres. Reformenes omfang gjør at de ikke bare virker inn på de spesifikke velferdsoppgavene som reformen retter seg mot. De påvirker også hele styringsverket, noe som kan hevdes å utløse nye reformer (jf. samhandlingsreformen) (se bl.a. Fjær, Homme og Holmen 2011 for nærmere analyse av reformene).

1.2.1 Tre reformer: Markører for endring i stat-kommune forholdet

Sykehusreformen (fra 2002), og statens styring av denne sektoren, kan ses som en fortsettelse av en lang tradisjon innenfor sykehussektoren med et tett og integrert

5 NAV: Ny arbeids- og velferdsforvaltning

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 delegering 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.

Rusreformen (fra 2004) kom som en oppfølging av sykehusreformen, hvor det skjedde en omorganisering av helsetjenestene for rusavhengige. 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-reformen (fra 2006) innebar en samordning av de statlige etatene Aetat, Trygdeetaten og den kommunale sosialtjenesten. NAV samordner i dag statlige og kommunale tjenester på lokalt nivå. 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 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 nyskapning når det gjelder hvordan staten og kommunen er innvevd i hverandre i et flernivåsystem.

Sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen er alle eksempler på reformer i velferdsstatens forvaltning, der det er flere 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 lokalledets *effektueringsrolle* mer framtrædende. Borgernes *individuelle rettigheter* i forhold til tjenestene blir 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 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. Dette forholdet og samarbeidet blir satt på dagsorden gjennom samhandlingsreformen som iverksettes 10 år etter sykehusreformen. Sykehusreformen ble 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, mens en nedenfra og opp-strategi har vært benyttet for å fylle avstanden mellom kommunenivået og spesialisthelsetjenesten gjennom en gradvis etablering av nye praksisfellesskap i samarbeidsflaten mellom disse. 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.

1.2.2 Oppfatninger om utviklingstrekk i stat-kommuneforholdet

Det overordnede bildet av forholdet mellom kommune og stat har vært preget av en stadig større velferdsstat. Staten har sett på kommunene som viktige aktører i gjennomføringen av store velferdsstatlige reformer. Dette kommer klart til uttrykk om vi ser nærmere på hva en kommune er i dag, både i omfang og oppgaver, sammenliknet med for 30 år siden. Endringen har vært dramatisk, og har betydning for kommunens verdier. I dag er kommunens viktigste oppgaver barnehage, skole, helse og omsorg. For 30 år siden var oppgavene mer rettet inn mot infrastruktur (Andersen m.fl. 2002). Overføringene har imidlertid gått begge veier. Enkelte oppgaver er overført fra lokalt/regionalt nivå til statlig nivå (jf. Sykehusreformen og NAV-reformen), mens i andre tilfeller er oppgaver overført fra statlig nivå til kommunene (jf. f. eks. kulturskole og barnehage). Det er og en rekke nye tjenester som kommunen ivaretar knyttet til eksempelvis sosiale problemer eller integrasjon av utenlandske borgere for å nevne noen. Hovedtrenden er at omfanget av oppgaver som kommunene skal ivareta har økt. Samtidig legger kommunene beslag på nær halvparten av de offentlige utgiftene. Gjennom nye oppgaver og ekspansjon har forholdet mellom staten og kommunene blitt mer komplekst, hvor kommunen er tettere integrert i staten og hvor staten i økende grad griper inn i kommunen.

Lokale variasjoner i velferdsytelsene har som en følge av dette blitt et sentralt tema i det politiske ordskiftet. I tillegg påpekes det at utviklingen i forholdet mellom stat og kommuner er blitt en demokratiutfordring. "Kommunen som politisk arena er trengt tilbake til fordel for kommunen som tjenesteproducent", hevder makt- og demokratiutredningen (Østerud mfl. 2003:108). Denne debatten kan knyttes til spenningen mellom velferdsstatens likhetskrav på den ene siden og på den andre siden kommunenes krav om autonomi. Autonomien i den kommunale velferdspolitikken vurderes, i tillegg til demokratiske idealer, ut fra innholdet og kvaliteten i tjenestene.

Dagens kommuner er generalistkommuner⁶ og det hevdes at generalistkommuneprinsippet er med på å styrke fleksibiliteten i tjenestene, slik at kommunen kan tilby en tjeneste som er tilpasset borgerens/brukerens behov. Reformene de siste 15 årene har utfordret kommunens generalistprinsipp, ved at tjenester sektoriseres eller overdras til andre statlige/regionale virksomheter. Innenfor disse nye rammene er det vanskelig å oppfylle rollen som generalist. I tillegg har utviklingen satt økt fokus på rettighetstenkning og brukermedvirkning. Lik rett gjennom individuelle rettigheter sikrer tjenesten for brukeren, men utfordrer kommunen som tjenesteyter. Kommuner uttrykker en ubalanse mellom rettigheter som gis og kommunens mulighet og evne til å imøtekomme disse (ansvarsoversvømmelse). Dette fører til brudd på lovfestede rettigheter i kommunene som videre utløser økt statlig regulering og kontroll (Fjær m.fl. 2011). Det har også skjedd en dreining i retning av borgeren som bruker, hvor andre kanaler for medbestemmelse enn de folkevalgte etableres. Eksempelvis er dette gjennom individuelle rettigheter, brukerorganisasjoner og brukerstyrer, som stiller krav til en aktiv bruker.

Regjeringen fremhever i sin siste stortingsmelding (St. meld. nr. 12 (2011-2012) Stat og kommune – styring og samspel), at det er viktig å holde fast på rammestyring som prinsipp for den statlige styringen, både når det gjelder juridiske og økonomiske virkemidler. Rammestyring er en forutsetning for at kommunene gjennom politiske prosesser kan tilpasse den statlige velferdspolitikken til lokale forutsetninger og ha reelle muligheter til å gjøre egne prioriteringer. I samme melding fremhever regjeringen generalistkommunesystemet som en bærebjelke i velferdsstaten og at dette er et prinsipp som bør etterstrebes.

Det er med andre ord ulike opplevelser av forholdet mellom stat og kommune. Likevel, til tross for en uttrykt bekymring for det lokale selvstyret, borgerens mulighet til å medvirke og tjenestenes kompleksitet og begrensede gjennomtrengelighet, rapporteres det om mer forutsigbare og helhetlige tjenester

⁶ Begrepet generalistkommune indikerer a) at kommunen ivaretar et bredt spekter av offentlige tjenester og har mulighet til å samordne disse og b) et system der alle kommuner ivaretar de samme funksjonene noe som innebærer at alle geografiske områder behandles likt av staten.

rettet mot bredden av borgerne, som en følge av de siste reformene (Fjær m.fl. 2011). Innbyggerundersøkelsen fra 2009 uttrykker og en generell tilfredshet med produksjon av tjenestene. Tjenesteproduksjon vurderes i stor grad ut fra det tilbudet som gis, - og ikke nødvendigvis ut hvilke prinsipper som ligger bak organiseringen av velferdsproduksjonen. Med dette i bakhodet vil det derfor være flere mulige løsninger for hvordan de viktigste velferdstjenestene organiseres. Selv om vi i dette prosjektet fokuserer på økt statliggjøring som mulig utviklingstrekk, ser vi også på en motsatt utvikling hvor kommunen styrker sin rolle i velferdsproduksjonen. Avslutningsvis diskuterer vi også disse modellene opp mot alternative løsninger hvor private aktører så vel som frivillig sektor er involvert i produksjonen av velferdstjenestene.

1.3 Modeller og konsekvenser av økt statliggjøring

Prosjektets utgangspunkt, er at forholdet mellom staten og kommunene preges av både samarbeid og spenning i produksjonen av velferdstjenester. Vi har gjennom den grove analysen av utviklingstrekk de siste 30 år vist at dette forholdet endres, og at det i dag tegner seg et bilde av en sterkere stat og en kommune som opplever å være under press. Vi kan likevel se for oss at velferdstjenestene kan løses gjennom flere styringsprinsipper og har kort gjort rede for disse. Dette bakteppet fremhever relevansen av dette prosjektet. "Hvis kommunen ikke fantes" er et prosjekt som har til hensikt å diskutere idealmodeller for og konsekvenser av økt statliggjøring innenfor kommunenes viktigste oppgaver. Videre blir idealmodellene vurdert ut fra dagens situasjon, samt i forhold til en situasjon der kommunene beholder eller får et større ansvar for oppgavene.

1.3.1 Modellene

Utgangspunktet for prosjektet er ønsket om å sammenlikne dagens organisering av de primære velferdstjenestene med alternative modeller før økt statliggjøring samt en modell med økt kommunalt ansvar. Modellene er bygget langs tre hoveddimensjoner som bidrar til å strukturere et idealbilde. Dimensjonene tar utgangspunkt i sentrale strukturelle trekk ved kommunene i dag, som påvirker organiseringen i kommunene samt ansvars- og oppgavefordelingen i forholdet mellom kommunene og andre styrings- og iverksettingsorganer. De tre dimensjonene tar utgangspunkt i ambisjonene om å sammenlikne dagens kommunemodell med idealmodellene, og er derfor basert på følgende overordnede dimensjoner:

- a) En demokratisk dimensjon
- b) Stat/kommune relasjon
- c) En territoriell/funksjonell dimensjon.

Dagens modell er også basert på at kommunen er styrt av lokalbefolkningen gjennom lokale valg av ulike former for politiske ytringer mellom valgene (*demokratisk dimensjon*). I dag har lokalbefolkningen en reell mulighet til å påvirke

politiske beslutninger og handlinger gjennom lokalvalg og gjennom et omfattende mellomvalgsdemokrati⁷, men det er gjennom en demokratisk dimensjon mulig å tenke seg andre utfall for deltakelse i de ulike idealmodellene.

Det er også et spørsmål om det lokale handlingsrommet og hvordan dette reguleres gjennom oppgavefordeling og samspillet mellom kommunen og staten (*Stat/kommune relasjon*). I dag er dette forholdet preget av en gjensidig avhengighet, og en generell oppfatning om at oppgaver må løses og tjenester tilbys gjennom et samarbeid mellom stat og kommune. Når det gjelder kjerneområdene helse og omsorg, skole og barnehage er det kommunen som har eierskap til disse tjenestene, men den kommunale autonomien er varierende etter de ulike tjenesteområdene. Denne dimensjonen gjør det mulig å tenke seg andre utfall i stat/kommunerelasjonen.

Dagens kommunemodell er basert på at kommunen har et ansvar innenfor et bestemt geografisk område hvor den skal samordne ulike velferdsoppgaver (*territoriell/funksjonell dimensjon*). Den territorielle dimensjonen er i dag basert på en lokalpolitisk oppgavesamordning innenfor kommunegrensene kombinert med statlig rammestyring. Den funksjonelle dimensjonen er i dag basert på et generalistprinsipp hvor oppgaveporteføljen kommunen har ansvar for er bred. I denne rapporten fokuserer vi spesielt på helse og omsorg, barnehage og grunnskole, noe som kan betraktes som kjerneoppgaver for kommunene i dag. Gjennom en territoriell/funksjonell dimensjon er det gjennom idealmodellene mulig å tenke seg en annen organisering enn dagens modell.

Det overordnede målet med anvendelsen av de tre dimensjonene er å ha felles strukturerende variabler som kan bidra til å beskrive hvordan den overordnede og prinsipielle organiseringen er innenfor de ulike idealmodellene. Dimensjonene er på ingen måte uttømmende, men bidrar til felles mål på hvordan idealmodellene er bygd opp og beskrives. I tillegg er dimensjonene koplingspunktet mellom dagens situasjon og idealmodeller som ikke eksisterer

Tre idealmodeller for økt statliggjøring presenteres i denne rapporten. Hvordan dimensjonene slår ut i modellene vises i figur 1.1. De tre hovedmodellene bryter i økende grad med dagens kommunemodell – fra en inkrementell integrasjonsmodell, som kan hevdes er nærliggende dagens modell, via en statlig områdemodell til en radikal statlig sektormodell. Modellene er fiktive, men dog

7 Begrepet mellomvalgsdemokrati (eller deltakelsesdemokratiet) omfatter ulike former for kommunikasjon og dialog mellom borgerne (brukerne) og folkevalgte gjennom valgperioden (Aarsæther og Vabo 2002:48f., Saglie 2009:17f.). Innenfor rammen av et indirekte, representativt demokrati vil mellomvalgsdemokratiet forutsette en levende politisk aktivitet i store deler av befolkningen utover selve valghandlingen. Hva slags aktivitet dette omfatter, er ikke alltid like klart. Det kan være snakk om underskriftskampanjer, innbyggerinitiativ, og politikerkontakt, men også representasjon og kontakt utøvd av brukerutvalg, brukerorganisasjoner og enkeltbrukere. Vi har lagt til grunn en slik bred definisjon i vår tilnærming til mellomvalgsdemokratiet.

ikke urealistiske ved at de har trekk fra kommunesystemer i andre land. Vi finner og trekk ved modellene som kan tilskrives tendenser i stat/kommunerelasjoner i andre sektorer eller mellom andre styringsnivåer i Norge i dag.

I tillegg de tre idealmodeller for økt statliggjøring presenteres også en modell for motsatt tendens: økt kommunalisering. Modellen er innlemmet for å vise en spennvidde i løsninger på organiseringen av forholdet mellom stat og kommune. Denne modellen er likevel ikke behandlet like omfattende som de tre modellene for økt statliggjøring.

Figur 1.1 gir et bilde på hoveddimensjonene og hvordan disse gjør seg gjeldende i et kontinuum med de tre modellene for økt statliggjøring og den fjerde modellen som illustrerer motsatt utvikling: økt kommunalisering.

Figur 1.1 Hovedprinsipper for organisering

Dimensjoner/ Prinsipper	INTEGRASJONS- MODELL	STATLIG OMRÅDEMODELL	STATLIG SEKTORMODELL	KOMMUNE- MODELL
DEMOKRATISK DIMENSJON	Lokaldemokrati Omfattende mellomvalgs- demokrati	Nasjonalt demokrati Begrenset mellomvalgs- demokrati	Nasjonalt demokrati Begrenset mellomvalgs- demokrati	Lokaldemokrati Omfattende mellomvalgs- demokrati
STAT/ KOMMUNE RELASJON	Kommunalt eierskap og statlig styring Begrenset kommunal autonomi	Statlig eierskap og statlig styring Begrenset regional statlig autonomi	Statlig eierskap og statlig styring Minimal lokal/regional autonomi	Kommunalt eierskap og kommunal styring Omfattende kommunal autonomi
TERRITORIELL /FUNKSJONELL DIMENSJON	Lokalpolitisk oppgave- samordning kombinert med statlig (<i>sektor-</i>) styring Bred oppgaveportefølje	Regional administrativ oppgave samordning kombinert med statlig styring Bred oppgaveportefølje	Statlig sektorisert oppgaveløsning – sentral stat kombinert med ytre sektoreterater Smal oppgaveportefølje	Lokalpolitisk oppgave samordning Frislepp fra staten /flere oppgaver Bred oppgaveportefølje
MERKELAPP	Minimums-kommune	“Fylkesmanns-modell”	Regional stat modell	Maksimums-kommune

Modellene plasserer seg langs et kontinuum fra en *integrasjonsstrategi* (det skjer en sammenveving av stat og kommune) til en *overtakelsesstrategi* (staten tar over kommunale oppgaver). Den siste modellen i figuren over bryter med kontinuumet og viser en motsatt tendens til økt statliggjøring. *Integrasjonsstrategien* medfører at velferdskommunen som eget politisk nivå beholdes, mens velferdstjenestenes innhold og omfang påvirkes i et tett samspill med 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 kommunen. Som figur 1.1 viser, tegner det seg tre idealmodeller for økt statliggjøring og som motvekt, en idealmodell for økt kommunalisering:

- *Integrasjonsmodellen:* hvor den lokaldemokratiske minimumskommunen er et faktum og hvor den kommunale tjenesteproduksjonen i økende grad styres av staten.
- *Den statlige områdemodell:* hvor lokalpolitiske arena ikke styrer omsorgs- og oppvekstsektoren, men hvor tjenestene er styrt av staten gjennom en lokal/regional ”velferdsadministrasjon”
- *Den statlige sektormodell:* hvor dagens velferdskommune slik vi kjenner den i dag, ikke lengre finnes, men hvor vi har sterke lokale/regionale sektoradministrasjoner for hvert av tjenesteområdene.

I tillegg:

- *Kommunemodellen:* hvor kommunen har fått økt ansvar og bredere oppgaveportefølje knyttet til omsorgs- og oppvekstsektoren.

Idealmodellene har til hensikt å illustrere en alternativ organisering av forholdet mellom stat og kommune, og da spesielt innenfor tjenesteområdene skole, barnehage, helse og omsorg. I prosjektet har modellene fungert som grunnlag for å diskutere mulige konsekvenser av de ulike organisatoriske løsningene.

1.3.2 Konsekvensene

Konsekvensene av idealmodellene har vi valgt å diskutere ut fra fire dimensjoner. Vi har ved valg av dimensjoner tatt utgangspunkt i det statlige og kommunale verdigrunnlaget. Det klassiske verdigrunnlaget for et lokalt selvstyre er tredelt: demokrati, frihet, effektivitet. Målet for statlig styring er relatert til likhet og likeverd, rettssikkerhet og hensyn til nasjonaløkonomien. Vårt valg av konsekvensdimensjoner er basert på et ønske om å fange opp verdier relatert til både statlige mål, så vel som viktige prinsipper for lokaldemokratiet. Konsekvensdimensjonene ble og valgt ut fra ønsket om å etablere forenklede kategorier som kunne bidra i diskusjoner om idealmodellene. Konsekvensdimensjonene, som vi tar utgangspunkt i, illustreres i figur 1.2.

Figur 1.2: Konsekvensdimensjoner

Konsekvensdimensjoner	
Likhet og likeverdighet	Hvordan standardiseres tjenester? Hvordan tilpasses tjenestene lokalt/individuell?
Prioriteringseffektivitet	Leveres tjenestene i tråd med lokale ønsker og behov? Er borgerne/brukerne fornøyd?
Deltakelse	Hvordan påvirker borgeren offentlige beslutninger? Hvordan er og skapes det politisk engasjement?
Ansvarsplassering	Hvem er ansvarlig? Er de ansvarlige lydhøre og forutsigbare? Hvordan kan vi holde de ansvarlige ansvarlig?

Likhet: Det statlige målet om likhet og likeverd henger tett sammen med det lokale selvstyrets verdi om frihet. Det handler om frihet til lokal tilpasning og frihet fra for sterk statlig dominans, samtidig som hensynet til like og likeverdige muligheter og rettigheter står sterkt i de statlige målsettinger. Begrepene likhet og likeverdighet er imidlertid ikke ekvivalente. Mens likhetsbegrepet trekker i retning av standardisering av tjenesteytingen, eller formallikhet, heller likeverdighet sterkere i retning av resultatlikhet, det at tjenestene oppfyller de konkrete og individuelle behovene. I det britiske helsesystemet har de slagordet «equal access for equal need», et slagord som skal fange opp at det er behovet som avgjør. Konsekvensdimensjonen ble valgt for å fange opp en eventuell spenning som kan ligge i idealmodellene på dette området. Figur 1.2 viser to spørsmål som ble formulert for å gjøre denne konsekvensdimensjonen eksplisitt. Disse dannet grunnlaget for diskusjonene i prosjektet.

Prioriteringseffektivitet: Det er både en sentral verdi for det lokale selvstyret og et sentralt mål for staten å utvikle effektive tjenester som er tilpasset borgerne innenfor rammen av en nasjonal økonomi. Dette er også et spenningsfelt som preger forholdet mellom stat og kommune i dag, og som vi ønsket å belyse i de ulike idealmodellene. Som begrep er prioriteringseffektivitet først og fremst benyttet om treffsikkerheten mellom de tjenestene som ytes og de behovene som mottakerne har. Denne konsekvensdimensjonen er derfor tett forbundet med verdien om frihet. I markedsterminologi er det snakk om utforming av velferdstjenester som er tilpasset mottakernes individuelle preferanser, og som dermed er etterspørselsdrevet. I stedet for markedskonkurranse og prismekanisme brukes enten valgdemokratiet eller ulike former for brukermedvirkning som måter å fange opp preferanser på. Samtidig skjer prioriteringene innenfor rammene av en nasjonal økonomi, og vi får dermed en konsekvensdimensjon som fanger opp både hvordan brukeren oppfatter tjenesten kommunen produserer og kommunens prioriteringer innenfor de makroøkonomiske rammene som staten legger til grunn. Det forutsetter igjen at politikerne har frihet til å prioritere (har handlingsmuligheter) og at politikere og administratorer har frihet til å tilpasse virkemiddelbruken til definerte behov (har handlingsevne). Konsekvensen av høy prioriteringseffektivitet må antas å være høy grad av brukertilfredshet. Konsekvensdimensjonen ble valgt for å fange opp en eventuell spenning som kan ligge i idealmodellene på dette området.

Deltakelse: Demokrativerdien i det lokale selvstyret knyttes sterkt til lokalpolitisk borgerdeltakelse og nærheten mellom de folkevalgte og befolkningen. Konsekvensdimensjonen knyttet til deltakelse er derfor nærliggende ansvars plassering, men har til hensikt å belyse borgernes muligheter for medbestemmelse. Konsekvensdimensjonen ble valgt for å fange opp borgernes (brukernes) deltakelse og representasjon i forhold til politiske og administrative prosesser i kommunene. Sett i forhold til de ulike idealmodellene, ga denne konsekvensdimensjonen mulighet for å diskutere befolkningens påvirkningsmuligheter både med tanke på den tradisjonelle valgkanalen, men og gjennom alternative medbestemmelsesformer mellom valgene.

Ansvars plassering: Prinsippet om klarhet i ansvar og oppgaver er viktig i organiseringen av velferdstjenestene. Dette er ikke en eksplisitt uttalt verdi for det lokale selvstyret eller statlig målsetting, men er tett koplet til både rettsikkerhet og demokrati. Forutsigbarhet i plassering av ansvar samt mulighet for borgerne til å gi respons på beslutninger tatt fra det offentliges side, anses som et viktig prinsipp for rettsikkerheten. Videre påvirkes borgerens mulighet til å plassere ansvar av oppgave- og myndighetsfordelingen mellom ulike myndighetsnivåer og *gjennomsiktigheten* i organiseringen. Dette er også et viktig prinsipp for å sikre befolkningens tiltro til beslutningssystemet som omgir velferdstjenestene. Sett i forhold til demokrati verdien i det lokale selvstyret, er gjennomsiktighet en forutsetning for å kunne påvirke og ta del i de demokratiske prosessene. Konsekvensdimensjonen ble valgt for å fange opp eventuelle spenninger i idealmodellene i forhold til ansvars plassering. Figur 1.2 viser spørsmålene som ble formulert for å konkretisere konsekvensdimensjonen i diskusjonene i prosjektet.

1.4 Rapportens oppbygning

Med utgangspunkt i bakteppet vi har presentert over, vil den videre rapporten bygges opp som følger:

Kapittel 2 redegjør for design og fremgangsmåte. Vi vil her gjennomgå opplegget for modellbyggingen, avgrensningene og forskningsdesignet som helhet i prosjektet. Videre vil vi i dette kapitlet redegjøre for kildene/datasettene som er brukt for å bygge modellene og uteske konsekvenser av organiseringen innenfor de ulike modellene. Her vil vi også vise hvor og hvordan vi i modellfremstillingen skiller mellom kildenes stemmer og våre analyser.

Kapittel 3 redegjør for dagens organisering av tjenesteområdene skole, barnehage, helse og omsorg. Det er her tatt utgangspunkt i de samme dimensjonene som har preget modellene: 1) den demokratiske dimensjon, 2) Stat/kommunerelasjonen og 3) den territorielle/funksjonelle dimensjonen. Videre vil vi i relasjon til hvert av tjenesteområdene vise hvordan tjenestene oppfattes av brukerne i dag. Kapitlet omfatter også et sideblikk til relevante internasjonale erfaringer på de respektive tjenesteområdene.

Kapittel 4, 5, 6 og 7 er modellkapitlene. Disse er lagt opp på følgende måte. Først presenteres den prinsipielle rammen for modellen. Deretter presenteres en beskrivende fortelling om hva som karakteriserer modellen og hvordan to utvalgte tjenester er organisert innenfor modellen. Dette er fortellingen som har fulgt oss gjennom E-lab, som ble presentert for deltakerne og som vi har fått respons på. E-lab har i prosjektet vært den viktigste kilden for å vurdere modellene og for å diskutere potensielle konsekvenser av modellene. Responsen på organiseringen presenteres og diskuteres. Videre diskuteres antatte konsekvenser av organiseringen innenfor modellen. Oppsummeringen som følger i slutten av hvert modellkapittel vil kunne leses separat. Her oppsummeres organisering, antatte konsekvenser og vurderinger av ønskelighet og realiserbarhet basert på alle de tre

datasettene. Kapittel 7, som omfatter idealmodellen for økt kommunalisering, er diskutert i noe mindre omfang enn modellene for økt statliggjøring.

I Kapittel 8 oppsummerer vi modellene på tvers og diskuterer konsekvenser av de ulike løsningene. I kapitlet diskuteres funnene opp mot dagens organisering og videre opp mot andre løsninger som ikke er behandlet i like stor grad gjennom modellene.

2 Design og fremgangsmåte

Prosjektdesignet er todelt. Del I er en kunnskapsstatus der konsekvenser av økt statlig ansvar på kommunale ansvarsområder gjennom erfaringer fra tidligere statlige reformer blir diskutert. Del II, som er mest vektlagt, utreder konsekvenser av statlig overtakelse av sentrale velferdsområder som per i dag er et kommunalt ansvar. Del II innebærer derfor en videreutvikling av idealmodeller basert på at staten i økende grad overtar ansvar for de kommunale velferdstjenestene helse og omsorg, grunnskole og barnehage. Modellbeskrivelsene danner videre grunnlaget for å drøfte konsekvenser av stat-kommuneforholdet som modellene skisserer.

Prosjektets del I og II er basert på det samme analytiske rammeverk. Vi anvender som før nevnt følgende dimensjoner for å vise ulike organiseringsprinsipper som ligger til grunn for idealmodellene:

- demokratisk dimensjon,
- stat/kommunerelasjon og
- territoriell/funksjonell dimensjon.

Dimensjonene er basert på sentrale prinsipper for hvordan forholdet mellom stat og kommune er organisert i dag og hvordan kommunens tjenesteområder er organisert. Bruk av slike dimensjoner gjør det mulig å sammenlikne strukturer i dagens modell med de idealmodeller som presenteres.

For å vurdere konsekvenser av organiseringsprinsippene i idealmodellene er det anvendt fire konsekvensdimensjoner. Følgende konsekvensdimensjoner er valgt ut fra de spenninger som kan ligge i de ulike verdier og mål som stat og kommune har for tjenester og oppgaver ovenfor borgerne:

- likhet og likeverdighet,
- prioriteringseffektivitet,
- deltakelse og
- ansvars plassering

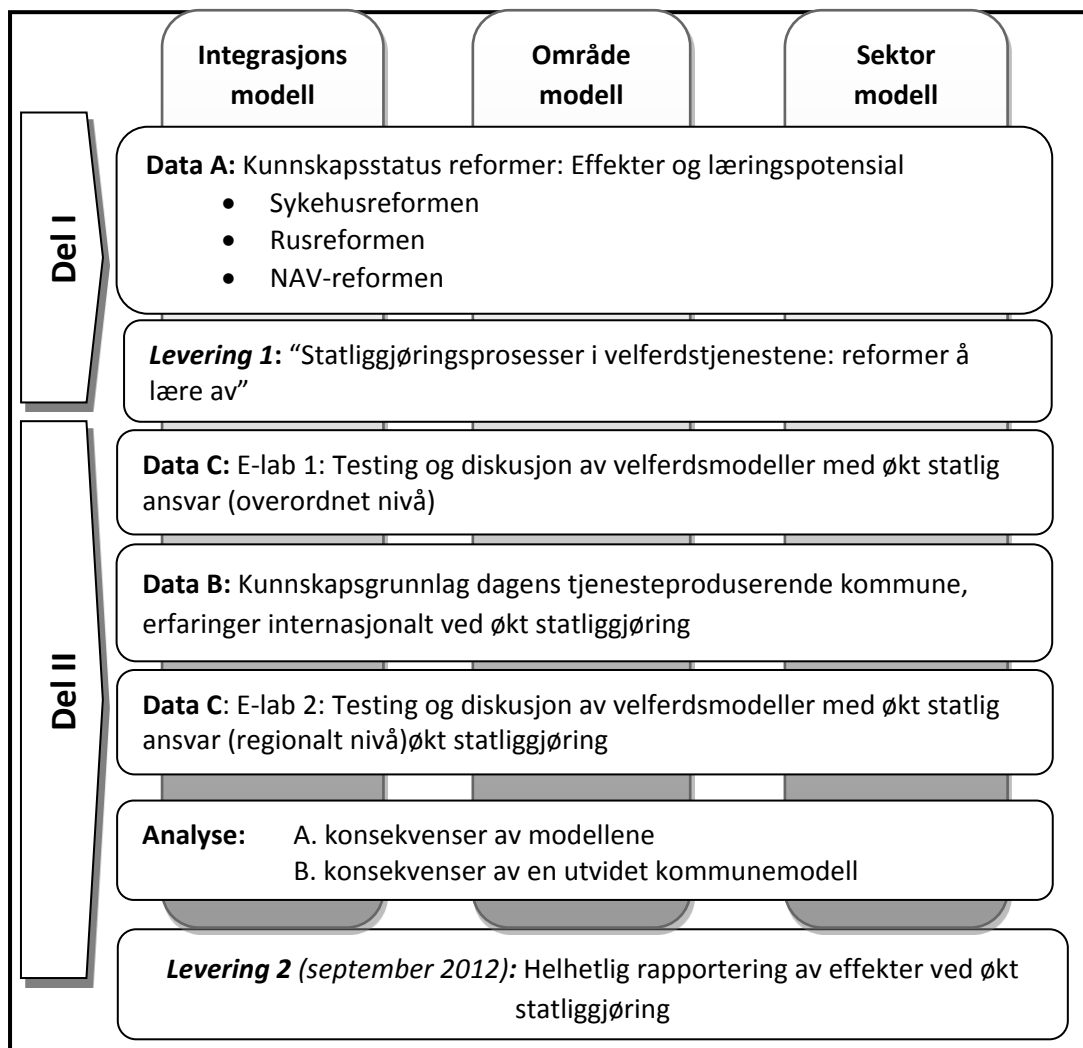
Alle dimensjonene ble omtalt mer utfyllende i kapittel 1.3. Dette kapitlet har til hensikt å redegjøre for prosjektdesignet, hvordan modellene ble utviklet, hvilke datakilder som bidro til utvikling av modellene og til å uteske konsekvenser av de skisserte modellene.

Videre viser vi til supplerende materiale som foreligger i forbindelse med prosjektet, men som ikke er inkludert i sin fullstendige form i denne rapporten. Disse foreligger som selvstendige rapporter.

2.1 Prosjektdesign

Figuren under angir det overordnede forskningsdesignet. Den viser ulike faser og element i forhold til hvordan prosjektet er gjennomført. De ulike delene omtales nærmere etter figuren.

Figur 2.1: opplegg for prosjektgjennomføring



Som figuren viser, har idealmodellene som presenteres i kapittel 4, 5, 6 og 7 fulgt oss gjennom hele prosjektet. Figuren illustrerer imidlertid (ved sterkere farge) at modellene har fått et mer tydelig innhold etter hvert som de ulike datakildene styrker rammen for modellenes organisering og peker på konsekvenser av ulike strategier og modeller for økt statliggjøring.

De ulike datakildene i prosjektets del I og II, hadde til hensikt å gi bedre grunnlag for å klargjøre organisering av velferdstjenestene og indikere sannsynlige konsekvenser av ulike organiseringsmodeller. Modellene ga en grunnleggende analyseramme, men var på samme tid åpen for videreutvikling ut fra datakildene i prosjektet. I tillegg til de ulike datakildene i prosjektperioden, viser figuren også hvordan de to delene i prosjektet henger sammen. Dokumentasjon knyttet til hver

av de ulike datakildene (A, B og C) foreligger. Vi vil i de påfølgende avsnittene redegjøre kort for de ulike datasettene og hvordan disse er tatt i bruk.

2.2 Datasett

Del I og II i prosjektet omfatter tre ulike datasett som er tett integrert med analyseopplegget. I figuren refereres de med A, B og C og omtales i det følgende hver for seg.

2.2.1 Datasett A: Kunnskapsstatus reformer

Del I og datasett A er en kunnskapsstatus som beskriver reformer og konsekvenser i tråd med det analytiske rammeverket vist til innledningsvis i dette kapittelet. Flere større velferdsreformer er gjennomført de siste 10 årene, og vi valgte i denne sammenheng å konsentrere oss om følgende tre reformer:

- Sykehusreformen fra 2002,
- Rusreformen fra 2004 og
- NAV-reformen fra 2006.

Reformene berører til sammen et spekter av politiske intensjoner, ulike tjenester i velferdsstaten, og omfattende regelverk og lovgivning. Ved hjelp av aktuell forskningslitteratur og dokumentasjon om reformprosessene var målet 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 ble rapportert 1. mai 2011⁸.

Litteraturstudien er basert på forskningsdokumentasjon som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift, bøker, bokkapitler, PhD-oppgaver, 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 sammenhengen 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.

⁸ Fjær, S., A.D. Homme og A.K.T. Holmen (2011) *Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reforme og lære av. Erfaringer fra Sykehusreformen, Rusreformen og NAV-reformen*. Stavanger: IRIS Arbeidsnotat 2011/092.

Litteraturstudien ga videre viktige innspill til formuleringen av fortellingene som ble presentert for E-lab deltakerne (jf. datasett C). Erfaringene fra reformene er likevel *ikke* direkte sammenliknbare og overførbare til idealmodellene. Konsekvensene som kan skisseres som en følge av reformene, gir lærdommer fra de respektive sektorene reformene omfatter (NAV, rus, spesialisthelsetjenesten). Vi presiserer likevel at dette er ulike nivå/kontekster sammenliknet med de kommunale tjenestene helse og omsorg, grunnskole og barnehage som behandles i datasettene B og C. I den grad det er mulig å identifisere enkelte likhetstrekk fra konsekvenser sett i reformene og konsekvenser skissert i E-lab som er relevante å kople til den enkelte modell, vil dette gjøres i avslutningen av hvert modellkapittel. Vi vil likevel påpeke at vi utøver stor forsiktighet i å trekke sammenhenger mellom erfaringene fra reformene og antatte konsekvenser for de kommunale tjenesteområdene som diskuteres i forbindelse med de ulike idealmodellene.

2.2.2 Datasett B: Kunnskapsgrunnlag velferdstjenester i dag

Dette datasettet ble utviklet i del II av prosjektet. For å kunne sammenlikne modellene med dagens situasjon og vurdere konsekvenser av en økt statliggjøring, var det nødvendig å etablere et kunnskapsgrunnlag knyttet til de aktuelle tjenesteområdene som kommunen er ansvarlig for i dag. Vi gjennomgikk her de fire hovedområdene i kommunens tjenesteproduksjon: Helse og omsorg, skole og barnehage. Formålet var å klargjøre hvordan tjenestene er organisert og hvordan tjenestene oppfattes å fungere i dag. Kapittel 3 oppsummerer dette arbeidet, men en mer utfyllende rapportering er gjort tilgjengelig for oppdragsgiver⁹. Datagrunnlaget ble hentet fra sekundærlitteratur, policydokumenter, brukerundersøkelser og evalueringer knyttet til de respektive tjenesteområdene.

I vurderingen av innbyggernes tilfredshet med de ulike tjenesteområdene på tvers av kommune-Norge, ble tre ulike datasett benyttet som analysegrunnlag. *Innbyggerundersøkelsen 2009*, er en av de største undersøkelsene av holdninger til forvaltningen som noensinne er gjennomført i Norge (Difi Rapport 2010:01). Undersøkelsen omfatter 12 659 svar fra et bruttoutvalg på 30 000 (svarprosent 42.2) (Difi rapport 2010:01). Siden utvalget er stort, er det mulig å koble dataene til de kommunene innbyggerne befinner seg i. Datasettet er ment å fange opp innbyggernes tilfredshet, eller mangel på sådan, med stort sett samtlige offentlige tjenester, statlige så vel som kommunale¹⁰. For å teste for mulige kommuneeffekter, kople vi dataene fra innbyggerundersøkelsen til egenskaper

⁹ Christensen, D.A. (2011) Kommunenes betydning for tilfredshet med utvalgte kommunale velferdstjenester. Bergen: Notat Uni Research September.

¹⁰ Her kunne også KS sine innbyggerundersøkelser og innbyggerdelen i lokaldemokratiundersøkelsen blitt brukt (www.bedrekommune.no). Vi anser materialet fra difi-undersøkelsen som reliabel og valid, og forskersteamet hadde tilgang på grunnlagsdata fra denne undersøkelsen.

ved kommunene. Kommunedatasettet identifiserer kommuner med negativ befolkningsutvikling, småkommuner, geografiske beliggenhet, ressursbruk, økonomi, organisering av legevaktjenesten og andelen eldre innbyggere. I tillegg til Innbyggerundersøkelsen ble data fra *Kommunedatabasen*, *Fastlegedatabasen* og *Organisasjonsdatabasen* benyttet. Fra Kommunedatabasen hentet vi informasjon om lokal demografi, kommunale resurser, og ressursinnsats på de respektive tjenesteområdene. Fra Fastlegedatabasen hentet vi informasjon om antallet fastleger per innbyggere, og forekomsten av interkommunalt legevaktsamarbeid. Fra Organisasjonsdatabasen hentet vi, for et utvalg av kommuner, informasjon om brukerorientering på de aktuelle tjenesteområdene.

Kunnskapsgrunnlaget i dette datasettet ble videre supplert med dokumentgjennomgang av studier gjennomført i andre land og erfaringer med økt statliggjøring innenfor sektorene barnehage, skole, helse og omsorg. For skole- og barnehageområdet har vi dratt nytte av egen og andres forskning som omfatter mindre, komparative kvalitative studier av norske kommuner (Børhaug m.fl. 2011, Homme 2008) og nasjonale komparasjoner av utdanningsreformer i Norge, Sverige og England (Helgøy og Homme 2006, 2008). Det samme gjelder helse- og omsorgsfeltet hvor egen og andres forskning av kommuner og komparasjoner med andre land (Danmark og England) kom til nytte. Eksempler fra denne forskningen er inkludert i kapittel 3 for å vise bredde i både organiseringsmodeller og erfaringer med disse innenfor de respektive områdene. Dette materialet ble i stor grad anvendt som bakgrunnsmateriale for uteskning av modellene, men fungerer og som en realitetssjekk opp mot vurderingene i E-lab diskusjonene. Det må likevel påpekes at materialet knyttet til internasjonale erfaringer er basert på en annen kontekst enn de norske kommunene. Vi benytter derfor disse dataene med forbehold.

2.2.3 Datasett C: E-lab

Tenkningen rundt idealmodeller for styring og organisering av velferdstjenester krever en åpen og prosessuell tilnærming. I tillegg til erfaringer fra tidligere reformer som medførte økt statliggjøring samt gjennomgang av tjenestene slik de ser ut i dag (datasett A og B), var det behov for datakilder som kunne vurdere idealmodellene samt diskutere mulige konsekvenser av disse.

Vi inviterte derfor til et diskusjonsforum som tilrettela for kreativitet og debatt. Formålet var todelt:

- 1) Teste ut og få respons på modellene, og samtidig få frem dimensjoner som ikke var fanget opp i rammene for idealmodellene og
- 2) gjennom en kreativ og åpen prosess, diskutere mulige konsekvenser av modellene.

Samlingene ble organisert som elektroniske laboratorium kalt E-lab. E-lab er et idéverksted hvor ulike metoder for idéutvikling og teamarbeid kombineres i et

elektronisk møte. Det elektroniske verktøyet legger til rette for en arbeidsprosess hvor flere kan snakke samtidig ut fra prinsippet om anonymitet. Målet med et slikt verktøy er å skape en kreativ og fleksibel, men kontrollert og «maktfri» arena, hvor deltakerne kan uttrykke seg fritt. E-lab består av 13 bærbare PCer i samme rom og en storskjerm. Alle PCer er interaktive slik at det som noteres av en deltaker, kommer opp på alle deltakernes skjermer. Videre står alle fritt til å kommentere andres kommentarer, og det kan utvikles «tråder» av diskusjoner. Alle utsagn er anonyme og kan ikke spores tilbake til vedkommende som har skrevet det. Fordelen med et slikt verktøy er blant annet at alle møtedeltakerne bidrar samtidig (innspill og respons interaktivt), noe som gjør møtene effektive. Kommunikasjonen skjer via PC, noe som forhindrer dominerende personligheter og sikrer anonymitet i utsagn. Alle innspill blir dokumentert og gir et solid datagrunnlag. I tillegg til kommunikasjon via PC, la vi og inn tid for muntlig meningsutveksling.

Personene som deltok var likevel det viktigste. For å få en diskusjon preget av ulike erfaringer, var vi svært avhengig av deltakelse fra velreflekterte, kreative og erfarne personer med erfaring fra ulike og gjerne flere roller tilknyttet styringsverket. Vi ønsket videre personer som representerte ledelse på ulike nivåer i stat og kommune samt fra ulike sektorer. Vi tok utgangspunkt i følgende representasjons-mål ved valg av deltakere:

- Politisk nivå
- Administrativt nivå
- Fylkesnivå
- Departementsnivå
- Sektorrepresentasjon fra oppvekst- og helsesektor
- Fagforeningsnivå

Viktigst av alt ved valg av deltakere var at personene hadde god erfaring og et engasjement knyttet til stat-kommuneforholdet. For å finne frem til deltakerne bidro regionskontorene i KS med mange gode innspill. Videre brukte vi vårt eget erfaringsgrunnlag. Erfaringen fra rekrutteringsprosessen var svært positiv. De aller fleste mente dette var et viktig område å løfte opp til debatt. Vi hadde derfor ingen problemer med å rekruttere personer med tung og relevant erfaring, ut fra våre kriterier. Engasjementet fra disse kunnskapsrike, bidragsytende personene, gjorde E-lab sesjonene svært vellykket for forskerteamet. Deltakerne gjennomførte også en evaluering i etterkant, som viste at også de hadde nytte av samlingen¹¹.

E-lab sesjonene, som strakk seg over en hel dag, var lagt opp på en slik måte at vi arbeidet med en modell av gangen. Deltakerne fikk både muntlig og skriftlig presentert en fortelling om hver av modellene. De responderte på selve organiseringen innenfor modellen (umiddelbar reaksjon), før de reflekterte rundt de ulike konsekvensdimensjonene (likhet, prioriteringseffektivitet, ansvarliggjøring og deltakelse). Det ble redegjort for konsekvensdimensjonene i

11 Appendix 1 viser liste over deltakere i E-lab 1 og E-lab 2

forkant. Likevel må vi ta forbehold om at deltakernes forståelse av konsekvensdimensjonene var noe ulik, noe som kan ha påvirket deres vurderinger. Det ble i tillegg satt av tid for avklaringer og muntlige diskusjoner underveis, justert etter ønske fra deltakerne. Deltakerne ble også bedt om å vurdere modellenes ønskelighet og realiserbarhet. Vi fikk på denne måten et samlet inntrykk av modellene på tvers.

E-lab 1 ble arrangert i november 2011 på Gardemoen. Formålet med denne E-lab var å invitere deltakere som representerte et nasjonalt og noe mer overordnet nivå. Dette innebar at personer som har markert seg i diskusjoner knyttet til statkommuneforholdet ble kontaktet. Disse personene hadde gjerne også en bred erfaringsbakgrunn fra flere roller eller nivåer. I denne E-lab ble fire fortellinger presentert: integrasjonsmodellen, statlig områdemodell, statlig sektormodell og kommunemodell. Deltakerlisten er tilgjengelig i appendix 1.

E-lab 2 ble arrangert i mars 2012 i Stavanger. Formålet med denne E-lab var å invitere deltakere som representerte et regionalt nivå noe tettere på tjenestene knyttet til oppvekst og helse. Rogaland som region ble valgt ut og alle deler av fylket var representert¹². Vi ønsket og deltakelse fra både store og små kommuner. Fortellingene som ble presentert var noe justert sammenliknet med E-lab 1, og ble videre supplert med små fortellinger om en fiktiv skole og et fiktivt sykehjem innenfor hver av modellene. Dette grepet ble foretatt for å komme tettere på praksisfeltet og på den måten få mer fokus på operativ gjennomføring av tjenestene. Justeringen av fortellingene var basert på presiseringer heller enn reelle endringer. I denne E-lab samlingen ble ikke kommunemodellen presentert. Vi valgte heller å stille deltakerne fritt til å reflektere rundt et ideelt balanseforhold mellom stat og kommune.

Oppsummert bidro E-lab samlingene med kvalifiserte og reflekterte responser på modellenes oppbygning i tillegg til diskusjoner om potensielle konsekvenser av de ulike modellene. Deltakernes utsagn og meninger har preget justeringen av modellene og er hovedkilden til vurderingen av konsekvenser av de ulike modellene.

2.3 Anvendelse av datamaterialet

Det analytiske grunnrisset av modellene ble etablert i forkant av prosjektet med utgangspunkt i to måter de kommunale velferdsoppgavene kan oppleve en økt statliggjøring¹³: En *integreringsstrategi*, ved at staten bruker rettighetslovgivning, inntektssystemet og statlig initiert forsøksvirksomhet til å påvirke kommunens

12 Det er ikke mulig å si noe om hvorvidt synspunktene til deltakerne fra Rogaland er representative for landet som helhet.

13 Prosjektinvitasjonen var et ønske om å sammenlikne dagens kommunemodell med velferdsmodeller med økt statliggjøring.

prioriteringer og organisering av velferdstjenester. Mer direkte vil staten være om de velger en *overtakelsesstrategi*. Da overtar staten eierskapet og det fulle finansieringsansvaret for tjenesten. Disse to strategiene utgjorde ytterpunktene i vårt modellkontinuum. I statliggjøringskontinuumet utviklet vi en «mellommodell» hvor det statlige mellomnivået fikk en sentral posisjon. De tre modellene bryter i økende grad med dagens kommunemodell – fra en integrasjonsmodell, via en statlig områdemodell, til en radikal statlig sektormodell.

Dimensjonene som ble brukt for å bygge modellene er (som nevnt tidligere) basert på dagens kommunemodell med en territoriell/funksjonell dimensjon som beskriver grensene for et bestemt geografisk område hvor ulike velferdsoppgaver skal samordnes (en territoriell/funksjonell dimensjon). Dagens kommunemodell er videre styrt av befolkningen gjennom lokale valg og ulike former for påvirkning mellom valgene (demokratisk dimensjon). Til sist er det handlingsrommet langs disse dimensjonene som legger premissene på forholdet mellom stat og kommune. (Stat/kommunerelasjon).

Fortellingene ble utarbeidet med utgangspunkt i det analytiske grunnriset. Her hadde vi stor nytte av erfaringene fra de store velferdsreformene de siste 10 årene, samt erfaringer fra andre land når det gjelder utvikling av de små sektorspesifikke fortellingene. Modellene ble på denne måten basert på realistiske erfaringer fra en norsk og en internasjonal kontekst. Med utgangspunkt i fortellingene ga E-lab deltakerne tilbakemelding på både hvordan modellene fungerte, elementer det ikke var redegjort for i modellen og ikke minst normative synspunkter rundt denne måten å organisere velferdstjenestene på.

Den metodiske fremgangsmåten har gjort det nødvendig å være tro mot modellene for å kunne anvende synspunktene på konsekvensene som deltakerne har bidratt til å diskutere og skissere. På bakgrunn av dette vil vi i fremstillingen av de tre modellene for økt statliggjøring i kapittel 4, 5 og 6, først gjøre en kort introduksjon etterfulgt av den fortellingen som deltakerne fikk presentert i E-lab sesjonene. Dette er nødvendig for å vise *hva* deltakerne responderte på. Etter fortellingen har vi først analysert deltakernes umiddelbare respons på modellen. Her er reaksjoner på organiseringen innenfor modellen vektlagt. Videre følger en analyse av modellens konsekvenser i lys av de fire konsekvensdimensjonene, basert på deltakernes vurderinger. Her har vi valgt ut utsagn som viser bredden i synspunktene og kommentarer som representerer et flertall. Sitatene er delvis tatt ut av teksten, noe som viser at et flertall også har hatt liknende utsagn, mens utsagnene innlemmet i tekster illustrerer ulike meninger. Til slutt har vi oppsummert idealmodellen som organisasjonsmodell og deltakernes vurderinger i forhold til modellenes ønskelighet og realiserbarhet. Samme fremgangsmåte er anvendt for kommunemodellen i kapittel 7, men i en noe mer begrenset form. Dette ble gjort ut fra et ønske om å fokusere på modeller for økt statliggjøring, og hvor en ytterliggående kommunemodell kunne bidra til en diskusjon rundt ulike utviklingsretninger.

Idealmodellene viser bilder av en velferdsstat som skiller seg fra den vi har i dag. Mange alternative modeller kunne vært presentert og diskutert. Det viktigste er

likevel den responsen som blir fremprovosert ved presentasjon av forenklede idealmodeller. Disse kan videre bidra til refleksjoner rundt hva som er utfordringen i dag og hvordan stat-kommuneforholdet kan balanseres. Målet med modellene er derfor ikke å komme frem til en normativ, ønsket modell, men heller bidra til å åpne refleksjonen og diskusjonen rundt alternative modeller.

3 Organisering av tjenesteområder i kommune-Norge

Tjenesteområder som behandles i dette prosjektet er i dag organisert svært forskjellig og har følgelig ulikt balanseforhold mellom statlig og kommunal styring. Vi har å gjøre med tjenesteområder der staten har sett på kommunene som viktige aktører i gjennomføringen av store velferdsstatlige reformer. Kommunenes viktigste oppgaver er i dag er skole og helse- og omsorg. Dagens kommuner er i mindre grad infrastrukturkommuner og heller ytterligere styrket som skole- og omsorgskommuner (Andersen m.fl. 2002). Vi vil i dette avsnittet kort redegjøre for den prinsipielle organiseringen av tjenesteområdene og videre hvordan brukerne oppfatter tjenestene.

3.1 Barnehagen

Barnehageområdet har vært i enorm vekst de siste årene som følge av barnehageløftet som ga alle barn over ett år rett til barnehageplass. Historisk har feltet vært fragmentert ved et stort mangfold av barnehager med ulike eierforhold: kommunale barnehager, offentlige og private bedriftsbarnehager, stiftelser, menigheter, enkeltpersoner etc. Fra å ha vært sett på som et barne- og familiepolitisk anliggende, har barnehagene fra 2005 blitt overført til Kunnskapsdepartementet, og dermed blitt en del av utdanningspolitikken. Utviklingen over tid har derfor gått i retning av nasjonal standardisering, hvor makspris og rett til barnehageplass har vært sentrale drivere for kommunens organisering og utvikling velferdstjenesten. Det formelle overordnede ansvaret for de enkelte barnehagene er lagt til kommunenivået. Det er kommunen som er barnehagemyndighet innenfor kommunen som geografisk område. Det innebærer at kommunen er barnehagemyndighet både for private og offentlige barnehager. Kommunen skal sikre at barna som bor i kommunen får et godt og forsvarlig barnehagetilbud.

3.1.1 Demokratisk dimensjonen

De overordnede beslutningene om barnehagepolitikken tas av Stortinget, det vil si gjennom det *nasjonale demokratiet*. Det innebærer at borgerne potensielt kan påvirke barnehagepolitikken gjennom stortingsvalg. *Lokaldemokratiet* påvirker barnehagesektoren gjennom oppgaver kommunene er pålagt av staten. Innenfor disse områdene har kommunene et visst handlingsrom til å bestemme hvordan oppgavene skal løses. I tillegg har kommunene på dette området, som andre, frihet til å gjennomføre politikk som ikke er pålagt kommunene fra staten. Vi kan trekke ut fire viktige områder for den kommunale barnehagepolitikken de siste årene: utbygging, organisering, kompetanse og tilsyn. Kommunene har vært opptatt av *utbygging* av barnehageplasser, *organisering* av barnehagetilbudet og oppbygging av *kompetanse* gjennom rekruttering og utdanning/ opplæring. I tillegg skal kommune være *tilsynsmyndighet* for alle barnehagene i kommunen.

I tillegg til valgkanalen, er det også flere sentrale organisasjoner og interesser som har innflytelse over barnehagesektoren. De sentrale organisasjonene og interessene som er med på å forhandle fram sine interesser på barnehagefeltet er KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) og PBL (Private barnehagers landsforbund) som begge representerer arbeidsgiverinteresser. I tillegg ivaretar KS også kommunenes interesser som barnehagemyndighet. De sentrale arbeidstakerorganisasjonene er Utdanningsforbundet, som først og fremst representerer ansatte med pedagogutdanning, og Fagforbundet som organiserer arbeidstakere i kommunale, fylkeskommunale, private og offentlige virksomheter generelt.

Konsultasjonsordningen er en formalisert arena for dialog og samarbeid mellom staten og kommunesektoren. Selv om ordningen var innført da barnehage-reformen om full barnehagedekning og "makspris" kom på den politiske dagsorden, ble den ikke tatt i bruk i beslutningsprosessen¹⁴. En gjensidig avtale mellom Kunnskapsdepartementet og KS ble inngått på et sent tidspunkt, høsten 2006 (Kunnskapsdepartementet og KS 2006). Formålet med avtalen var å etablere et systemisert samarbeid mellom KS og KD for å nå en rekke mål på barnehageområdet som berører *Barnehageløftet*, regjeringens mål om full barnehagedekning. Avtalen legger stor vekt på partenes ansvar for kvalitet og kompetanse i barnehagetilbudet. Dette er det området i reformen der staten i minst grad har benyttet seg av såkalte sterke styringsvirkemidler (hierarkisk styring), og der det vil være størst grunn til å forvente lokal tilpasning. I 2009 inngikk de to partene en ny avtale. Denne gangen om veiledning av nytilsatte nyutdannede pedagoger i barnehage og grunnopplæringen (Kunnskapsdepartementet og KS 2009).

Brukermedvirkning er hjemlet i lov om barnehager § 4 som omhandler oppnevning og praktisering av foreldreråd og samarbeidsutvalg. Det angår kommunen først og fremst for de barnehagene kommunen selv eier. Foreldreråd og samarbeidsutvalg skal sikre samarbeidet mellom barnas hjem og barnehagen. Foreldrerådet består av alle foreldrene og det velges vanligvis to eller flere representanter fra hver avdeling som danner Foreldrenes arbeidsutvalg (FAU). Noen foreldreråd og samarbeidsutvalg avholder hyppige møter, andre utvalg legger seg på et minimum. Innholdsmessig varierer det også en del mellom barnehagene. Det er viktig å merke seg at barnehageeier skal sørge for at saker av viktighet skal forelegges foreldrerådet og samarbeidsutvalget. Foreldrerådet skal fremme foreldrenes fellesinteresser og bidra til at samarbeidet mellom barnehagen og foreldregruppen skaper et godt barnehagemiljø. Kommunale FAU kan opprettes for å representere interesse- og meningsfellesskap for foreldrene i barnehagene, men dette er ikke hjemlet i barnehageloven. Samarbeidsutvalg (SU) oppnevnes og praktiseres ulikt fra barnehage til barnehage. Barnehageeier skal

14 Måten Barnehagereformen kom i stand på, ved at opposisjonen på stortinget førte saken og at virkemiddelbruken ble bestemt på et tidlig tidspunkt uten forutgående utredninger, gjorde at kommunene selv i liten grad var representert i beslutningsprosessen.

sørge for at saker av viktighet skal forelegges samarbeidsutvalget (jmf. § 4, siste avsnitt i Lov om barnehager). SU har som oppgave å være et rådgivende, kontaktskapende og samordnende organ.

3.1.2 Stat-kommunerelasjon

Stat-kommunerelasjonen er endret på barnehageområdet de siste tiårene. Selv om kommunene har lang tradisjon som barnehageeiere og staten har lagt visse retningslinjer for drift og seinere også innhold i barnehagen, har feltet i liten grad vært preget av sterk styring, verken på nasjonalt eller lokalt nivå. Med "barnehageløftet" ble både staten og kommunen sterkere involvert i barnehagefeltet. I første omgang ble feltet preget av sterkere statlig styring med pålegg til kommunene om å gjennomføre barnehageutbyggingen mot at staten finansierte utbyggingen med øremerkete midler. I tillegg tok staten et tydeligere grep om innholdet i barnehagen. Kommunene fikk frihet til å velge om de selv ville stå som eiere av barnehagene eller om barnehagene skulle eies av private aktører. Her er det stor variasjon i hvordan kommunene har prioritert. Selv om fordelingen av private og kommunale barnehager på landsbasis er 50/50, er det flere kommuner som nesten bare har kommunale barnehager og andre som i overveiende grad har private barnehager. Fra 2011 har kommunene fått finansieringsansvar for barnehagene. Det innebærer at den statlige støtten til barnehagesektoren inngår i rammetilskuddet til kommunene – og det gir i prinsippet kommunene økt handlingsrom til å prioritere innenfor og mellom tjenester. Som barnehagemyndighet (og eier) har kommunen ansvar for å sikre et kvalitativt godt barnehagetilbud. Heri ligger et handlingsrom til å forme innhold i barnehagen og utforming av bygningsmasse etc. Handlingsrommet finnes derfor på barnehageområdet, men vi vet mindre om hvordan (og om) kommunene bruker dette handlingsrommet.

3.1.3 Territoriell-/funksjonell dimensjon

Stortinget tar de overordnede politiske og prinsipielle beslutningene på barnehageområdet, slik som lovgiving. I tillegg til Barnehageloven reguleres barnehageområdet blant annet av Arbeidsmiljøloven og Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Stortinget har bevilget midler til den nasjonale satsingen på utbygging og kompetanseheving gjennom statsbudsjettet, og det var Stortinget som vedtok full barnehagedekning og makspris for barnehageplass.

Kunnskapsdepartementet legger premissene for innholdet i barnehagen, for eksempel gjennom Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver. *Utdanningsdirektoratet* har fra 2012 overtatt ansvaret for kvalitets- og kompetanseutvikling, dokumentasjon og analyse av tilstanden i barnehagene, tilskudd, regelverksforvaltning, tilsyn og veiledningsoppgaver fra Kunnskapsdepartementet. Som statens regionale representant har Fylkesmannen ansvar for statens tilskudd til barnehagene, og veileder og fører tilsyn med at

kommunen gjør jobben som barnehagemyndighet. Formålet med tilsyn av kommunen er å sikre at kravene i barnehageloven blir oppfylt både i den enkelte barnehage og på kommunalt nivå. Dermed skal fylkesmennene bidra til å sikre lik lovforståelse og praktisering, selv om tilbudet kan variere mellom kommunene fordi det skal være lokalt tilpasset (St.meld. nr. 41 2008-2009). Hvilke områder som spesielt fokuseres ved tilsyn framkommer av Kunnskapsdepartementets årlige embetsoppdrag til Fylkesmannen. Fylkesmannen er også klageinstans for barnehagen når det gjelder godkjenning av barnehager, dispensasjon fra utdanningskravet i barnehageloven og for foreldrene når det gjelder fastsetting av foreldrebetaling og vedtak om tilskudd til likeverdig behandling. Ved de fleste fylkesmannsembetene er barnehageområdet organisert sammen med utdanning, men barnehageområdet kan også være tilknyttet sosial- og familiesaker. Fylkesmannen har i tillegg ansvar for å veilede alle barnehageeiere på det området barnehageloven dekker og koordinerer, og initierer utviklingsarbeid i kommuner og barnehager.

Kommunen er den lokale barnehagemyndigheten og har det overordnede ansvaret for at barna får et godt og forsvarlig barnehagetilbud innenfor kommunegrensene. Som barnehagemyndighet skal kommunen veilede, godkjenne og føre tilsyn med både de private og de kommunale barnehagene i kommunen. I 2005 fikk kommunen et eneansvar for å føre tilsyn med barnehagene. Tidligere var ansvaret for tilsyn med barnehagene delt med staten ved Fylkesmannen. Kommunen har hatt ansvar for utbygging og drift av barnehager siden barnehageloven av 1975. Men vedtaket i Stortinget om full barnehagedekning og bevilgning av store ressurser til utbygging av sektoren, det såkalte "Barnehageforliket" (Barnehagetilbud til alle - økonomi, mangfold og valgfrihet, St.meld. nr. 24 (2002-2003)) markerer et skifte i kommunenes rolle som barnehagemyndighet. Her ble kommunene gitt ansvar for full utbygging og drift, samtidig som staten lovet full finansiering av utbyggingen. I løpet av det siste tiåret har kommunene dermed fått et klarere ansvar, blant annet for å skaffe et tilstrekkelig antall plasser, men også for å sikre kvaliteten og kompetansenivået i barnehagen (St.meld.nr 41 2008-2009). I 2011 fikk kommunene ansvar for å finansiere barnehagene.

3.1.4 Innbyggernes vurdering av tjenestetilbudet

Innbyggerundersøkelsen 2009 viser at folk flest er tilfredse med de kommunale barnehagene. Faktisk er barnehagen sammen med skolen den av de fem velferdstjenestene hvor innbyggerne er mest tilfreds med. Innbyggerne vurderer også tilgjengeligheten til barnehageplass som forholdsvis god, vel 58 % vurderer tilgjengeligheten positivt på en skala fra -3 (svært dårlig) til + 3. Her er det imidlertid i overkant av 28 % som svarer «vet ikke». Det kan skyldes at kun i underkant av 4 % som har svart, har personlig brukererfaring med barnehage eller at svaralternativene har vært uklare for respondentene. Flernivåanalyse, der det tas hensyn til både innbyggerne og kommunene samtidig, viser at trekk ved innbyggerne har betydelig større effekt på tilfredsheten med barnehagene enn trekk ved kommunene. Det viser seg imidlertid at innbyggerne som bor i

kommuner med mange ansatte i barnehagene er mindre tilfredse enn i kommuner som har færre årsverk til disposisjon i denne sektoren. Her kan vi stå overfor et endogenitetsproblem i den forstand at kommuner med mange ansatte i sektoren også er kommuner med store utbyggingsutfordringer på denne sektoren som i sin tur gir lavere tilfredshet. Hovedbudskapet fra disse analysene er likevel at omfanget av tjenesten ser ut til å ha liten betydning for tilfredsheten. Forklaringen er heller at innbyggere i større kommuner er gjennomgående mindre fornøyd med velferdstjenestene enn innbyggere i mindre kommuner. Dette er ikke overraskende resultater, og tilsvarende funn er presentert også andre steder (Christensen 2010; Monkerud og Sørensen 2011). En mulig årsak til at egenskaper ved kommunene spesielt ser ut til å spille en liten rolle for barnehagene med hensyn til grad av individuell tilfredshet, kan være at denne tjenesten framstår som mer standardisert enn for helse- og omsorgstjenester.

3.1.5 Internasjonale erfaringer

De nordiske landene tenker relativt likt rundt barnehage som tjeneste. Ofte blir det referert til den "nordiske barnehagemodellen" (se Einarsdottir og Wagner 2006; Sommer et al. 2010; Lohmander et al. 2009; Alvestad 2010). Modellen bygger på en sosialpedagogisk tradisjon med et vidt og helhetlig læringsbegrep. Motvekten er den standardbaserte pedagogiske modellen som har hatt sterkt innpass i land som England og USA. Denne skoleorienterte modellen introduserer innhold og metoder fra skolen i barnehagen med klasseromserfaringer og fokus på kunnskaper som er nyttige i skolen (OECD 2006: 61). Flere peker på at denne tradisjonen ser ut til å vinne innpass også her i Norge (Alvestad 2004; 2010; Østrem et al. 2009; Telhaug 2010).

Også i Danmark og Sverige er det nå tilnærmet full behovsdekning. Rammeverket for barnehagesektoren i Danmark og Sverige har imidlertid en del fellestrekk som en ikke finner i Norge. Som i Norge, har svenske og danske kommuner plikt til å skaffe barnehageplass og barnehagesektoren blir finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene. Videre har kommunene styring med barnehagetilbudet i kommunen fordi det ikke er fri etableringsrett eller rett til godkjenning og fordi alle private barnehager må ha avtale med kommunen for å få tilskudd. Private barnehager finansieres gjennom kommunale bidrag som ligger nær opp til hva kommunen gir til egne barnehager. Det er satt et tak på foreldrebetalingen og reglene om søskenmoderasjon og inntektsgradering er nasjonale. I Sverige og Danmark har imidlertid kommunene en friere beskatningsrett enn i Norge hvilket gir større lokal styring med inntektene.

Ser vi nærmere på barnehagesektoren i Danmark, hører den inn under Socialministeriet, og er ikke knyttet til utdanningssektoren slik som i Norge. Det er ikke gitt nasjonale reguleringer av pedagogisk bemanning, daglig ledelse, lekeareal mv. Kommunene har hatt plikt til å skaffe barnehageplass siden tidlig på 1970-tallet. Kommunen bestemmer selv hvor mange plasser som skal opprettes på bakgrunn av en vurdering av behov og etterspørsel lokalt, men kan også velge å

innføre en ordning med tilskudd til foreldre som passer eget barn eller skaffer privat barnepasser. Tilskuddet er betinget av at barnet ikke går i barnehage. Kommunen bestemmer hvor stort tilskuddet skal være.

Hvis kommunen garanterer for barnehageplass, kan kommunen kreve høyere foreldrebetaling. Garantien innebærer at kommunen har plikt til å tilby plass i barnehage til alle. Omlag 28 prosent av barnehagene i Danmark er eid av private. Det er ikke fri etableringsrett eller rett til godkjenning, og alle private barnehager må ha avtale med kommunen for å få tilskudd. Gjennom driftsavtalen med kommunen er private barnehager med på å oppfylle kommunens forpliktelse til å skaffe barnehageplasser. Kommunen har ikke rettslig plikt til å støtte private barnehager, men bestemmelser om støtte inngår i driftsavtalen mellom private barnehager og kommunen.

I Danmark har kommunene et visst handlingsrom i organiseringen av barnehagetjenestene. Kommunene kan velge ulike løsninger med hensyn til eierskap og når det gjelder foreldrebetaling. Sammen med friere beskatningsrett, gir det kommunene også et visst økonomisk handlingsrom.

3.2 Grunnskolen

De mest sentrale reformene som påvirker stat-kommunerelasjonen på skolefeltet siste 20 år er kommuneloven som ga økt frihet for kommunene til å velge organisasjonsløsninger for kommunale tjenester og skolereformen kunnskapsløftet med ny og målorientert læreplan, der lokalnivået får økt ansvar for å legge innholdet i undervisningen. De siste årene har det vært økt vekt på resultater i skolen, det vil si elevprestasjoner, og sikring av elevrettigheter gjennom tilpasset opplæring og rett til et godt fysisk og psykososialt læringsmiljø. Det er skoleeiers ansvar å arbeide for bedre elevprestasjoner og å sikre elevenes rettigheter. Kommunen som skoleeier er kritisert for ikke å ta ansvar for skolen, og den statlige politikken de siste årene omfatter økt fokus på støtte til skoleeier.

3.2.1 Demokratisk dimensjon

Stortinget tar de overordnede beslutningene om grunnopplæringen (grunnskole og videregående skole). Det betyr at borgerne potensielt kan påvirke skolepolitikken gjennom stortingsvalg. *Lokaldemokratiet* påvirker skolen ved at det er kommunene som har ansvaret for å drive den offentlige grunnskolen. Kommunene har et visst handlingsrom til å bestemme hvordan skolen skal organiseres og hvordan målene for opplæringen skal nås. Lokaldemokratiet er lovpålagt å behandle årlige tilstandsrapporter for grunnskolen politisk og har frihet til å utforme politikk fra skolen som ikke kommer i konflikt med lov og rammer pålagt av staten. Valgkanalen er altså sentral for utforming av nasjonal og lokal skolepolitikk. I tillegg til valgkanalen, er det for grunnskolen også flere sentrale organisasjoner og interesser som har innflytelse. De mest sentrale

organisasjonene som er med på å forhandle fram sine interesser er KS og Utdanningsforbundet, samt Fagforbundet. Som for barnehagen er konsultasjonsordningen regjeringens hovedarena for formell dialog med kommunesektoren når det gjelder grunnskolen. I tillegg til de fire, faste politiske plenumsmøter i året som Kommunal- og regionaldepartementet koordinerer, omfatter ordningen både politisk og administrativ dialog mellom det enkelte departement og KS gjennom året. Fagforeningene er høringsinstanser og representert i ulike råd og utvalg, men har svekkete aksessmuligheter til sentral politikkutforming sammenlignet med perioden etter andre verdenskrig og fram til midt på 1990-tallet, som var preget av trepartssamarbeid (se evt. Homme 2008).

Brukermedvirkning er vektlagt som en egen aksessmulighet også i utformingen av skolepolitikk. *Foreldreutvalget for grunnopplæringen* (FUG) er et rådgivende organ for de nasjonale utdanningsmyndighetene. Parallelt er det i flere kommuner opprettet kommunale foreldreutvalg (KFU). KFUs viktigste oppgaver er å bistå den enkelte skole i skole-hjem-samarbeidet og i saker av felles interesse for skolene i kommunen. KFU skal også være foreldrenes talerør overfor skoleadministrasjon og skolepolitikere, samt ha kontakt med organisasjoner og andre samarbeidspartnere i nærmiljøet.¹⁵ Det nasjonale og de kommunale foreldreutvalgene har ingen formell innflytelse. FUG har først og fremst markert seg som en forsvarer av elevenes rettigheter i forhold til skolen. Foreldres representasjon i foreldreråd og foreldrenes arbeidsutvalg (FAU), samarbeidsutvalg (SU) og styrer ved skolene, er også arenaer for brukermedvirkning. Det varierer mellom kommunene hvilken formell innflytelse foreldrene har på den enkelte skolen. Foreldrerådene fungerer stort sett som velferdsutvalg ved skolene. De tar ansvar for fellesaktiviteter, samler inn midler til utbedring av utearealer og arbeider for gode trafikkløsninger i skolens nærområde. Forsøk med skolestyrer, eller driftsstyrer, på skolenivå er lite utforsket. Det er vanskelig for foreldrene å oppnå reell innflytelse over innholdet i skolen.¹⁶

3.2.2 Stat-kommunerelasjon

Etter at stat-kommunerelasjonen var preget av sektorstyre fram til begynnelsen av 1990-tallet, er forholdet endret og preget av to delvis motstridende trekk (jamfør Homme 2008). En sterkere konsentrasjon av makt til departementet og det sentrale nivået, er kombinert med økt frihet til organisering av kommunale oppgaver. Statens kontrollfunksjon er styrket blant annet gjennom økt

¹⁵ Se www.foreldrenettet.no

¹⁶ Skolestyrer der foreldrene har flertall er blitt mer og mer vanlig i våre naboland, slik som Danmark og Sverige, men har ennå ikke fått gjennomslag i Norge. Erfaringene fra Danmark viser blant annet at det er vanskelig for foreldre å tilegne seg tilstrekkelig kunnskaper om skoledrift etc. (se for eksempel Kristensen 1998).

etterkontroll ved innføring av nasjonale prøver og økt vekt på statlig tilsyn. Staten har også styrket individets rett til å anke lokalstyrets avgjørelser inn for staten ved Fylkesmannen. Ordningen dekker først og fremst retten til å anke avgjørelser om spesialundervisning, men også andre pedagogiske forhold som er definert i Opplæringsloven. Det skal sikre at individuelle rettigheter blir ivaretatt dersom lokalstyret svikter i å ivareta sine oppgaver. Staten benytter ulike virkemidler overfor skoleeiere og skoler. Virkemiddelbruken kan karakteriseres som «myk styring»; på den ene siden benytter staten kontrolltiltak som tilsyn og rapportering, på den andre siden utvikling av veiledningsmateriell til skoleeier og skoler, forsøksmidler (videreføring av gammel ordning), støtte til skoleinitierte prosjekter, men også større nasjonale satsinger knyttet til for eksempel læringsmiljø, vurdering av elever. Det er Utdanningsdirektoratet som er ansvarlig for disse virkemidlene.

Kommunenes rett til å utvikle nye organisasjonsløsninger innebærer et utvidet lokalt mulighetsrom. Løsningene kommunene velger får betydning for karakteren av de politiske prosessene, hvem som er de legitime aktørene, den relevante kompetansen og hvordan sakene blir definert. Det er grunnlag for variasjon langs en rekke dimensjoner. For det første kan valgfriheten få betydning for de formelle grensene mellom forvaltningsnivåene. Når skolesektoren er oppløst, endres forutsetningene for de tette relasjonene mellom styringsnivåene. For det andre får formell organisering betydning for hvilke saker som ses i sammenheng, og hvilke som ikke ses i sammenheng. Når mange eller store saksområder skal ses i sammenheng, forutsettes det at politikerne skal prioritere mellom sakene og dele tilgjengelige ressurser mellom saksfeltene, budsjettmessig, men også i bruk av tid. Prioritering av skole vurderes i forhold til andre hensyn. I 2004 ble forhandlingsansvaret for lærerne overført fra staten til kommunene, slik som i Sverige 13 år tidligere. Denne endringen indikerer større frihet for kommunene til for eksempel å bruke lønn som virkemiddel i rekrutteringen av lærere. Den norske utviklingen de siste 20 årene er dermed preget av to parallelle prosesser, både desentralisering og sentralisering – større lokal autonomi på den ene siden og strammere nasjonal styring på den andre.

3.2.3 Territoriell-/funksjonell dimensjon

Det formelle overordnede ansvaret for skolen er delt mellom staten og kommunene.¹⁷ Kommunene er skoleeier og ansvarlig for skoledrift innenfor kommunegrensene. Kommunene skal sikre et godt og forsvarlig skoletilbud til alle barn i skolepliktig alder.

¹⁷ En liten andel av elevene i skolepliktig alder går i private skoler. Skoleåret 2007/2008 gikk ca 2 % av elevene (2,3 %, SSB) i private grunnskoler.

Stortinget tar de overordnede politiske og prinsipielle beslutningene på skoleområdet, slik som lovgiving og ved behandling av stortingsmeldinger som staker ut retningen for skolepolitikken. Opplæringsloven regulerer grunnskolen og videregående opplæring. Loven regulerer retten og plikten til grunnskoleopplæring og har regler om blant annet opplæringens omfang og innhold, skoleplassering, organisering i klasser/basisgrupper, tilpasset opplæring og spesialundervisning, det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet (omfatter også mobbing), elev-/foreldremedvirkning (herunder rådsorganer), skoleledelse og lærerkompetanse, skyss, klage på mangelfull oppfyllelse av rettigheter og statlig tilsyn med at regelverket blir overholdt (se udir.no). Opplæringsloven fra 1998 ble tilpasset Kommuneloven fra 1992 når det gjaldt bestemmelser som angikk skole, for eksempel ble kravet til at hver kommune skulle ha skolesjef og skolestyre/hovedutvalg for skole fjernet.

Kommunal- og regionaldepartementet fordeler størstedelen av de statlige tilskuddene til grunnskolen og videregående opplæring over sitt budsjett som ledd i inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. Organiseringen av kommuneadministrasjonen er regulert gjennom kommuneloven. *Kunnskapsdepartementet* legger premissene for innholdet i skolen, gjennom utarbeiding av stortingsmeldinger, nedsettinger av utvalg som skal utrede ulike forhold ved skolen etc.

Utdanningsdirektoratet har ansvar for at det blir ført *tilsyn* med landets skoleeiere; kommuner, fylkeskommuner og private skoler for å sikre at elevene får oppfylt sine rettigheter «til en likeverdig opplæring av høy kvalitet» (udir.no). I tillegg gir Utdanningsdirektoratet tilskudd til blant annet skoler, etter- og videreutdanning av lærere og utvikling av læremidler for å bidra til at alle skal få den opplæringen de har krav på. Det er Utdanningsdirektoratet som har utviklet læreplanene i samarbeid med fagmiljøer fra hele landet og som har hovedansvaret for å måle elevenes prestasjoner ved å utarbeide eksamener, nasjonale prøver og kartleggingsprøver for grunnskole og videregående opplæring. Sist, men ikke minst har direktoratet ansvar for utviklingsprosjekter, forskning og statistikk om grunnskolen.

Fylkesmannen påser at kommuner og fylkeskommuner og andre som driver opplæring følger lover og forskrifter (jamfør opplæringsloven § 14-1). Fylkesmannen fører dessuten lovlighetskontroll med kommunale vedtak som er gjort med bakgrunn i opplæringslovene (jamfør kommuneloven § 59). I tillegg behandler Fylkesmannen klager på enkeltvedtak, jamfør opplæringsloven § 15-2. Fylkesmannen deler ut bestemte øremerkede tilskudd til skoleeiere og kommuner og kontrollerer at tilskuddene blir brukt som forutsatt. Fylkesmannen er også involvert i andre former for vurderingsarbeid av grunnopplæringen og medvirker til kvalitetssikring av grunnlagsdata som samles inn av Statistisk sentralbyrå. Fylkesmannen har også en veilederfunksjon overfor kommunene som skoleeier. Fylkesmannen har i praksis ingen direkte sanksjonsmuligheter overfor kommunene.

Kommunen skal oppfylle retten til grunnskoleopplæring og spesialpedagogisk hjelp etter opplæringsloven for alle som er bosatt i kommunen. Hovedregelen er at alle offentlige grunnskoler skal være kommunale. Kommunen skal ha skolefaglig kompetanse i kommuneadministrasjonen over skolenivået. Kommunene står i stor grad fritt til å velge organisatoriske løsninger for skolen ut fra en helhetstenkning om hva som er den beste løsningen for kommunen. Det gir kommunene valgmuligheter, slik at de kan ha ulike politiske og administrative arenaer der skolesaker behandles. Dersom skolesakene blir organisert sammen med andre saksfelt, åpnes det også for at skolesaker blir sett og behandlet i sammenheng med andre felt. I noen kommuner er skolesaker organisert sammen med oppvekst- og fritidssaker i en oppvekstorganisasjon, og den formelle definisjonen av skolen er utvidet. I andre kommuner er skoleorganisasjonen delt. Organisering får dermed betydning for defineringen av saker, men også hvilke aktører som er inkludert i skoleorganisasjonen. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom politisk og administrativ organisering. Forholdet mellom skolenivået og kommunens sentrale administrasjon er ikke hierarkisk på samme måte som før kommuneloven fra 1992, men skolen er del av kommuneorganisasjonen med skoleleder som arbeidsgivers representant. Skoleeiere er forpliktet av opplæringsloven til å utarbeide en årlig rapport om tilstanden i opplæringen. Rapporten skal omhandle læringsresultater, frafall og læringsmiljø og skal drøftes av skoleeier. Det skal være mulig å tilpasse arbeidet med å utarbeide rapporten til det ordinære plan-, budsjett- og rapporteringsarbeidet hos skoleeier. Tilstandsrapporten er en viktig del av det nasjonale kvalitetsvurderingssystemet (NKVS). Den kommunale tilstandsrapporten kan bygges ut med omtale av andre forhold som vurderes formålstjenlig å inkludere i rapporten, sett fra skoleeiers ståsted. Rapporten skal drøftes av skoleeier (jamfør Opplæringsloven § 13-10). Det innebærer at rapporten skal behandles politisk av kommunestyret. Det gir kommunene muligheter til å utforme lokale mål og visjoner for skolen. Kommunene er da også tillagt ansvar for innholdet i skolen gjennom Opplæringsloven.

3.2.4 Innbyggernes vurderinger av tjenestetilbudet

Analyser av Innbyggerundersøkelsen konkluderer med at innbyggerne er tilfredse med velferdstjenestene kommunene tilbyr, og generelt er tilfredsheten høyest for grunnskole og barnehage. 90 % av innbyggerne har vurdert nærheten til grunnskoler som god (fra +1 til +3 på en skala fra -3 til +3). Trekk ved innbyggerne har betydelig større effekt på tilfredsheten med velferdstjenestene. Det gjelder for grunnskolen som for barnehagene. Her er det en svært liten andel av variasjonen i innbyggernes vurderinger av både tjenestene som sådan og tilgjengeligheten kan tilskrives egenskaper ved kommunene. Utdannelse (på universitetsnivå) har liten betydning for innbyggernes tilfredshet med de kommunale velferdstjenestene, bortsett fra når det gjelder mindre tilfredshet med grunnskolen. Høyinntektstakerne er også mindre tilfredse med grunnskole og menn er gjennomgående mindre tilfredse med velferdstjenestene enn det kvinnene er. Personlig brukererfaring har en signifikant *negativ* effekt på tilfredshet med grunnskole. Det kan dermed se ut som om de som har skoen på, kjenner hvor den trykker. Når det gjelder trekk ved kommunene, gir det å bo i kommuner som hatt

befolkningsvekst den siste tiårsperioden seg i utslag er en mer positiv vurdering av grunnskolen.

Når det er sagt, står likevel trekk ved innbyggerne for hovedparten av variasjonen i tjenestetilfredshet. Det gjelder spesielt grunnskolen (og barnehagene) der egenskaper ved kommunene ser ut til å spille en liten rolle med hensyn til grad av individuell tilfredshet. En mulig forklaring på dette kan være, som nevnt for barnehagen, at disse tjenestene framstår som mer standardiserte enn tilfellet er for de andre velferdstjenestene. På individnivå viser analysen at brukerne (her sannsynligvis foreldre/pårørende) er mindre tilfredse grunnskolen enn flere andre velferdstjenester, bortsett fra aldershjem. Men igjen synes det som om andre aspekter enn trekk ved tjenestene som forklarer variasjonen.

3.2.5 Internasjonale erfaringer

Den norske enhetsskolen har vært og er sterk i Norge. Hvordan skolefeltet organiseres i våre nordiske land er relativt lik. Sverige har et offentlig skolesystem med et forholdsvis stort innslag av private eller såkalte frittstående skoler. I 2008 gikk 9 % av svenske grunnskoleelever i en frittstående skole. Andelen er høyere enn for elever i privatskoler i England, men tallet er misvisende fordi skolene i Sverige er offentlig finansiert, og ville vært betegnet som offentlige skoler i England.

Gjennom store deler av det forrige århundret var den svenske skolen preget av sterk statlig styring. Men i 1991 ga staten kommunene økt ansvar for skolen. Desentraliseringen av skolen var et viktig element i omstruktureringen av offentlig sektor, og endringen refereres til som kommunaliseringen av skolen. Den nasjonale styringen skulle skje innenfor en målstyringsideologi. Staten skulle sette de overordnede målene for offentlig politikk, mens hver kommune skulle presisere målene innenfor kommunen; staten skulle stoppe ved kommunegrensen. Den økonomiske politikken fulgte samme logikk, og statlige overføringer skulle fordeles i kommunene. Kommun nivået fikk altså økt frihet til å spesifisere statens mål, men samtidig økte kommunens ansvarsområde. Den nasjonale læreplanen var målformulert, men spesifiseringen av målene og metodene for gjennomføring ble bestemt delvis på kommunenivået og delvis på hver enkelt skole.

I tillegg til desentralisering til kommunenivå, ble det innført fritt skolevalg og større åpning for etablering av friskoler med offentlig finansiering. Nasjonale læreplaner og nasjonale prøver var ikke noe nytt i Sverige, men svenske myndigheter har ikke oppmuntret til konkurranse mellom skoler på bakgrunn av prestasjoner slik som i England. Skoleresultater blir imidlertid offentliggjort. Statens styringsideologi synes å være inspirert av den nyliberalistiske politikken, men markedsløsninger har blitt langt mindre vektlagt enn i England. Skolen har først og fremst vært et offentlig ansvar. Likevel har det vist seg at kommunale skoler har måttet legge ned driften fordi de har mistet elever til privatskolene. I 2000 tok staten på ny opp igjen bruken av øremerkede tilskudd overfor kommunene, blant annet for å rette opp ulikheten som hadde vokst fram. Og

antallet statlige tiltak overfor kommunene har økt siden. I 2003 ble også en statlig skoleinspeksjon etablert.

Utviklingen i Sverige viser at forholdet mellom nasjonal styring og lokal autonomi ikke er helt entydig. Nedbygging av en sentralistisk skoleadministrasjon til fordel for delegert og desentralisert ansvar til kommunenivået, øker ikke nødvendigvis den lokale autonomien og svekker den nasjonale styringen. Staten styrer lokalstyret og skolene gjennom måldokumenter og måling av resultater. Endringene de siste årene tyder imidlertid på at staten tar på seg flere oppgaver for å kontrollere og styre skolen mer direkte på visse områder. Lokalnivået har stor frihet, såfremt de nasjonale målene blir oppnådd.

Styringen av skolesektoren i England kan ses som en motsats til Norge og Sverige, men kan likevel være et interessant sammenlikningsgrunnlag på grunn av skiftet i hvordan skolefeltet styres. I England skjedde et skifte fra lokal styring av de offentlige skolene gjennom Local Education Authorities (LEAs) til sterkere statlig styring og økt brukerinnflytelse på 1980-tallet. England har et differensiert skolefelt preget både av en rekke ulike typer offentlige og private skoler. I 2007 gikk 7,3 % av elevene i *secondary school* i private skoler. I løpet av 1980-tallet, med konservativ regjering, ble skolefeltet endret fra minimal statlig involvering til sterk statlig styring. På samme tid ble lokalstyrenivået, som hadde vært sentralt i utformingen av det offentlige skoletilbudet, svært redusert. Skolenivået fikk imidlertid økt frihet, gjennom lokale skolestyrer (Teelken 1999). Den enkelte skolen kunne også velge å holde seg utenfor de lokale skolemyndighetenes ansvarsområde og forholde seg direkte til staten og departementet.

Et viktig element i den nyliberalistiske politikken til regjeringen var markedsretting av skolen. Regjeringen ville stimulere økte prestasjoner i skolen gjennom elitetenkning og utvikling av skoler som spesialiserte seg på ulike fagfelt. I tillegg ble det, for første gang i Englands historie, introdusert en nasjonal læreplan med kunnskapsmål for alle elever og nasjonale tester i de viktigste fagene. Regjeringen innførte også et inspeksjonssystem for kontroll av skoler og lokale skolemyndigheter. Inspeksjonene ble drevet av et statlig kontor for kvalitet i utdanningen, *Ofsted*, som ble underlagt parlamentet. Labour, som overtok makten i 1997, oppmuntret lokale utdanningsmyndigheter til å konkurrere med næringslivet og private aktører om å drive skoler men også til å inngå i kompaniskap, for eksempel gjennom såkalte Education Action Zones og etablering av spesielle skoler for å forbedre elevprestasjonene i underprivilegerte storbyområder. Staten fortsatte altså å styre gjennom markedet. Lokalstyret fikk muligheter for innflytelse over skolen, men rammene for den lokale autonomien er klart definert. I den engelske skolen har staten trådt inn på et område som tidligere i stor grad var forbeholdt lokalstyret og private skoleaktører, det vil si innholdet i opplæringen. Staten bruker markedet og ulike ekspertorganisasjoner som virkemidler for å nå mange og tvetydige mål for skolen. Staten har tatt sterkere styring over innholdet gjennom mål- og resultatstyring. Slik sett har skoleeiere, inkludert lokalstyret/kommunene, fått begrenset autonomi.

Hva er så konsekvensene av økt statlig innflytelse over skolen i England? Det som trolig har størst betydning for kommunene er at grunnopplæringen organiseres som ulike tilbud i et skolemarked. Det er ingen forutsetning i statkommuneforholdet at kommunen driver skole. Kommunene konkurrerer på linje med andre private (og offentlige) skoleeiere. Sammenlignet med Norge og andre nordiske land dreier dermed ikke konsekvensene seg først og fremst om statkommunereelasjonen. Konsekvensene er knyttet til en markedslogikk der økonomien blir en avgjørende faktor. I et marked der skoler risikerer å bli lagt ned for eksempel på grunn av nedgang i elevtall som følge av dårlige resultater og/eller negativ vurdering etter offentlig inspeksjon, kan grunnlaget for skoledrift være mer sårbart. Skolene markedsfører seg på ulikhet og det er viktig å tiltrekke seg elever. Det innebærer økt sosial differensiering av elever. Denne måten å styre skolen på konsekvenser får også konsekvenser for deltakelse. I tillegg til deltakelse i nasjonale valg, kan borgerne potensielt påvirke gjennom valg av skole, som kunder. Foreldre har også innflytelse gjennom skolens eget styreorgan, skolestyret. Når det gjelder kommunale skoler, kan det hevdes at borgerne indirekte innflytelse over disse via lokalvalg. Samtidig er kommunale skoler avhengig av markedet for å overleve. Skolene og skoleeiere er ansvarlige overfor foreldre – markedet om man vil – og overfor staten.

3.3 Helse og omsorg

Det norske helsesystemet er i internasjonale sammenlikninger ofte omtalt som et desentralisert NHS-system (National Health Services) der tjenestene er skattefinansierte og i hovedsak tilbys av offentlige aktører (Rice og Smith 2002). Sammenlignet med det sentraliserte, statlige britiske NHS-systemet, har kommuner og fylkeskommuner tradisjonelt spilt en sentral rolle i det norske helsesystemet¹⁸. Med sykehusreformen i 2002, der staten overtok de fylkeskommunale sykehusene, har det norske helsesystemet skiftet karakter fra å være et desentralisert til å bli det som er omtalt som et semi-desentralisert system (Hagen og Kaarbøe 2006). I dagens helsesystem er ansvaret for primærhelsetjenestene og omsorgstjenestene lagt til kommunene, mens staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

I 2010 utgjorde de samlede driftsutgiftene til den offentlige spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens refusjoner 195 milliarder kroner. Går vi noen år tilbake i tid, til 2005, utgjorde de kommunale driftsutgiftene til helse- og omsorgstjenester 36 prosent, mens spesialisthelsetjenesten utgjorde

18 Innslaget av private tilbydere i det norske helsevesenet er beskjedent. Bare i overkant av 2 prosent av de somatiske sykehussengene var i 2004 på private hender. I kommunene er brorparten av sykehjemmene kommunale. I 2000 var 90 prosent kommunale, 3 prosent kommersielle og om lag 7 prosent var drevne av frivillige (Johnsen 2006:21).

39 prosent. 25 prosent gikk til andre helserelaterede formål¹⁹. Etter 2005 har veksten vært klart større i kommunenes helse- og omsorgstjenester enn i spesialisthelsetjenesten. I 2010 ble det utført nesten 98 000 årsverk i den statlige spesialisthelsetjenesten, noe som er en økning på ca. fem prosent siden 2005. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene var det en økning i utførte årsverk på nesten 18 prosent (Helsedirektoratet 2011). Av totalt 139 000 årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2010 ble 126 300 årsverk utført i omsorgstjenestene. Økningen i de kommunale tjenestene skyldes særlig sterk vekst i de hjemmebaserte tjenestene.

I et lengre historisk perspektiv har det skjedd en sterk vekst i det offentlige engasjementet på helse- og omsorgsområdet. Mens omsorgsoppgavene tidligere i stor grad ble ivaretatt av familien, og da særlig kvinnene, var det i 2009 den største enkeltsektoren i kommunene målt i brutto driftsutgifter. 28 prosent la utgiftene til omsorg da beslag på, mens 4 prosent gikk til ulike kommunale helsetjenester (St.meld.nr. 12, 2011-2012). De kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør altså en betydelig og voksende del av den kommunale tjenesteytingen.

Sykehus og andre helsetjenester ble tidligere ivaretatt av både private (kommersielle og frivillige) og offentlige aktører. De fleste norske sykehus ble bygget mellom 1900 og 1930 etter lokale initiativ fra frivillige organisasjoner, amt, politikere og medisinske ildsjeler (Byrkjeflot og Neby 2008). I 2010 fantes det om lag 75 sykehus i Norge organisert i 23 lokale helseforetak (Stigen 2011: 92f.). I tallet over antall sykehus inngår ikke distrikts psykiatriske sentre.

Med sykehusloven fra 1970 ble sykehusene overført til fylkeskommunene og som før nevnt fra fylkeskommunene til staten i 2002. I 2003 ble også de fylkeskommunale rusverninstitusjonene overført til staten fra fylkeskommunene, mens deler av den øvrige rusomsorgen ble overført til kommunene. Også en rekke andre reformer har ført til at de kommunale helse- og omsorgsoppgavene har blitt flere. I 1984 ble kommunelege/ allmennlegetjeneste overført fra staten til kommunene, mens helsesøster/helsestasjon ble overført fra fylkeskommunene til kommunene samme år. I 1988 ble de somatiske sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene, mens helsevernet for psykisk utviklingshemmede ble overført fra fylkeskommunene til kommunene i 1991. Med disse oppgaveoverføringene omfatter de kommunale helse- og omsorgstjenestene et stort mangfold av tjenester som omfatter forebyggende tjenester (skole-/ helsestasjonstjeneste), allmennlegetjeneste/legevakt, habilitering/rehabilitering, hjemmehjelp/hjemmesykepleie, institusjonstjenester, herunder sykehjem, og ulike avlastningstilbud (dagsenter ol.)²⁰.

19 I denne prosentfordelingen har vi holdt utenfor utgiftene til Folketrygden.

20 En ytterligere presisering av hva kommunene tilbyr av helse- og omsorgstjenester, finnes i Helsedirektoratets håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen (2009).

3.3.1 Demokratisk dimensjon

Med alle reformene som er gjennomført på helse- og omsorgsfeltet de siste tiårene, står vi igjen med et politisk tonivåsystem med Stortinget og kommunestyret som folkevalgte organ. *Stortinget* styrer gjennom budsjett, lovvedtak og vedtar nye reformer for de statlige tjenestene og de kommunale. Formelt må Stortinget avpasse sin helsepolitiske styring til den formelle tilknytningsformen som er etablert i forhold til de statlige helseforetakene (administrativ desentralisering) og til kommunene (politisk desentralisering). Helse- og omsorgsdepartementet har eier- og styringsansvaret overfor helseforetakene, og det overordnede ansvaret for all helsepolitikk, folkehelse, helsetjenester, kommunale tjenester til eldre og funksjonshemmede og helselovgivning. *Kommunestyret* og lokaldemokratiet påvirker de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom prioriteringer i kommunestyret og gjennom å påse av kommunal og statlig helse- og omsorgspolitikken blir iverksatt.

I forbindelse med den statlige overtakelsen av de fylkeskommunale sykehusene i 2002, ble flere av de sentrale helselovene revidert (eksempelvis helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven) og en ny helseforetakslov ble utarbeidet i forbindelse med etableringen av regionale og lokale helseforetak. Med samhandlingsreformen, iverksatt i 2012, ble det foretatt en gjennomgang av alt regelverk som angår de kommunale helse- og omsorgstjenestene og forholdet mellom disse tjenestene og spesialisthelsetjenesten. I to nye lover (folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven) overføres flere oppgaver til kommunene fra 2012 ved at kommunene skal vektlegge sterkere forebyggende og helsefremmende tiltak, og at de skal etablere tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp fra helse- og omsorgstjenesten.

Flere interesseorganisasjoner finnes på helse- og omsorgsfeltet og utøver innflytelse på den sentrale og lokale helse- og omsorgspolitikken. De viktigste arbeidstakerorganisasjonene er Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund og Den norske legeforening. Disse forhandler med KS for de kommunalt ansatte og med staten for de statsansatte. På pasient- og brukersiden er det i Norge om lag 220 landsdekkende pasient og pårørende organisasjoner for funksjonshemmede og pasienter med ulike kroniske lidelser (Opedal mfl. 2012).

Brukermedvirkning på helse- og omsorgsfeltet er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter som omhandler rettigheter den enkelte har i forhold til fastlegeordningen, fritt valg av sykehus og rettigheter i forhold til fornyet vurdering og individuell plan ved sammensatte behov. Loven gir også retningslinjer for brukers rett til medvirkning og informasjon. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det ikke lovpålagt å opprette brukerutvalg, noe Lov om helseforetak (2001) pålegger de regionale og lokale helseforetakene å opprette. Hvis pasienter vil klage på behandling eller mangel på behandling, sendes klagen til Fylkesmannen. Klagen kan ankes til en klagenemnd i Helse- og omsorgsdepartementet hvis den ikke når fram i første instans. I hvert fylke er det

opprettet pasient- og brukerombud som skal ivareta pasienters interesser og rettssikkerhet i forhold til de kommunale og statlige helse- og omsorgstjenestene.

3.3.2 Stat-kommunerelasjon

Stat-kommunerelasjonen har endret seg på flere områder på helse- og omsorgsfeltet de siste 10 årene. Det ene er den statlige overtakelsen av sykehusene som betyr at alt ansvar for finansiering, eierskap, myndighetsrolle og tilsyn og kontroll er samlet på statlige hender. Et vesentlig utviklingstrekk de ti årene som har gått etter statsovertakelsen, er at staten både styrer og kontrollerer helseforetakene på en sterkere måte nå, til dels i strid med den administrative fristilling og myndiggjøring av helseforetakene som er nedfelt i helseforetaksloven (Opedal og Stigen 2005, Opedal og Rommetvedt 2010). I departementets oppdragsstyring er samarbeid med kommunene blitt stadig mer vektlagt.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har tradisjonelt vært mindre styrt fra staten enn for eksempel skolefeltet. Her har utviklingen imidlertid gått i retning av sterkere statlig styring, noe som skyldes flere forhold. For det første har omfanget av regelstyring blitt mer omfattende. Difis undersøkelse (2010) viser at det i 1999 var 14 lover som regulerte de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I løpet av årene fram til 2009 ble det foretatt til sammen 58 lovendringer (inkludert flere nye lover). I tillegg kom 44 endringer i forskriftsverket. I 1999 var det til sammen 16 forskrifter, mot 56 i 2009 på helse- og omsorgsfeltet.

For det andre har det vært en økning i øremerking av budsjettmidler som følge av at antallet statlige handlingsplaner på helseområdet har økt. I 2004 var det 8 statlige handlingsplaner. I 2008 hadde antallet økt til 16 (Difi 2010). Samhandlingsreformen inneholder også flere økonomiske virkemidler. Reformen omfatter: a) kommunal medfinansiering av bestemte somatiske spesialisthelsetjenester, b) økt og raskere betaling for utskrivingsklare pasienter som blir værende på sykehus, og c) tilskudd etter søknad til etablering av øyeblikkelig hjelp/døgnopphold i kommunene. Sistnevnte er øremerkede tilskudd, mens de to førstnevnte kompenseres med økte rammetilskudd til kommunene. Felles for de nye ordningene er at de er ment å gi kommunene insentiver til å overta en større del av helse- og omsorgstjenestene.

I denne sammenheng kan det være grunn til å påpeke at det lenge har vært et grunnleggende prinsipp i norsk offentlig forvaltning at både beslutningsmyndigheten, ansvaret for å tilby bestemte tjenester, og ansvaret for å finansiere disse skal være samlet på én hånd (jfr. NOU 1989:5, NOU 2000:22) På den måten antas det at man får en helhetlig og samlet vurdering og prioritering av ulike tjenester, samtidig som man unngår svarteper-spill der en part sitter igjen med utgiftene mens en annen part nyter godt av fordelene. De nye finansieringsordningene i samhandlingsreformen må kunne sies å bryte med dette prinsippet.

For det tredje har omfanget og detaljeringsgraden i avtaleverket mellom staten og kommunene økt som følge av samhandlingsreformen. Allerede i 2003 ble det inngått en bilateral avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. Denne avtalen ble i 2007 supplert med en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. I 2011 ble det inngått en intensjonsavtale om gjennomføring av samhandlingsreformen mellom HOD og KS. Disse bilaterale avtalene har vært en del av konsultasjonsordningen mellom staten og kommunene. I utgangspunktet er avtalene tenkt å være et "mykere" styringsalternativ til lovfesting og øremerking, men som vi har sett, kombinerer staten ulike virkemidler noe som samlet sett kan gi stor påvirkningskraft.

I de senere år har de fleste norske kommuner og de statlige helseforetakene på frivillig basis inngått samarbeidsavtaler, etablert samarbeidsutvalg og iverksatt ulike samarbeidstiltak med sikte på å bedre samordningen mellom de to instansene. Utviklingen har hatt preg av en "bottom up"-prosess der man på lokal basis har forsøkt å løse aktuelle samordningsproblemer (Opedal mfl. 2011). Det nye i forbindelse med samhandlingsreformen er den lovpålagte plikten til å inngå avtaler, de detaljerte kravene hva avtalene skal omfatte, og den detaljerte veiledningen fra statens side om utforming og innholdet i samarbeidsavtalene og etablering av samarbeidsorganer (HOD, 2011). Slike avtaler ble også inngått før reformen, men de har som oftest vært generelle intensjonsavtaler som i liten grad har forpliktet partene. Helseforetakene ser også ut til å ha hatt større innflytelse på utformingen av de tidligere avtalene, enn kommunene (Askim mfl. 2010). Alt i alt kombinerer samhandlingsreformen relativt "harde" rettslige og økonomiske virkemidler (som avtaleplikten mellom kommuner og helseforetak og nye finansieringsordninger) med "mykere" virkemidler av informativ og organisatorisk art (som den nasjonale veilederen for utforming av samarbeidsavtaler og samarbeidsfora).

Som vi har sett, er det altså flere element i samhandlingsreformen som peker i retning av en tilstramning av den statlige styringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Men som det påpekes i en bok om det norske flernivådemokratiet, så er ikke utviklingen i stat-kommune-forholdet entydig (Reitan et al. 2012). I en studie av utviklingen i den statlige styringen av de kommunale eldreomsorgstjenestene, hevder Vabo (ibid. s. 125) at "...omfanget av styringen [den statlige] har vært tiltakende, men over tid er blitt mykere heller enn hardere". Den statlige styringsiveren har altså tiltatt, men i tråd med nye, moderne former for styring, har denne styringen blitt mykere og mer orientert mot dialog og prosesstyring heller enn resultater og innhold. Disse funnene står i kontrast til påstanden om at kommunene har "tapt sin rett" som følge av sterkere statlig rettighetslovgivning (Fimreite 2003), en utvikling som medvirket til en konklusjon i Makt- og demokratiutredningen om at lokaldemokratiet var vingeklippet av statlig rettighetslovgivning og effektivitetshensyn (NOU 2003:19).

Konklusjonen i Makt- og demokratiutredningen ble imøtegått av lokal-demokratikommisjonens rapport fra 2005 (NOU 2005:6) der det ble hevdet at det ikke finnes empirisk støtte for en ensidig endring i balanseforholdet mellom lokalt

selvstyre og statlig styring i favør av staten. Det besnærende med Vabos analyse er at den viser en tiltakende statlig bruk av alle typer statlige virkemidler på eldreområdet, informative, organisatoriske, finansielle og regulatoriske, men at alle disse har gjennomgått et skift fra «hardere» varianter til «mykere». I sum har altså den statlige styringsinnsatsen økt, men den økte styringen har altså blitt mindre effektiv, forstått som effektiv statlig påvirkning av lokale prioriteringer og aktiviteter. Denne ansatsen til en justert oppfatning av stat-kommuneforholdet på eldreomsorgsområdet, er unektelig interessant, og ikke så rent lite oppsiktsvekkende. Evalueringer av den iverksatte samhandlingsreformen (fra 2012) vil forhåpentligvis gi flere svar på om den er dekkende for utviklingen framover i stat-kommune-forholdet, ikke bare på eldreområdet, men for alle helse- og omsorgstjenestene.

3.3.3 Territoriell-/funksjonell dimensjon

Stortingets engasjement i helse- og omsorgssaker omfatter både saker som regjeringen legger for Stortinget (budsjettforslag, lovforslag, reformforslag) og saker Stortinget på eget initiativ tar opp (private forslag, spørsmål, enkeltvedtak). Utviklingen i Stortinget engasjement i sykehussaker økte etter sykehusreformen på tross av reformens ambisjon om å styrke den overordnede mål- og rammestyringen (Opedal og Rommetvedt 2005). Også spørreaktiviteten på sykehusområdet har økt, også etter de første årene etter reformen (Opedal og Rommetvedt 2010).

Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde favner vidt, og inkluderer folkehelse, primærhelsetjenesten, sykehusene, tannhelsetjenesten, psykiatrisk hjelp, rusomsorg, legemidler og pleie- og omsorgstjenester. Utforming av politikken står sentralt i departementets arbeid, og de har et overordnet ansvar for at vedtatt politikk blir iverksatt som intendert. *Helsedirektoratet* er departementets faglige forvaltningsorgan på sosial- og helseområdet, og har delegert myndighet på noen områder av sosial- og helselovgivning. Direktoratet skal iverksette politikken samt gi råd til sentrale myndigheter, kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Direktoratet har også ansvaret for pasientombudene og for helse- og sosialtjenester hos fylkesmennene. *Statens helsetilsyn* har det overordnede faglige tilsynet med helse- og sosialtjenestene. Helsetilsynet i fylket og fylkesmannen fører tilsyn med henholdsvis kommunenes helsetjeneste og sosialtjenesten. Helse- og sosialavdelingene hos *fylkesmannen* gir råd til ledelsen i helseforetak og kommuner, til helsepersonell og innbyggerne. Det dreier seg om hva slags rettigheter innbyggerne har, hvilke plikter helsetjenesten og helsepersonellet har, hva som er rette fagmiljø for oppdatert kunnskap og hva som fremmes fra statlig hold når det gjelder reformer, satsingsområder, handlingsplaner ol.

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Som helse- og omsorgsmyndighet skal kommunen prioritere, vedta og iverksette den kommunale helsepolitikken på en slik måte at den også ivaretar statlige mål og retningslinjer. Organisatorisk har det de siste 20 årene skjedd store endringer i

kommunene både i forhold til den politiske, administrative og faglige organiseringen. De tidligere helse- og omsorgsutvalgene i kommunestyret eksisterer fortsatt i en del kommuner, men stadig flere har enten organisert helse og omsorg som en del av oppveksttjenestene (oppvekstutvalg/komiteer) eller integrert dem i såkalte driftsutvalg der alle kommunens tjenester inngår. Den tredje varianten er at alt av sektor/tjenesteutvalg er lagt ned (utover de lovpålagte, formannskap, planutvalg) der formannskapet og kommunestyret er de sentrale politiske organene (Hovik og Stigen 2008). På administrativ side, er det i hovedsak to modeller som rår: Enten den tradisjonelle etatsmodellen med en egen helse- og omsorgsetat (evt. integrert med andre tjenesteområder) eller en tonivåmodell der alle helse- og omsorgstjenestene er organisert i resultatenheter som så forholder seg til rådmannsnivået (Opedal mfl. 2003). Alle disse omorganiseringene i kommunene har gjort at den organisatoriske sektorkoplingen mellom kommune og stat er blitt svekket. På den faglige siden har omfanget av hjemmebaserte tjenester økt mer enn de institusjonsbaserte.

3.3.4 Innbyggernes vurderinger av tjenestetilbudet

Innbyggerundersøkelsen 2009 (Difi 2010) viser at innbyggerne stort sett er tilfredse med sykehjem, aldershjem og hjemmehjelp med en klar overvekt av positive vurderinger. Rundt 40 prosent av innbyggerne befinner seg på den positive skalaen der minus 3 er svært dårlig og pluss 3 er svært bra. Tilfredsheten med skoler og barnehager er imidlertid høyere enn for disse tre omsorgstjenestene, og blir særlig tydelig når det gjelder folks vurdering av tilgjengeligheten til sykehjem, aldershjem og hjemmehjelp. Sistnevnte tjeneste oppnår en skår på 35 prosent, mens bare ca. en fjerdedel av innbyggerne er fornøyde med tilgjengeligheten til sykehjem og aldershjem. En flernivåanalyse (Christensen 2011) viser at trekk ved innbyggerne er det som i stor grad forklarer variasjon i tilfredshet. Høyinntektstakere er mindre tilfredse med sykehjem enn andre. Gjennomgående er også menn mindre tilfredse enn kvinner. De eldre innbyggerne er også mer fornøyde enn de yngre. Det er i denne undersøkelsen også slik at de som er brukere av tjenestene er mer negative enn de som ikke er brukere. Det er altså de som har skoen på som kjenner hvor det trykker. Trekk ved kommunene viser få utslag. Det er ikke slik at de kommuner som har mange institusjonsplasser har mer fornøyde innbyggere enn innbyggerne i kommuner med få plasser. Heller ikke størrelsen på driftsutgiftene til omsorg slår ut i forhold til tilfredshet. Faktisk gjør det seg gjeldende en negativ korrelasjon i den forstand at de kommunene som bruker ekstra mye på pleie og omsorg har flere innbyggere som er misfornøyde med sykehjemstilbudet.

3.3.5 Internasjonale erfaringer

I innledningen til dette delkapitlet om helse- og omsorgstjenestene, så vi at det norske helsesystemet gjerne omtales som et desentralisert NHS-system. Tilgangen på helsetjenester er universell og tilbys mest mulig likt til hele befolkningen

uavhengig av bosted og sosial status i et offentlig finansiert og eid helsesystem (Blank og Bureau 2009). Denne modellen fins i sin klareste form i de Skandinaviske landene og i Storbritannia. Magnussen et al. (2009) setter et skille mellom de sentraliserte britiske modellen og den desentraliserte skandinaviske modellen, og introduserer det de omtaler som den «Nordiske helsestatsmodellen». Denne karakteriseres ved å ha to grunnleggende mål, likhet og deltakelse og har en struktur som, foruten å være offentlig eid og finansiert, er basert på en oppgavefordeling mellom sentralt, regionalt og lokalt nivå. Den siste dimensjonen skiller den nordiske modellen fra den britiske, i den forstand at kommunenivået spiller en begrenset rolle i det britiske NHS-systemet.

Vi har valgt å undersøke hvilke erfaringer danskene og britene har med sine helsesystemer i tillegg til Norge. De tre landene er i samme «familie», altså offentlige NHS-systemer. I 2010 var 85 prosent av helseutgiftene i Danmark offentlige, mens de var 84,1 prosent i Storbritannia. Norge hadde i 2010 samme prosentandel som Storbritannia²¹. De tre landene skiller imidlertid lag på vesentlige punkter når det gjelder helsesystemets oppbygning. Mens Norge har en politisk tonivåmodell (stat/kommune) på helsefeltet, har Danmark en trenivåmodell (stat/region/kommuner). Storbritannia har en politisk ettnivåmodell i den forstand at både spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester er statlige. Disse strukturelle forskjellene kan tenkes å gi opphav til ulike erfaringer når det gjelder likhet, prioriteringseffektivitet, ansvarsutkreving og (lokal-)demokrati. Gjennomgangen er basert på rapporter og faglitteratur.

Danmark

Strukturreformen, iverksatt i 2007, medførte at de 14 amtene som tidligere var politisk ansvarlig for sykehusene og andre spesialisthelsetjenester, ble erstattet av fem politisk styrte regioner. I tillegg til sykehusene, har de fem regionene fått ansvar for allmennlegene. De nå 98 kommunene (tidligere 248) har beholdt sin tidligere portefølje av oppgaver som institusjonsbaserte og hjemmebaserte omsorgstjenester, men har i tillegg fått et større ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid og mer spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Det danske systemet er således basert på at all behandling skal skje på regionalt nivå, mens forebygging, omsorg og rehabilitering skal skje på kommunalt nivå.

For å sikre god pasientflyt mellom regionene og kommunene, er det opprettet samarbeidsutvalg i hver region (sundhedskoordinationsudvalg), samt etablert et

21 Helseutgiftene per innbygger er imidlertid ganske forskjellige i de tre landene (jf. OECDs helsestatistikk for 2012). I 2010 var helseutgiftene i Norge per innbygger 5352 dollar, mens de i Danmark og Storbritannia var henholdsvis 4348 dollar og 3487 dollar. Helseutgiftene, både offentlige og private, er dermed klart høyere i Norge enn i de to andre landene slik OECD beregner dem. Som andel av BNP, er det også visse forskjeller med hensyn til hvor mye de samlede helseutgiftene utgjør. I 2010 utgjorde de 9,4 prosent av Norges BNP, mens de i Danmark og Storbritannia utgjorde 11,1 prosent og 9,6 prosent.

omfattende avtaleverk (sundhedsaftaler). De danske avtalene er langt mer omfattende og detaljerte enn det de frivillige norske avtalene var før samhandlingsreformen i 2012 (jfr. Opedal et al., 2011). Samhandlingsreformen kan sies å legge opp til en mer utpreget "top down"-prosess som har mye til felles med det opplegget som er nedfelt i den danske Sundhedsloven og den tilhørende Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Norge har også adoptert den danske ordningen med kommunal medfinansiering av de somatiske sykehustjenestene.

En studie av samhandlingen mellom regioner og kommuner på eldreområdet viser imidlertid at pasientforløpene er i for stor grad preget av en "stafett" mellom ulike instanser som sykehus, allmennleger og ulike tjenestetilbud i kommunene. Medvirkningen fra brukerne er også beskjeden. En rapport viser at avtalene mellom kommuner og sykehus i flere tilfeller ikke er implementert i de ytterste ledd i fagmiljøene, og at det er svært vanskelig for de fem regionene å få med allmennlegene slik avtalene legger opp til (Vrangbæk 2011).

Den danske strukturreformen har vært gjenstand for ulike studier, men det er først høsten 2012 det foretas en offisiell evaluering av reformen bestilt av den danske regjeringen. Hittil (høsten 2012) foreligger enkelte studier, blant annet om prosessen fram mot reformvedtaket, utviklingen i stat-kommune-forholdet og utviklingen i den politiske deltakelsen. Kun 1 av 5 dansker beskriver reformen som en suksess (A&B Analyse 2012). En studie utført av Jens Blom-Hansen (2010) ved Aarhus universitet konkluderer med at Danmark er på veg bort fra det kommunale selvstyret og at staten har økt sin styring av kommunene²². Kommunene har fått nye oppgaver med strukturreformen (desentralisering), men gjennom sterkere styring av kommunenes økonomi har staten økt sin innflytelse. Kombinasjonen av nye oppgaver til kommunene og mer statlig styring, beskrives som en bevegelse bort fra den kommunale selvstyremodellen til den integrerte velferdsstaten. Blom-Hansens oppfatning er at denne utviklingen reduserer den velferdsgevinst som ligger i å tilpasse de kommunale oppgavene mest mulig til lokale preferanser og behov (reduisert prioriteringseffektivitet)²³. Gevinsten er en større grad av standardisering av de regionale og kommunale tjenestene. Et eksempel er innføring av flere evidensbaserte tjenester i sykehus og legetjeneste og likeartet metodikk. Innføring av sykehusplanen med færre og større sykehus, forventes å gi mer standardiserte tjenester.

²²http://ps.au.dk/fileadmin/site_files/filer_statskundskab/Dokumenter/Uddannelse/Efter-og_videreuddannelse/Aarhusseminar2010_OplaegOgKort/Slides/jens_blom_hansen.pdf.

²³ Blom-Hansen viser blant annet til at staten har lagt begrensninger på den kommunale skatteutskrivningsretten. Blant annet skjer dette ved en automatisk justering av det statlige blokktilskuddet til den kommune som måtte velge å heve skattesatsen. Det er også innført en ny budsjettavtale med fireårige «budsjettløfter» fra stat, region og kommune, der overskridelser automatisk vil bli sanksjonert.

En undersøkelse av danske KL (tilsvarende norske KS), viser også at danske kommuner i økende grad etter 2012 har tatt ut effektiviseringsgevinster. Denne konklusjonen støttes i en ny bok om «Den danske kommunekonstruktion» (Klausen 2011). Der pekes det på at i kjølvannet av strukturreformen har regionene og kommunene høstet stordriftsfordeler og skapt økt produktivitet og effektivitet, mens kvalitets- og servicenivået (performance) på kommunenes tjenester er i liten grad påvirket av reformen.

Overskriftene i aviser og rapporter har vært langt mer negative med hensyn til lokaldemokratiet. En undersøkelse utført for den sosialdemokratiske tenketanken Cevea, viser at to tredjedeler av den danske befolkningen opplever at de politiske beslutningene er rykket lengre vekk fra deres hverdag²⁴. 56 prosent er enige i en påstand om at det demokratiske fellesskap i Danmark er avtakende (Interresearch 2011). Det vises også til at valgdeltakelsen ved kommunevalgene etter reformen har falt. I 2009 var stemmeprosenten 65,8, den laveste på 35 år. En undersøkelse utført av AKF (Anvendt Kommunal Forskning 2009) viser at kommunalpolitikere føler de har mistet innflytelse til folketingspolitikere, departementene og kommuneadministrasjonen etter 2007. Flere oppgaver har ikke betydd større innflytelse slik kommunepolitikere ser det. Snarere opplever politikere at statens styring er blitt sterkere.

Enkelte studier tegner imidlertid et mer optimistisk bilde av den politiske deltakelsen etter strukturreformen. I boken «Offentlig styring som pluricentrisk styring» (2011), redigert av Eva Sørensen ved Roskilde Universitet, sammenfattes en fireårig følgestudium av Region Sjællands tilblivelse som arena for offentlig styring etter reformen. Selv om regionen fikk en trang start, har den i dette tidsrommet langsomt utviklet seg til en velfungerende arena for den stadig mer utbredte formen for offentlig styring, pluricentrisk koordinering. Denne formen for styring oppstår i situasjoner hvor det verken er et klart hierarki eller klar arbeidsdeling. I slike situasjoner er basis i styringen forhandlingsbasert samarbeid. Selv om studien konkluderer med at det er behov for nye studier, viser den at regionpolitikere aktivt kan ta del i utviklingen av regionen om de klarer å fylle politikerrollen med nytt innhold.

England

Det britiske NHS-systemet ble etablert i 1948 og har ansvar for helsefremmende arbeid, primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. I hovedsak ivaretas disse tjenestene av offentlige utførere. Antall ansatte i NHS-systemet er rundt 1,4 millioner, og NHS omtales ofte som Europas største offentlige organisasjon. I tillegg til NHS, har det det britiske parlamentet og Helsedepartementet et overordnet politisk ansvar for ulike omsorgstjenester. Disse ivaretas dels av frivillige organisasjoner og kommunale myndigheter, men disse får tilskudd fra staten.

²⁴http://www.cevea.dk/files/materialer/analyser/notat-kommunalreformen_knaekker_naerdemokratiet.pdf

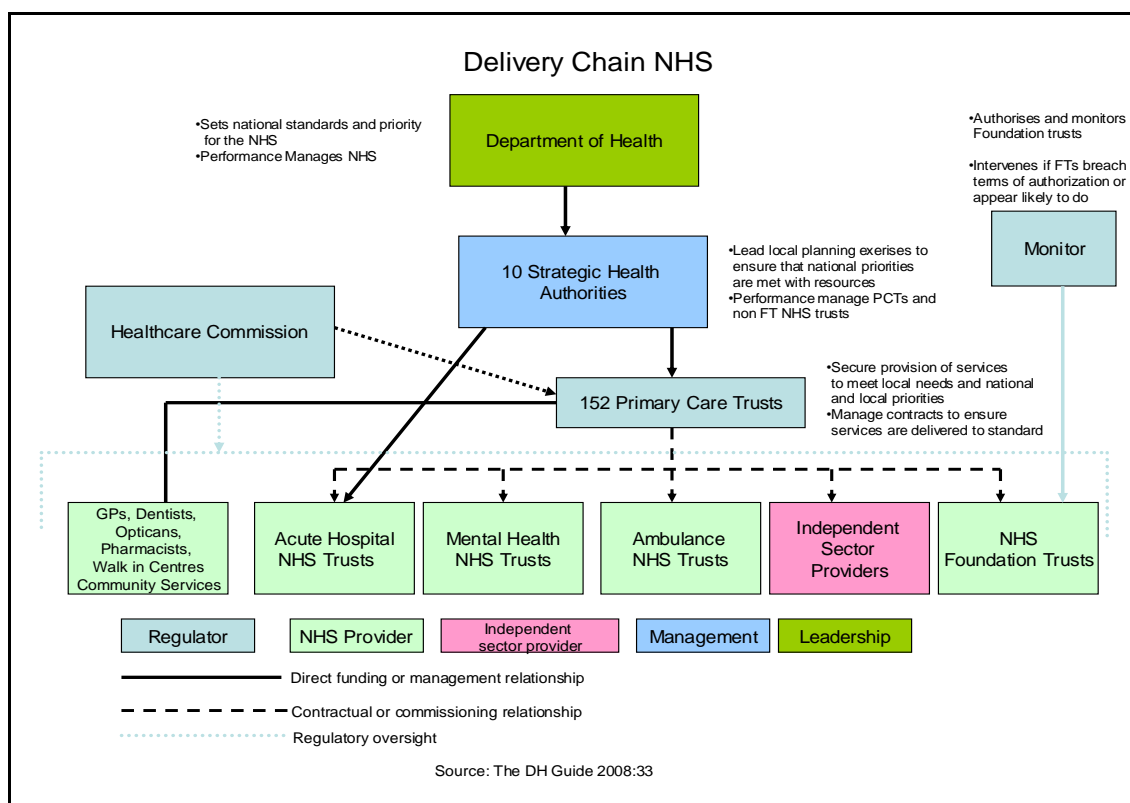
I det følgende har vi referert til det engelske NHS-systemet, da helsesystemene i Skottland, Wales og Nord-Irland har utviklet seg forskjellig fra det engelske etter at disse landene fikk egne parlament i 1999. Vi har gitt en kortfattet presentasjon av det engelske helsesystemet, hvordan det i grove trekk er organisert og hvilke effekter det har for de nevnte effektindikatorerne i innledningen. For mer utdypende beskrivelser av det engelske helsesystemet, viser vi til Boyle (2011), Stigen (2010), Opedal og Rommetvedt (2010), Klein (2008) og Ham (2004).

England har et svært omfattende og komplekst helse og omsorgssystem sammenliknet med Norge og Danmark noe som framgår av organisasjonskart tilgjengelig via link²⁵. Vi viser også til ytterligere organisasjonskart i Stigen (2010:39ff.). Siden 1970-tallet har NHS-systemet gjennomgått flere omfattende reformer. I 1974 ble det opprettet 90 helsedistrikter som inkluderte både akuttbehandling og forebyggende arbeid. I tillegg ble det opprettet 90 legepraksiskomiteer, samt 14 regionale helsemyndigheter. Thatcher-regjeringen innførte i 1991 det «indre marked» med en bestiller-utfører modell der allmennlegekontorene fikk en bestillerrolle, mens det ble opprettet en utførerstruktur basert på fristilte somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og legepraksiser, alle omgjort til NHS-trusts. I 1997 gikk New Labour inn for en «tredje veg», et helsesystem basert på flere frivillige tjenesteytere, mer fristilte NHS-trusts og en ny bestillerorganisering basert på Primary Care Trusts (PCT) og 10 regionale myndigheter (Strategic Health Authorities, SHA). I stedet for de konservatives kvasikonkurransmodell, ble det gradvis fra 1997 innført en bestiller-utfører modell som i større grad ble basert på forhandlinger og langsiktige avtaler mellom bestillere og utførere. I de tre periodene med Labour-regjeringer ble utførerne fristilt i den forstand at det ble opprettet såkalte Foundation trusts (FT). Gjennom styre og bedriftsforsamlinger er disse i større grad forankret i sine lokalsamfunn noe som har medført en mer kompleks ansvarsutkrevingsstruktur. Disse står ikke bare ansvarlige overfor Helsedepartementet (Department of Health, DH), men er også formelt ansvarlige overfor lokale myndigheter, lokalsamfunn, pasientforeninger. Labour-regjeringene innførte også nye reguleringsorgan, uavhengige utvalg og systemer som NICE og CQC, med ansvar for å følge opp og kontrollere kvalitet i tjenesteytingen, effektivitet og budsjettbalanse.

Helsedepartementet stilles til ansvar av det britiske parlamentet gjennom spørsmål og granskninger av departementets virksomhet og dets underliggende virksomheter. Departementet ledes av «Secretary of State for Health, som er et valgt parlamentsmedlem, som er assistert av to ministere, en for helse og en for

²⁵ http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_074767:

omsorg. Administrativt er Helsedepartementet ledet av «the Permanent Secretary» som under seg har «the Chief Medical Officer, the NHS Chief Executive og «the Director General for Social care, Local government & Care Partnerships. Systemet med de 10 regionale myndighetene, de 152 bestillerne (PCTs) og de ulike offentlige, private og frivillige utførerne, som alle kontrolleres av flere uavhengige tilsyns- og kontrollmyndigheter, utgjør det operative systemet hvor vedtatt politikk iverksettes.



80 prosent av NHS sitt budsjett fordeles til de 152 PCTene. Ut fra en legefaglig vurdering henvises pasienten til et helsetilbud, omsorgstilbud eller rehabiliteringstilbud. Dette fungerer som bestilling, og pengene følger så pasienten på bakgrunn av henvisningen. Deretter er det opp til det utførende leddet å gi et best mulig tilbud til vedkommende.

Når det gjelder effekter av det engelske NHS-systemet, foreligger det ulike kartlegginger. Tenketanken og utredningsinstituttet Kings Fund gir ut månedlige og årlige rapporter om tjenesteytingen (NHS performance). Det er også gjort en sammenfatning i en omfattende rapport til Verdens helseorganisasjon som dokumenterer effekter av Labour-regjeringenes reformer etter 1997 (Boyle 2011:377ff.). Når det gjelder tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, målt i ventetider på behandling, har det vært en kraftig nedgang i tidsrommet 2000-2008. Etter 2008 har det vært en liten økning igjen. Å få hjelp raskt når det trengs, uavhengig av sosial status og geografi, er et viktig kriterium for å kunne gi et likt

tilbud til den som trenger det. Slagordet i England har vært «equal access for equal need». Når det gjelder tilgang til allmennlege og hjemmehjelp, har målsettingen vært at det skal en få tilbud innen henholdsvis 48 timer og 24 timer. Her har måloppnåelsen vært 89 prosent i forhold til målsettingen om legehjelp. Utfordringen i forhold til likhet er at tilgjengeligheten til helsetjenestene fortsatt varierer mellom ulike regioner.

Prioriteringseffektiviteten skal sikres ved å fordele budsjettet på de 152 PCTene, bestillerne, og ved at disse er gitt stor frihet til å tilpasse ressursfordelingen i tråd med de lokale behovene. Også de uavhengige kontroll- og tilsynsorganene har en oppgave i forhold til å påvise manglende prioriteringseffektivitet ved hjelp av kvalitets- og servicemålinger. Det er imidlertid stor usikkerhet rundt hvor prioriteringseffektivt dette bestiller-utførersystemet er. Rask økning i NHS sitt budsjett over en 10-års periode har imidlertid gjort det mulig for NHS å gjøre mer av alt. Når det gjelder produktivitet (teknisk effektivitet), har ulike Labour-regjeringer lyktes i å redusere input kostnadene i tjenesteytingen på en del områder. Når det gjelder kvalitet, målt gjennom pasient/brukerundersøkelser, viser de at tilfredsheten med NHS har økt siden 1993. Mellom 1997 og 2007 økte andelen svært og nokså fornøyde fra 34 prosent til 51 prosent.

Når det gjelder politisk deltakelse, kan engelskmennene stemme ved parlamentsvalgene og ved lokalvalgene til de 354 kommunene i England. For øvrig er det utarbeidet et regelverk som skal ivareta pasientenes (brukernes) rettigheter. Disse inkluderer garantier i forhold til klageadgang, ventetider og rett til fritt valg av sykehus. NHS er også pålagt å gjennomføre regelmessige pasientundersøkelser for å sjekke hvor tilfredse pasientene er med de tjenester de får. Ordningen med NHS Foundation trusts har også økt mulighetene for at både organiserte pasientgrupper, og representanter for lokalbefolkningen, kan velges til styrende organer.

3.4 Oppsummering: Organisering av velferdstjenestene i kommune-Norge

Gjennomgangen av de mest sentrale velferdstjenestene som kommunene har ansvar for i dag, viser at de er svært ulikt organisert. Skolesektoren har de siste 20 årene vært preget av to parallelle prosesser, både desentralisering og sentralisering – større lokal autonomi på den ene siden og strammere nasjonal styring på den andre. Det samme gjelder barnehagesektoren som de senere år har opplevd større grad av nasjonal standardisering, men som fortsatt er et kommunalt ansvar. Helse og omsorgssektoren er gjennom samhandlingsreformen inne i en omstilling, hvor kommunens rolle i produksjonen av helse og omsorgstjenester skal styrkes ytterligere. I tillegg skal samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen utvikles gjennom en integrert og «sømløs» organisering.

Når det gjelder innbyggernes vurdering av tjenestetilbudet på de tjenesteområdene som dekkes i dette prosjektet skal det noteres at utgangspunktet er en generell høy tjenestetilfredshet. Innbyggernes er i det store og hele fornøyd med det tilbudet som gis av staten og kommunene i felleskap. Samtidig viser forskning at tilbudet er skjevfordelte, og denne skjevheten blant annet kan tilskrives andel eldre innbyggere og kommunenes inntektsnivå. Gitt at utgangspunktet (og utfordringene) for kommunene er forskjellig kan det ikke komme som noen overraskelse av tjenestetilbudet varierer. Analyser gjennomført innenfor rammene av dette prosjektet viser derimot at selv om tjenestetilbudet varierer mellom kommunene slår denne variasjonen *ikke* særlig merkbart ut i varierende tilfredshet med disse tjenestene. Det er andre egenskaper ved kommunene som blant annet, størrelse og bosettingsstruktur som forklarer det meste av variasjonen i tilfredshet mellom kommuner. Det er ikke tjenestene i seg selv, men *konteksten* disse tjenestene tilbys i, som ser ut til ha mest å si for den interkommunale variasjonen. Når det er sagt, står trekk ved innbyggerne for hovedparten av variasjonen i tjenestetilfredshet. Det gjelder spesielt barnehagene og grunnskolen der egenskaper ved kommunene ser ut til å spille en liten rolle med hensyn til grad av individuell tilfredshet. En mulig forklaring på dette kan være at disse tjenestene framstår som mer standardiserte enn tilfellet er for de andre velferdstjenestene.

På individnivå finner vi at brukerne er mindre tilfredse med enkelte velferdstjenester enn andre innbyggere. Spesielt ser det ut til å gjelde grunnskolen og aldershjem. Men igjen synes det som om andre aspekter enn tjenestene er viktigere for å forklare tilfredshet enn tjenestene selv. Resultatene indikerer at eldre er mer fornøyde med tjenestene enn yngre, kvinner er litt mer entusiastiske enn menn og at Fremskrittspartivelgere er mindre fornøyde enn andre velgere, særlig velgere som støtter de rød-grønne partiene. De som har klaget på en offentlig tjeneste er gjennomgående kritiske til samtlige fem tjenester som er dekket i denne analysen.

Det er også slående hvor mange av de mulige forklaringene som faller igjennom i møte med empirien. Det å bo i en kommune med en negativ befolkningsutvikling spiller blant annet liten rolle for tilfredsheten med tjenestene. Det er imidlertid ikke spesielt overraskende, at det har en viss betydning for hvor tilgjengelige innbyggerne oppfatter tjenestene å være. Brukerorientering på kommunenivå ser ikke ut til å kunne relateres til brukernes tilfredshet med de respektive tjenestene.

Kommunene har over tid fått et betydelig ansvar for måten velferdstjenestene utformes på i Norge. Dette har bidratt til å stadig tilbakevendende debatt om kommunal ulikhet i velferdstilbudet (og eventuell standardisering av dette tilbudet) og hvilken kommunestruktur som er best egnet til å håndtere velferdstjenestene. Med hensyn til diskusjonen om kommunal ulikhet i velferdstilbudet tilsier forskning at en slik ulikhet faktisk eksisterer: Velferdstilbudet varierer kommunene imellom. Overraskende nok har likevel ikke denne ulikheten betydning for tilfredsheten med velferdstjenestene på individnivå.

MODELLENE:

Integrasjonsmodellen (Kap. 4)

Statlig områdemodell (Kap. 5)

Statlig sektormodell (Kap. 6)

Kommunemodell (Kap. 7)

4 Integrasjonsmodellen

4.1 Integrasjonsmodellen prinsipielt

Integrasjonsmodellen er basert på tett integrasjon mellom staten og kommunene. Velferdsstaten realiseres gjennom kommunene, men kommunene svekkes til fordel for en mer aktivt styrende stat. Rommet for variasjon mellom kommunene på de velferdspolitiske områdene er blitt mindre og erstattes av økt fokus på individuelle rettigheter og øremerking av budsjettmidler.

Sammenlignet med velferdskommunen og forvaltningskommunen (se kapittel 1.2), beskriver integrasjonsmodellen en framtidssituasjon hvor kommunene har liten handlefrihet både til å velge mål og virkemidler. *Integrasjonsmodellen* har klare likhetstrekk med “effektueringskommunen” der kommunene effektuerer den nasjonale politikken ut fra de styringssignalene den får, ideelt sett uten å legge til eller trekke fra noe som helst (Flo 2004:387). Den lokale politiske prosessen og den tilpasningseffekten som en oppnår gjennom det, blir i en slik “effektueringskommune” ikke lenger sett på som verdifull slik som i forvaltningskommunen. Likhetsidealet har i stedet fått større kraft i folket og i politikken. Det er lite akseptert at lokal tilpasning av tjenestene kan føre til forskjellsbehandling. Med andre ord: Hensynet til likhet setter enkeltindividet i sentrum, ikke kommunens frihet til selv å velge hvordan velferdstjenestene utformes.

Integrasjonsmodellen kan plasseres langs de tre dimensjonene omtalt i innledningskapitlet og metodekapitlet (jf. tabell 4.1).

Tabell 4.1. Integrasjonsmodellen.

Dimensjoner/ prinsipper	INTEGRASJONSMODELLEN
DEMOKRATISK DIMENSJON	Lokaldemokrati Omfattende mellomvalgsdemokrati
STAT -KOMMUNE RELASJON	Kommunalt eierskap og sentral styring Begrenset kommunal autonomi
TERRITORIELL/FUNKSJONELL DIMENSJON	Lokalpolitisk oppgave-samordning kombinert med statlig (<i>sektor-</i>) styring Bred oppgaveportefølje
MERKELAPP	(Politisk) minimumskommune

Tabell 4.1 antar at den lokale politiske prosessen får mindre tyngde. Spesielt gjelder det lokalpolitikernes mulighet til å foreta egne prioriteringer og tilpasse den statlige politikken til lokale forhold. Dermed blir det også verre å tilpasse politikken til lokale preferanser, noe som reduserer verdien av lokalvalgene.

Bakkebyråkraters (profesjonenes) skjønnsutøvelse (Lipsky 1980) gjør det imidlertid fortsatt interessant for aktører i lokalsamfunnet å påvirke kommunenes tjenesteyting, noe som legger til rette for et omfattende mellomvalgsdemokrati. Stat-kommunerelasjonen endres også på andre måter. Rammestyring som hovedprinsipp for statlig styring er i integrasjonsmodellen forlatt til fordel for mer målrettet og detaljert statlig styring. Integrasjonsmodellen har derfor medført en forskyvning av balansepunktet mellom statlig styring og lokalt folkestyre i favør av staten. Når det gjelder den territorielle/funksjonelle dimensjonen, er det større stabilitet sammenlignet med forvaltningskommunen. Generalistkommuneprinsippet er beholdt, noe som innebærer at kommunene har de samme oppgavene, det vil si en omfattende oppgaveportefølje. Også kommunestrukturen er i stor grad beholdt, utover enkelte frivillige kommunesammenslåinger og mer utstrakt bruk av interkommunale samarbeid. Lokalpolitikernes mulighet til å prioritere å se oppgavene i sammenheng er blitt mindre fordi staten styrer sterkere. Vi ser med andre ord konturene av det som kan kalles en politisk minimumskommune.

Tanken bak integrasjonsmodellen er i stor grad inspirert av trekk i stat-kommune forholdet som vi i dag ser konturene av. Prinsippet om økt integrasjon mellom stat og kommune har eksempelvis vært den viktigste drivkraften bak 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. Forholdet mellom stat og kommune er ulik i de to reformene, men vi har integrert prinsippene knyttet til at den statlige styringen skjer gjennom økonomiske virkemidler, tilsyn, rettighetsfesting og kompetansetiltak. Videre har NAV-modellen inspirert oss i fortellingen om skolen, hvor flere støttefunksjoner samlokaliseres ut fra prinsippet om «endørsfilosofi». Det var et ønske å tegne et bilde av en modell hvor staten utøver en integrasjonsstrategi og ikke en overtakelsesstrategi, slik som i de to neste modellene. Likevel var det sentralt i denne idealmodellen å vise dilemmaer som kan oppstå i samspillet og avhengighetsforholdet mellom statlige og kommunale tjenester. Disse skaper en dynamikk som er med på å påvirke og omforme stat-kommune-forholdet kontinuerlig og ikke bare som et resultat av enkeltreformer.

Kapitlet er organisert som følger: Først presenteres integrasjonsmodellen som en fortelling. Etter fortellingen har vi først analysert deltakerne umiddelbare respons på modellen. Så følger en analyse av modellens konsekvenser i lys av fire effektkategorier basert på deltakernes vurderinger. Til slutt har vi oppsummert integrasjonsmodellen som organisasjonsmodell og deltakernes vurderinger.

4.2 Fortellingen om Integrasjonsmodellen

"I lokaldemokratisk forstand er dette en minimumskommune. Velferdstjenestene er fortsatt fordelt mellom stat, regioner og kommune, og kommunene har det formelle ansvaret for helsetjenester og grunnskole og barnehager. Forskjellen mellom denne modellen og dagens situasjon er at kommunen som politisk arena er blitt trengt

tilbake og et sterkere administrativt samspill er vokst frem mellom stat og kommune. Det lokale folkestyret har fått en begrenset posisjon sammenlignet med det nasjonale folkestyret. Spenningen mellom statlig standardiseringspolitikk og lokalt selvstyre har skapt en stadig sterkere konflikt mellom sentrum og periferi i styringsverket. Statens oljeinntekter og demografiske endringer har ført til at staten har hevet ambisjonsnivået i velferdspolitikken, samtidig som idealet om likebehandling uavhengig av bosted har styrket seg i befolkningen. Staten har påtatt seg en klarere politikktutformingsrolle. Forenklet kan vi si at det har oppstått en allianse mellom staten og brukerne, der kommuneadministrasjonen har ansvaret for å iverksette den nasjonale politikken.

Til tross for at kommunen fortsatt er involvert i effektueringen av en bred oppgaveportefølje, og er arbeidsgiver for de ansatte innenfor disse, er det kommunalpolitiske handlingsrommet for å prioritere mellom ulike velferdstjenester innskrenket. Dette skyldes økt statlig rettighetslovgivning og en mer aktiv statlig øremerkingspolitikk. Når nå staten lover flere individuelle rettigheter, tar ikke staten lenger sjansen på rammeoverføringer gjennom inntektssystemet.

Det er de valgte politikerne i regjering og Storting som har satt seg selv i førerretet og grepet tøylene. Staten driver ikke bare målformulering og vedtar lover, budsjett og nye reformer, staten styrer også virkemiddelbruken aktivt gjennom forskrifter og rundskriv i kommunene og den fører et stadig sterkere tilsyn med kommunene at de realiserer de statlige målene. Kommunenes egne skatteinntekter og overføringene fra staten går i økende grad med til å løse statlige krav, samtidig som øremerking av overføringene hindrer fleksibel prioritering mellom tjenestene. Kommunens budsjett er i stor grad en refleks av statlige velferdsambisjoner.

Konsekvensen for innbyggerne i kommunene er at brukerrollen havner i sentrum, mens borgerrollen mer og mer mister sin lokale betydning. Fortsatt eksisterer lokalvalgene, men brukerdemokratiet vokser frem som en stadig viktigere arena for borgerinnflytelse.

Oppsummert vil denne modellen bety at kommunepolitikerne har mistet mye av sitt politiske handlingsrom, mens kommuneadministrasjonen og tjenestestedene i større grad handler og samhandler ut fra styringssignal fra staten. Stortinget og statsforvaltningen har fått en viktigere rolle i forhold til utforming og iverksetting av velferdspolitikken, mens fylkesmennesenes kontroll- og tilsynsfunksjon er styrket for å kunne påse at statens politikk blir fulgt opp".

Hvordan ser skolen ut i integrasjonsmodellen?

"Solborg barneskole styres i stor grad som i dag. Likevel blir det stadig mer tydelig at den kommunale skolepolitikken nedtones og i sterkere grad styres i skjæringsfeltet mellom kommunal og statlig skoleadministrasjon. Kommunen er fortsatt skoleeier, arbeidsgiver, eier av undervisningslokaler og har det overordnede ansvarlig for elevene ved Solborg skole. Det kommunale ansvarsområdet ledes av en skolesjef som rapporterer til direktoratene. Skolesjefen arbeider tett med skolene og med kommunale foreldreutvalg ved Solborg skole.

Staten har overtatt ansvar for PPT tjenesten, spesialundervisning, og andre støtte-tjenester (som kompetansesentre). Det er et uttalt ønske fra Oppvekstdepartementet

at tjenester relatert til skolesektoren bør samlokaliseres ut fra "endørsfilosofien" som har fungert godt etter NAV reformen. I kommunen til Solborg barneskole er denne filosofien iverksatt ved at et felles utdanningskontor er etablert. Her er kommunens skolesjef og hennes administrasjon, PPT tjenesten, spesialundervisning og utdanningsrelaterte støttefunksjoner samlokalisert for å sikre best mulig integrasjon og koordinering mellom tjenestene som er relatert til grunnskolen. Sammen har de det operative ansvar for å sikre brukernes rettigheter. Kommunen har ansvar for Solborg barneskole sin drift og tjeneste og rapporterer gjennom et omfattende rapporteringssystem fra skoleledelsen. Direktoratet har gjennom fylkesmannen tilsyn på elevenes rettigheter (tilpasset opplæring, godt fysisk og psykisk læringsmiljø)."

Hvordan ser sykehjemmet ut i integrasjonsmodellen?

"Sykehjemmet Kveldssol opplever at den statlige styringen har blitt viktigere, og at de lokale "helsepolitikkerne" har fått mindre å si. Sykehjemmet er fortsatt eid av kommunen, men de statlige kravene til kompetanse og organisering er blitt skjerpet. I tråd med Samhandlingsreformen har sykehjemmet blitt større og mer spesialisert. Det har fått en avdeling med korttidsplasser for utskrivningsklare pasienter og en lindrende avdeling for eldre med alvorlige sykdommer. Detaljerte avtaler etter krav fra staten regulerer forholdet mellom sykehjemmet og fastlegene og mellom sykehjemmet og det lokale helseforetaket. Et interkommunalt sykehjem samarbeid med nabokommunene har gjort det mulig å bygge et stort sykehjem. De ansatte er fortsatt kommuneansatte, men de har i stor grad mistet den muligheten de hadde før til å influere på lokalpolitikernes prioriteringer. Et brukerutvalg er opprettet ved sykehjemmet med representanter for de pårørende og brukerne. Utvalget sørger for at brukerne får de lovfestede rettigheter som Stortinget har fastsatt. En helse- og omsorgssjef er sykehjemmets nærmeste overordnede. Fylkesmannens veilednings- og tilsynsrolle har blitt viktigere for å påse at statlige lover og forskrifter blir etterlevd."

4.3 Synspunkter på integrasjonsmodellen

I dette avsnittet redegjør vi for deltakernes respons på integrasjonsmodellen. For å få et inntrykk av responsen, har vi referert til et utvalg sitater fra begge E-lab samlingene (se sitat nedenfor). Utvalget av sitater skal gi et inntrykk av hvordan modellen ble oppfattet (positive/negative sider og om den er ønskelig/realiserbar eller ikke). I våre vurderinger er de skriftlige sitatene fra deltakerne mest vektlagt. Det var imidlertid også muntlige diskusjoner mellom deltakerne av ulike temaer på E-lab samlingene. Disse diskusjonene inngår også i de vurderinger vi har gjort i etterkant av E-lab samlingene.

Umiddelbar respons fra E-lab 1:

“Denne modellen kjenner vi igjen”

“Dette ligner mye på dagens situasjon innenfor mange sektorer så som skole, areal, strandlinje og statsforvaltning, og vi er også på vei mot dette innen helsesektoren”

“Ulikheter mellom kommunene blir ikke ivaretatt”

“Organisering vil ikke fungere ut fra premissene. Store demografiske utfordringer mht. å opprettholde tjenestenivå og distriktsprofil”.

“Bestiller – utfører modell”

“En fare med modellen er at et sterkt adm. nivå i statsforvaltningen finner sammen med en enerådende administrasjon i kommunen, driver utviklingen fram og unndrar seg enhver politisk kontroll”

“Integrasjonsfortellingen setter som premiss at statlig styring og lokal autonomi er motsatte og utelukkende krefter”

“Modellen tegner et treffende bilde av mange systemtrekk i dag, men legger inn skjeve premisser i tillegg (eks øremerking). Modellen undervurderer betydningen og verdien av lokal tilpasning”

“Jeg har problemer med å se den store motsetningen mellom det staten har som mål og det kommunen har som mål...Vi har bare en

Umiddelbar respons fra E-lab 2:

“Min opplevelse er at vi er på vei mot denne modellen”

“Min oppfatning er at den fjerner beslutningene fra lokalsamfunnet”

“Vanskelig for kommunen å sitte med det formelle ansvaret for tjenestene når statlige føringer er så sterke...”

“Sikrer mer likhet i tjenestene uavhengig av hvor en bor i landet”

“Lokalpolitikere vil bli savnet i befolkningen selv om Stortinget av og til opptrer som et kommunestyre”

“Mer byråkrati, flere kontroller. Blir det rom for å bidra til at brukerne får et kvalitativt godt tilbud, mon tro?”

“Det blir altfor lite samordning av tjenester som burde henge sammen”

“Lokaladministrasjonen kan koma til å “utnytte” handlingsrommet utan den korreksen som lokalpolitikarane utgjer...”

“Lokale politikere går det an å snakke med, sentral styring blir ofte veldig ortodoks”

“Når beslutningene blir fattet “langt” borte er de ofte ikke godt nok forankret”

“Engasjementet for lokaldemokratiet blir en utfordring å opprettholde”

Fellesinntrykket fra de to E-lab samlingene er at mange av deltakerne mente at vi allerede er på vei mot integrasjonsmodellen. Enkelte pekte endog på at vi er der allerede. Det kan ha sammenheng med at forskjellene mellom modellene ikke er klart nok beskrevet, eller at det faktisk er slik at det ikke er klare skott mellom dagens stat-kommunemodell og integrasjonsmodellen. Mange betraktet denne

som en realistisk modell, ikke minst på bakgrunn av at den ikke skiller seg radikalt fra dagens modell.

Et annet fellestrekk som kan leses ut av utsagnene, er at integrasjonsmodellen vanskelig kan vurderes uten å trekke inn hvilke mulige konsekvenser den vil ha for likhet, effektivitet og demokrati. En rekke av deltakerne trakk fram ulike verdier forbundet med statlig styring og lokalt selvstyre i sin vurdering av positive og negative sider ved modellen. De kritiske innvendingene var i flertall i begge E-lab samlingene, noe som indikerer en viss skepsis til å innføre modellen. I den første E-lab samlingen var det imidlertid noen som utfordret påstanden i integrasjonsfortellingen om at forholdet mellom statlig styring og lokal autonomi nødvendigvis må utgjøre et spenningsforhold. Det ble pekt på at flernivåstyring og samstyring kan realisere gevinster for både staten og kommunene.

Et synspunkt som kom fram i begge E-lab samlingene er at integrasjonsmodellen kan gi sektorstaten en sterkere tilknytning til kommuneadministrasjonen. En kommuneadministrasjon som ikke lenger blir korrigert av lokalpolitikere, kan komme til å alliere seg sterkere med statlige sektormyndigheter. I integrasjonsmodellen har sektorsjefer på de sentrale velferdsområdene fått sentrale posisjoner. Enkelte pekte på at det kunne oppstå (på ny) sterke allianser mellom kommunale sektoradministrasjoner, statlige sektormyndigheter og brukerne av tjenestene. Både profesjonene og brukerne kan ha egeninteresse av å beskytte sine områder fra lokalpolitiske prioriteringer.

I både skriftlige og muntlige synspunkter fra E-lab samlingene, kom det fram at deltakerne betrakter integrasjonsmodellen som et nytt steg i retning et klarere over-/ underordningsforhold mellom staten og kommunene. Staten forventes å styre sterkere, mens det lokale selvstyret begrenses. De har flere motforestillinger mot en slik utvikling, men mange så på en slik utvikling som sannsynlig.

4.4 Integrasjonsmodellens konsekvenser

E-lab deltakerne ble etter presentasjonen av integrasjonsmodellen bedt om å vurdere hvilke konsekvenser modellen vil kunne ha for likhet og likeverdighet, prioriteringseffektivitet, deltakelse og ansvarsutkreving. Vi har brukt debatten i E-lab samlingene til å besvare to hovedspørsmål: a) Hva legger deltakerne i disse begrepene? og b) Hva slags konsekvenser mener de integrasjonsmodellen har i forhold til disse fire effektkategoriene? Her er vi opptatt av både generelle utsagn og konsekvenser for de spesifikke tjenesteområdene (skole, barnehager, helse og omsorg) ²⁶.

²⁶ Den siste e-lab samlingen fikk presentert fortellingene om skolen og sykehjemmet, noe den første ikke fikk. Utsagnene fra den første e-lab samlingen er derfor noe mer generelle enn i den andre (se for øvrig kap. 2.2.3 for ytterligere utdyping på dette punktet)

4.4.1 Konsekvenser for likhet og likeverdighet

Slik integrasjonsmodellen ble presentert som fortelling, antas det at den statlige styringen tiltar, og at dette skaper et mer spenningsfylt forhold til kommunene og det kommunale selvstyret. En alternativ forståelse kom til syne i den ene E-lab samlingen, nemlig at det ikke behøver å være et motsetningsforhold mellom likhet og lokal tilpasning. Det kan i stedet tenkes en modell som både tilgodeser likhetshensyn og frihet til å gjøre lokale tilpasninger i tjenestene. Eksempelvis kan det å omfordele ressurser gjennom inntektssystemet for å kompensere for ulikhet skapt av manglende ressurser, legge til rette for likhet i forståelsen rettferdig fordeling uavhengig av bosted uten at dette styringsgrepet innsnevrer kommunenes mulighet til å gjøre tilpasninger i tjenesteytingen. Denne harmoniforståelsen av forholdet mellom likhetshensyn og hensynet til lokal frihet, står i kontrast til konfliktmodellen, der en strammere statlig styring øker spenningen i stat-kommune-forholdet. Dette kan skyldes at vi opererer med to ulike virkemidler på dette område: både økonomiske virkemidler for inntektsutjevning, men og juridiske rettigheter for standardisering.

Deltakernes oppfatninger av begrepene likhet og likeverdighet

Noen av utsagnene synes å uttrykke at det ikke behøver å være et motsetningsforhold mellom likhet og lokal tilpasning: Et eksempel fra den første E-lab samlingen er følgende:

"Likhet og individuell tilpasning er ikke gjensidig utelukkende kategorier. Individuell tilpasning er nødvendig for å realisere likhet mellom mennesker. Lokal tilpasning er nødvendig for å sikre "likhet" mellom kommuner, fordi betingelsene varierer så mye".

Andre igjen peker på at det er vanskelig å unngå motsetningsforholdet mellom sterkere likhetsorientering på den ene siden og lokal tilpasning på den andre. Et eksempel på dette er følgende utsagn om at *"jo mer detaljerte regler for tjenesten (og måten den ytes på) - desto mindre lokal tilpasning"*. I begge E-lab samlingene var flere av deltakerne opptatt av at mer statlig standardisering ikke nødvendigvis behøver å bety mer likhet. For eksempel skrev en av deltakerne at *"skal prinsippet om likhet gjelde, krever det lokal tilpasning"*. Her synes likhetsbegrepet å angå det vi over definerte som likeverdighet. Selv om debattene i de to E-lab samlingene viste at deltakerne har noe ulike oppfatninger av likhetsbegrepet, var det en tendens til at de så begrepet som todelt, på den ene siden likhet forstått som standardisering og på den andre likhet forstått som å gi et likeverdig tjenestetilbud i tråd med lokale behov.

Generelle konsekvenser av integrasjonsmodellen for likhet og likeverdighet

Et neste spørsmål er hvordan E-lab deltakerne så på integrasjonsmodellens konsekvenser for likhet/likeverdighet. Flere av deltakerne så for seg at integrasjonsmodellen ville ivareta både hensynet til likhet forstått som standardisering og likeverdighet forstått som lokal tilpasning. Et sitat som kan illustrere dette er følgende:

"Staten (gjennom lovverk, øremerket finansiering og normering) vil sørge for/tilstrebe betydelig likhet - og vil trolig oppnå det i stor grad. Så lenge man bevarer et lokaldemokratisk nivå, vil kommunene likevel gjøre tilpasninger - dvs. ulikhet".

Integrasjonsmodellen ble av flere betraktet som en modell som kunne ivareta både statlige verdier og verdier knyttet til det lokale selvstyret. Som en av deltakerne skrev: *"Blandingsmodellen" (integrasjonsmodellen) er ikke ideell for standardisering av tjenestene. Det vil trolig likevel være et visst rom for lokale tilpasninger, innenfor de sentrale fastsatte lover/regler og normer".*

I den første E-lab samlingen oppstod det en debatt om hvorvidt det er organisasjonsmodell (integrasjonsmodellen) eller snarere andre faktorer som avgjør om det er mulig å oppnå likhet. En av deltakerne pekte på at ivaretagelse av likhetshensynet er forbundet med graden av politisk styring: *"Likhet handler mer om politisk intervensjon, - det kan skje enten det er lokale eller sentrale politikere som intervensjoner".* I andre utsagn trekkes det fram andre faktorer slik som i dette:

"I utgangspunktet gir dette (integrasjonsmodellen, vår kommentar) likhet. Men ulik kompetanse og økonomi gjør dette til en falsk trygghet. Likhet kan kun bli sterkere ivaretatt dersom det blir mer inntektsutjevning mellom kommunene. I dag har de rikeste kommunen 3 ganger så høye inntekter pr. innbygger enn den fattigste".

Også kommunestrukturen ble trukket fram som en faktor som påvirker mulighetene for å oppnå større likhet. Større kommuner eller mer interkommunalt samarbeid, ble trukket fram som forhold som kan påvirke muligheten for å få større gjennomslag for likhetsverdien. Alt i alt synliggjorde E-lab debattene at likhet ikke alene er et spørsmål om organisering (ansvars- og oppgavefordeling og styringsrelasjonen mellom stat og kommune), men også er nært forbundet med kommunenes handlingsevne (økonomisk situasjon, kompetanse, kapasitet mv.).

Tjenestespesifikke konsekvenser av integrasjonsmodellen for likhet og likeverdighet

Som nevnt foran ble likhetshensynet nærmere knyttet til de to velferdssektorene i den andre E-lab samlingen. Både i forhold til skole/barnehager og helse/omsorg ble likhet sett i sammenheng med innføring av minstestandarder. Et utsagn i forhold til skole er følgende:

"I en slik modell ser jeg for meg at det må settes minstestandarder. Det er foreslått nå et krav om pedagogtetthet i grunnskolen som et eksempel på slike minstestandarder".

I den sammenheng ble det fremholdt fra en av deltakerne at "...minimumskravet innen helse og omsorg ikke er et entydig begrep". Her tok debatten for seg at muligheten for å definere minstestandarder (eller maksimumstandarder) varierte i de to velferdssektorene.

Det kom også fram i E-lab samlingene at innslaget av statlig styring per i dag varierer i de to sektorene, og at dette har implikasjoner for hva integrasjonsmodellen vil ha å si for likhetshensynets gjennomslagskraft. Vi har nedenfor sortert noen utsagn etter hvilken sektor disse adresserer.

I forhold til grunnskolen skrev en av deltakerne i den andre E-lab samlingen at "staten er allerede veldig opptatt av detaljstyring, men her blir det enda verre med detaljstyring uten detaljkunnskap". Enkelte så i stedet det positive i at staten ville styre sterkere: "elevane kan få bedre tilbud med større grad av statleg "overstyring". Atter andre var usikre på om mer standardisering av skoletilbudet ville bety mer likhet: "...dersom det betyr å standardisere tjenestene vil det sannsynligvis skape store forskjeller i tjenestetilbudet". Det kom også fram at ikke alt i integrasjonsfortellingen om skolen virket like sannsynlig. For eksempel påpekte en av deltakerne at "Modellen for skole er lite sannsynlig. Staten vil heller styre gjennom kvassere regelverk enn gjennom å "overta" spesialundervisninga". Sammenfattet sier utsagnene noe om at skole allerede i dag er gjenstand for aktiv statlig styring og at det er ulike synspunkt på om det vil være noen fordel for likhetstanken om staten i integrasjonsmodellen vil styre enda sterkere enn i dagens situasjon.

I forhold til helse og omsorg kom blant annet disse utsagnene til uttrykk. Her var det større enighet om at modellen ville ha en gevinst i forhold til likhet: "Denne modellen kan føre til større likhet og standardisering av sykehjemsdrift". Og videre, sett fra en annen deltakers ståsted: "Modellen vil føre til mer standardisering av tjenestene og man vil derfor få større likhet uavhengig av bosted". En tredje la til: "Større grad av standardisering er på mange måter bra. Samtidig må det sørges for individuelle tilpasninger. Det er stor kompleksitet i de ulike brukersituasjonene". En fjerde la til at det er problemer i dagens situasjon: "Sykehjemmene og primærhelsetjenesten er for lite opptatt av kvalitet, avviksregistrering og håndtering. Økte krav om dette vil nok komme uansett". Alt i alt synes utsagnene å signalisere et mer positivt syn på integrasjonsmodellens konsekvenser for likhet relatert til helse- og omsorgstjenestene. Kanskje har dette sammenheng med at de er mindre styrt fra staten.

Oppsummering

Debatten i de to E-lab samlingene viser at mange av deltakerne likhetsbegrepet ble forstått på to måter, både som en standardisering av tjenesteytingen (samme type tjeneste) og som tilpasning av tjenestene til samme type behov (likeverdighet

forstått som resultatlikhet). Selv om oppfatningene sprikte noe, så mange på integrasjonsmodellen som et steg i retning økt standardisering. Mange mente at dette ville gå utover kommunenes mulighet for å kunne yte likeverdige (forstått som behovstilpassede) velferdstjenester til innbyggerne. Et inntrykk fra begge E-lab samlingene er at deltakerne så ut til å mene at standardiseringsgevinsten ville være størst i forhold til helse- og omsorgstjenestene, mens de var mer i tvil om gevinsten av mer standardisering på skolefeltet.

4.4.2 Konsekvenser for prioriteringseffektivitet

En neste effektkategori som E-lab deltakerne tok stilling til, var integrasjonsmodellens mulige konsekvenser for prioriteringseffektivitet. Også i dette avsnittet undersøker vi først hvordan deltakerne oppfattet begrepet og om de så for seg at integrasjonsmodellen ville få konsekvenser for denne formen for effektivitet, både generelt og spesifikt i forhold til skole og helse.

Deltakernes oppfatning av begrepet prioriteringseffektivitet

Deltakerne i begge E-lab samlingene satte likhetstegn mellom høy prioriteringseffektivitet og god tilpasning av tjenestene til lokale forhold og velferdsambisjoner. Sitater med klar parallell til debatten om likhet, er følgende:

"Mer standardisering i tjenestetilbudet og økt statlig styring, vil gi mindre rom for individuelle tilpasninger i tjenestetilbudet".

"...det kan fort bli minimumsløsninger som blir standarden, dårlig lokal tilpasning, som vil svekke oppslutningen om velferdsstaten".

Felles er en oppfatning om at integrasjonsmodellen vil ha en negativ innvirkning.

At effektivitetsbegrepet kan forstås på ulike måter, er følgende sitat et eksempel på: *"Rettighetsstyringen sikrer til en viss grad likeverdige tjenester ut mot brukeren, men effektiviteten kan spises opp av en stadig økende byråkratisering, med dokumentasjonsplikt, rapportering og overprøving på et stadig mer detaljert nivå".* Det peker også på negative konsekvenser av modellen. Utsagnet over er nokså typisk, og er illustrerende for den skepsis mange av deltakerne uttrykte til de byråkratiserende konsekvensene av integrasjonsmodellen. Nok et eksempel er dette: *"Økt sentralisering vil bety mindre fleksibilitet og innebærer mer rigiditet".* Et tredje eksempel er dette:

"Med styring gjennom tilsyn kan det fort bli slik at kommunen blir mer opptatt av å gjøre tingene rett enn å gjøre de riktige tingene. Da får ikke brukerne de tjenester de skal ha og blir ikke fornøyde samtidig som det sett utenfra virker som alt er i orden".

I E-lab samlingene ble det også trukket fram at det kan bli lengre avstand mellom de som treffer beslutningene og brukerne av tjenestene. En av deltakerne

formulerte det slik: *“lang avstand mellom bruker og beslutningstaker = mindre påvirkningsmulighet for brukerne av tjenesten”*.

Tjenestespesifikke konsekvenser av integrasjonsmodellen for prioriteringseffektivitet

I forhold til skolefeltet ble det pekt på at integrasjonsmodellen kunne få negative konsekvenser for samordningen mellom ulike tjenester. Et sitat som illustrerer dette, er følgende:

“Økt statliggjøring betyr mindre samordning med andre tiliggende sektorer/tjenester. PPT, barnevern, ungdomsarbeid mm. Det blir mindre samordning mellom skole og helse- og sosialtjenester som barnevern/helsestasjon”.

I forhold til helse- og omsorgsfeltet var debatten mer orientert mot positive konsekvenser av integrasjonsmodellen. I følgende sitat vises det til konsekvenser for både effektivitet og brukerne:

“Tror faktisk at effektiviteten og innholdet i tjenestetilbudet kan bli god i denne modellen. Brukernes stemmer vil i større grad bli hørt, og kommunen blir tvunget til å få en naturlighet i forhold til total involvering av brukerne”.

Det ble også trukket fram som positivt *“...at samme instans må ta ansvar for legedekningen osv. som for hjemmehjelp/-hjemmesykepleieomsorgsboliger og sykehjem”*. Utfordringene med modellen på helse- og omsorgsfeltet knyttet deltakerne til redusert brukermedvirkning og økt byråkrati. Med referanse til sykehjem pekte en av deltakerne på *“geografiske utfordringer i forhold til nødvendig nærhet hjem/ sykehjem”*. En annen av deltakerne mente at *“For sykehjemmet blir det mange avtaler å forholde seg til. Mye mer går til administrasjon på bekostning av brukeroppfølgning”*.

Oppsummering

Debattene i de to E-lab samlingene viser at prioriteringseffektivitet primært ble forstått som tilpasning av tjenestene til lokale behov, og at integrasjonsmodellen kan ha negative konsekvenser for kommunenes mulighet for å tilpasse tjenestene. Det ble i den forbindelse pekt på større avstand mellom beslutningstakerne og brukerne, på svekkede muligheter for samordning mellom ulike tjenestefelt og økt byråkratisering i form av rapportering, tilsyn og kontroll. Særlig ble disse negative konsekvensene relatert til skolefeltet, mens debatten om helse og omsorg var mer blandet.

4.4.3 Konsekvenser for deltakelse i politikktutforming

Deltakerne i de to E-lab samlingene ble også utfordret til å reflektere rundt integrasjonsmodellens konsekvenser for lokal deltakelse. Vi ser først på hvordan deltakerne oppfattet begrepet og dernest hvordan de så for seg integrasjonsmodellens konsekvenser på dette området.

I fortellingen om integrasjonsmodellen ble det forventet at det ville skje en dreining bort fra valgdemokratiet (indirekte demokrati) over til ulike former for deltakerdemokrati (direkte demokrati). Dette ble satt i sammenheng med at et kommunestyre uten særlige handlingsmuligheter eller handlingsevne, ville redusere folks interesse for å stille til valg og delta i lokalvalg.

Deltakernes oppfatninger av deltakelse i politikktutforming

Vi har først sett etter sitater fra de to E-lab samlingene som kan anskueliggjøre hva deltakerne oppfattet som deltakelse og innflytelsesmuligheter i forbindelse med de kommunale tjenesteområdene. Et sitat viser at det blant annet knyttes til nye deltakelsesarenaer:

"Andre arenaer må tas i bruk for å sikre lokaldemokratisk innflytelse: Brukerorganisasjoner, fagforeninger, lobbyforeninger som kan oppstå spontant. Politisk engasjement skapes først og fremt ved å gi ansvar og handlingsrom. Statlig (over)styring medvirker ikke til det".

Det kom også til uttrykk en forventning blant enkelte av deltakerne om at det sannsynligvis ville skje en dreining bort fra det lokale valgdemokratiet til former for lokal korporatisme. Et eksempel er utsagnet om at *"Borgernes påvirkning av offentlige beslutninger, vil i større grad skje ved at interessegrupper vil vokse fram"*. Deltakerdemokrati ble også koplet til brukerne noe følgende sitat viser: *"Noe uklart for meg hva lokaldemokrati betyr for disse sektorene, kanskje er brukermedvirkning et bedre alternativ, bedre løsning - både elever, foreldre, beboere, pårørende"*.

Generelle konsekvenser av integrasjonsmodellen for deltakelse

Mange av deltakerne på de to E-lab samlingene uttrykte bekymring for at integrasjonsmodellen ville føre til en forvitring av lokaldemokratiet. En slik forvitring av det lokale politiske engasjementet ble sett i sammenheng med maktforskyvninger mellom staten og kommunene:

"Borgeren må "gå veien om" kommunen for å påvirke beslutninger/prioriteringer (som da i hovedsak og realiteten treffes et annet sted). Mao lite direkte deltakerdemokrati og tilsvarende mer "skinndemokrati".

"Politisk engasjement skapes først og fremt ved å gi ansvar og handlingsrom. Statlig (over)styring medvirker ikke til det".

“.....Politikere på Stortinget vil bli enda mer fokusert på enkeltsaker. Administrasjon på alle forvaltningsnivå får mer makt”.

En av deltakerne pekte på at en konsekvens ville være dårligere rekruttering til lokalpolitikken. Ifølge denne deltakeren vil det være en *“Fare for at det lokalpolitiske engasjementet vil avta, vanskelig å få folk til å gå inn i politikken”*. Flere av deltakerne så for seg at det er som i dag er problematiske sider ved lokaldemokratiet ville bli forsterket i integrasjonsmodellen:

“I en slik modell blir det lite engasjement lokalt. Allerede i dag har mange kommuner problemer med å rekruttere politikere til kommunestyrene fordi det er for lite interessant og med en slik modell vil få engasjere seg politisk”.

“Lokaldemokratiet er allerede altfor sentralstyrt av forskrifter som lammar lokal kreativitet, mer sentralstyring vil føra til likesæle blant innbyggjarane våre”.

Det var også en bekymring for at mer av det politiske engasjementet lokalt i større grad ville bli innrettet for å påvirke politiske og administrative beslutninger i rikspolitikken: *“Engasjementet vil flyttes fra å finne løsninger det kan skapes stor grad av aksept for lokalt, til å pønske ut strategier mot sentralmakten for mest mulig ressurser til eget lokalsamfunn”.*

Debattene i de to E-lab samlingene tok i begrenset grad opp deltakerdemokratiske konsekvenser for de to tjenestesektorene, skole/barnehager og helse og omsorg. Som en av deltakerne uttrykte det: Det er *“Noe uklart for meg hva lokaldemokrati betyr for disse sektorene.....”*. En annen deltaker så for seg et mer saksorientert, men redusert politisk engasjement for disse sektorene:

“Fleire saksorienterte politikarar, men enno mindre engasjement for “dei mjuke sektorane” frå politisk hald enn i dag”.

En potensiell positiv effekt som ble trukket fram av å innføre integrasjonsmodellen, var større press for å reformere og utvikle tjenestene. Som en deltaker uttrykte det: *“Når lokaldemokratiet er skeptiske til reformer og endringer, vil omsorgsfeltet kunne få god drahjelp av statlige føringer for drift av eksempelvis sykehjem. Kommunale tjenester kan bli knyttet tettere opp mot det som i dag er tjenester i helseforetak, ergo oppnå en sømløs tjeneste fra a til å”.*

Oppsummering

De fleste av deltakerne i begge E-lab samlingene så for seg negative konsekvenser for det lokale demokratiet av å innføre integrasjonsmodellen. Med mindre makt og selvstyre lokalt, ville lokalpolitikken miste mer av sin mening i følge av deltakerne. I forhold til utviklingen i deltakelse i politikkkutforming så flere av deltakerne for seg at det ville utvikle seg nye deltakelsesformer og møtearenaer. Både mer utstrakt brukermedvirkning, særinteresser kanalisert gjennom en lokal korporativ kanal og økt lobbyvirksomhet for å påvirke sentrale beslutninger, ble trukket fram

i den forbindelse. Mer uklart var det for deltakerne hvilke lokaldemokratiske konsekvenser det ville få for de to tjenestefeltene.

4.4.4 Konsekvenser for ansvars plassering

Til sist i dette kapitlet skal vi undersøke hvordan E-lab deltakerne vurderte konsekvensene av integrasjonsmodellen for ansvarsforhold og ansvarsutkreving. Dette er den av de fire effektkategoriene som deltakerne E-lab samlingene hadde minst å si om. Det kan ha sammenheng med tidspunktet i E-lab samlingene det ble behandlet på eller at begrepet ble oppfattet som uklart.

I fortellingen om integrasjonsmodellen ble deltakerne fortalt at staten ville ha et større ansvar for politikktutforming på velferdsområdene og at kommunene ville få en tydeligere rolle som iverksettere av politikken. I det lå at de lokale politiske handlingsmulighetene på skole/barnehager og helse og omsorg ville bli mindre, mens kommunenes handlingsevne til å iverksette den sentrale velferdspolitikken lokalt i stor grad ville være et spørsmål om tilgjengelige ressurser.

Med utgangspunkt i en forventet maktforskyvning i favør av staten, så en av deltakerne for seg at *"det kunne vært herlig å bare skylde på staten"*. Men som han la til: *"jeg regner med at staten som vanlig vil fraskrive seg ansvaret"*. Vedkommende var langt fra den eneste som mente at ansvarsforholdene i integrasjonsmodellen ville bli mer utydelige enn i dag. Som en av deltakerne uttrykte det:

"Ansvarsplasseringen mellom kommunalt og statlig nivå kan bli mindre tydelig når staten i stor grad legger premisset for tjenestene helt ut til brukerne".

"Kommunalt eierskap og sentral styring gir uklare ansvarsforhold. Svarte-Per-spillet får gode vilkår".

Denne utviklingen mente noen av deltakerne ville få konsekvenser for brukerne, lokale medier og for ansvarsforholdet mellom lokalpolitikere og kommuneadministrasjonen. En deltaker pekte på at: *"Modellen vil føre til svekkelse av den lokale ansvarsfølelsen, og avstanden mellom de styrende og folk flest vil bli større. Lokale media vil miste muligheten for å ansvarliggjøre lokale politikere fortløpende"*. Flere av deltakerne mente at kommuneadministrasjonen og ledelsen ved tjenestestedene i større grad ville bli adressater for folks misnøye. To sitater kan illustrere dette:

"Innbyggjarane vil bli enno meir brukarar, og administrasjonen blir hovudadressat for klager og krav heller enn politikarane"

"Ledelsen ved både sykehjem og skole vil i mye større grad bli syndebukk og måtte stå til ansvar. Her trengs det styrket forhandlingskompetanse!"

Et sitat kan illustrere sentrale sider ved debatten i de to E-lab samlingene i forhold til ansvarsutkreving:

"En slik modell vil øke opplevelsen borgerne allerede i dag har av at de ikke vet hvem de skal ansvarliggjøre for resultatene av politikken. Både

den statlige og kommunale retorikken er allerede i dag preget av dette. En skylder på hverandre".

Oppsummering

Debatten i de to E-lab samlingene tok dels for seg forskyvninger i ansvarsforholdene innenfor rammen av integrasjonsmodellen, og dels om klarheten i ansvarsforholdene ville endre seg. Det ble pekt på at integrasjonsmodellen kan føre til at kommunene blir sittende med det formelle ansvaret for velferdstjenestene, mens myndigheten i større grad ville bli sentralisert. Utover forskyvningene i ansvarsforholdene, kom det også fram at mer integrering mellom stat og kommune ville utydeliggjøre ansvarsforholdene, ikke bare mellom stat og kommune, men også internt i kommunen. Det kunne gjøre det verre for lokalsamfunnet å stille ulike instanser i kommunen til ansvar.

4.5 Oppsummering av integrasjonsmodellen

Avslutningsvis har vi sammenfattet hovedtrekkene i integrasjonsmodellen og brukt voteringer i de to E-lab samlingene til å oppsummere modellens realiserbarhet og ønskelighet. Her inngår også en vurdering av integrasjonsmodellens samlede konsekvenser på bakgrunn av debattene i E-lab samlingene i tillegg til et sideblikk til erfaringer fra tidligere norske reformer.

Integrasjonsmodellen beskriver en framtidssituasjon hvor kommunene har liten handlefrihet både til å velge mål og virkemidler. Rammestyring som hovedprinsipp for statlig styring er i integrasjonsmodellen forlatt til fordel for mer målrettet og detaljert statlig styring. Integrasjonsmodellen har derfor medført en forskyvning av balansepunktet mellom statlig styring og lokalt folkestyre i favør av staten. I integrasjonsmodellen effektuerer kommunene den nasjonale politikken uten å ha stor frihet til å påvirke verken mål eller virkemidler. I denne modellen er det lite akseptert at lokal frihet fører til forskjellsbehandling. Det har oppstått en ny forståelse av likhet der enkeltindividet står i sentrum, ikke kommunens formelle løsning for å yte tjenestene. Ulikhet forebygges gjennom økt statlig standardisering og rettighetsfesting.

Den vesentlige forskjellen mellom integrasjonsmodellen og dagens situasjon er at kommunen som lokaldemokratisk arena er blitt mindre viktig. Lokalpolitikere har få muligheter til å gjøre egne prioriteringer og tilpasse den statlige politikken til lokale forhold. I stedet har det vokst fram tette forbindelser mellom kommunale og statlige sektoradministrasjoner, som sammen med brukerorganisasjonene, har relativt stor innflytelse på velferdstjenestene. Brukermedvirkning og -innflytelse er relevant fordi profesjonene og de ansatte har innflytelse på tjenestenes innhold og tilpasning gjennom sin skjønnsutøvelse. Brukerdemokrati, sektorkommune og sektorstat er element som er forent i integrasjonsmodellen. Kommunen er i integrasjonsmodellen fortsatt formelt ansvarlig for skole, barnehager, helse og omsorg. Kommunen er arbeidsgiver for de ansatte i disse tjenestene, den eier

lokaler og bygninger og har det overordnede ansvaret for at innbyggerne får de tjenester de har rett på. Sektorsjefer på hvert av disse tjenesteområdene rapporterer til fylkesmennene og direktoratene. Brukerutvalg er opprettet ved mange av tjenestestedene der brukerne (eller deres pårørende) påser at de får tilgang på de lovfestede rettigheter som Stortinget har fastsatt.

I begge E-lab samlingene ble det avslutningsvis votert over de ulike framtidsmodellene. I voteringene oppnådde integrasjonsmodellen høyest skår både i forhold til realiserbarhet og ønskelighet. Noen så på modellen som nærmest et uunngåelig resultat av en utvikling som har pågått lenge. Andre mente at vi allerede har en modell som ligner på integrasjonsmodellen. Om realiserbarheten ble sett på som stor, så kom det fram relativt mange motforestillinger til modellen i begge E-lab samlingene. Mange så på modellen som et steg i retning økt standardisering av innholdet i skole, barnehager, helse og omsorg. Denne utviklingen mente mange ville ha negative konsekvenser for likeverdighet og prioriteringseffektivitet i tjenesteytingen. Det ble også anført mange argument om at lokaldemokratiet ville bli ytterligere svekket med denne modellen, og at det ville vokse fram andre former for deltakelse og arenaer mellom lokalsamfunn og kommunen. Både redusert lokal frihet og en ansvarsforskyvning i retning staten, ble sett på som faktorer som ville svekke det lokale politiske engasjementet og gjøre det mindre relevant for innbyggerne å stille lokalpolitikere til ansvar.

E-lab deltakernes vurderinger av integrasjonsmodellen er preget av en oppfatning om at den norske stat-kommune-modellen beveger seg i denne retningen. Denne utviklingen blir møtt med både bekymring og optimisme, noe som kan skyldes at Norge de siste ti år har gjennomlevd omfattende velferdsreformer preget av økende integrasjon mellom stat og kommune. Det samme kan vi si om utviklingen i Danmark, hvor studier viser at den såkalte strukturreformen i 2007 har beveget stat-kommuneforholdet bort fra den kommunale selvstyremodellen og nærmere det som er kalt integrasjonsmodellen. I Norge har integrasjonsstrategien vært særlig tydelig i NAV-reformen og rusreformen, og gjennomgangen av disse reformene viser at deltakernes bekymringer og optimisme i stor grad bygger på disse erfaringene. Det er likevel ulike sektorer og nivåer som skiller E-lab deltakernes vurderinger og erfaringer fra reformene, slik at erfaringene må håndteres med forsiktighet. Likevel kan vi hente frem noen erfaringer fra disse reformene hvor den statlige integrasjonsstrategien var tydelig.

I forbindelse med Rusreformen og NAV-reformen,²⁷ hvor statlige og kommunale tjenester ble tettere integrert, tyder studier på at reformene har bidratt til mer helhetlige og sammenhengene tjenester. Gjennom reformene har ansvarsforholdene mellom stat, fylke og kommune blitt klarere i prinsippet, men i praksis rapporteres det om økt kompleksitet. Den økte kompleksiteten skapes av mange styringsnivåer som det er vanskelig både for beslutningstakere, iverksettere og brukere å forholde seg til. Mange styringsnivåer bidrar og til økt

27 Vi viser til Arbeidsnotat IRIS – 2011/092 for ytterligere omtale av reformene

byråkrati som regulerer, kontrollerer og fører tilsyn. Erfaringene fra reformene viser og økt fokus på rettighetstenkning og brukermedvirkning. Brukerne har fått en tydeligere rolle gjennom rettighetsfesting, men det stilles på samme tid krav til en aktiv, og medvirkende bruker. Dette utfordrer deltakelsen i og muligheten for å påvirke politikkutformingene på disse feltene. Økt bruk av rettigheter får og konsekvenser for de som produserer tjenestene. Gjennomgangen av reformene viste at rettighetene overskrider tjenesteyters kapasitet. Dette skaper en ubalanse mellom rettigheter og kommunenes muligheter til å imøtekomme disse. Erfaringene fra reformene er i stor grad sammenfallende med vurderinger av integrasjonsmodellen som kom frem i E-lab samlingene. Det må likevel påpekes at erfaringene fra NAV- og rusreformen på ingen måte er direkte overførbare til vurderingene av hvilke konsekvenser integrasjonsmodellen vil ha for de kommunale tjenestoområdene som omfattes i vårt tilfelle.

5 Områdemodellen

5.1 Områdemodellen prinsipielt

Områdemodellen markerer et klart brudd med integrasjonsmodellen fordi staten overtar eierskapet til skole, barnehager, helse og omsorg. Disse velferdstjenestene er i områdemodellen blitt organiserte i fylkesvise og kommunevise områdeadministrasjoner ledet av regionale og lokale områdesjefer. Det at staten har overtatt oppgavene, innebærer en sterkere statlig styring av velferdstjenestene enn i integrasjonsmodellen (jf. Kapittel 4). Med denne modellen sitter den opprinnelige generalistkommunen bare igjen med tekniske oppgaver, kultur og idrett og noen andre mindre oppgaver. Den er dermed kraftig beskåret og har fått merkelappen “restkommunen”.

Områdemodellen kan plasseres langs de tre dimensjonene som vi tidligere har omtalt i innledningskapitlet og metodekapitlet (jf. tabell 5.1).

Tabell 5.1. Områdemodellen.

Dimensjoner/ Prinsipper	OMRÅDEMODELLEN
DEMOKRATISK DIMENSJON	Nasjonalt demokrati Begrenset mellomvalgsdemokrati
STAT -KOMMUNE RELASJON	Statlig eierskap og statlig styring Begrenset regional-statlig autonomi
TERRITORIELL/FUNKSJONELL DIMENSJON	Regional administrativ oppgavesamordning kombinert med statlig styring Bred oppgaveportefølje
MERKELAPP	“Fylkesmannsmodell”

Tabell 5.1 baserer seg på en politisk sentralisert modell der sentralmakten blir sett på som en forutsetning for å ivareta likhet, rettssikkerhet, effektivitet og makroøkonomisk styring. Ved å integrere skoler, barnehager, helse og omsorg fullt og helt i den parlamentariske styringskjeden, har det blitt enklere for Stortinget, regjeringen og det sentrale statsapparatet å få gjennomslag for sentral politikk. Den nasjonale velferdspolitikken går ikke som før igjennom en lokalpolitisk fortolkningsprosess. Den ytre etat med regionale og lokale områdeadministrasjoner har begrensede handlingsmuligheter fordi politikken og målene i stor grad fastlegges i Stortinget og i regjeringen. Den administrative handlingsevnen, handlefriheten i bruken av virkemidler, er ivaretatt, men er mer begrenset enn i integrasjonsmodellen. Resultatet er et moderat omfang av det vi har kalt mellomvalgsdemokratiet. Regionale aktører, lokalsamfunnsaktører og de

gjenstående kommunale oppgaver finner det ikke så relevant å påvirke beslutninger i de regionale og lokale områdeadministrasjonene.

Styringen mellom staten og de ytre etatene, de regionale og lokale områdeadministrasjonene, er hierarkisk og tar utgangspunkt i rikspolitiske vedtak. De regionale og lokale områdeadministrasjonene inngår som administrative ledd i en styringskjede som når helt ut til de lokale tjenestestedene, skoler, barnehager, helsestasjoner og sykehjem. Det at den statlige styringen ikke lenger går gjennom kommunestyret, sikrer at styringskjeden blir kortere og mer effektiv.

Kommandoforholdet mellom staten sentralt og de ytre etater, er konkretisert i et detaljert regelverk og høy grad av standardisering. Likevel er det fortsatt rom for lokalt administrativt og faglig skjønn når en velferdstjeneste skal leveres eller en ny politikk skal iverksettes. I dette ligger at områdesjefene har frihetsgrader i forhold til ressurser (økonomi) og organisering slik at de på en mest mulig effektiv måte kan oppnå de mål- og resultatkrav de er underlagt fra overordnede myndigheter. Denne handlingsevnen i forhold til virkemidler er viktig av to andre grunner også: Den sikrer for det første at de regionale og lokale områdesjefene administrativt og faglig kan samordne tjenestene skole, barnehager, helse og omsorg. Den sørger også for at de statlige områdesjefene kan samordne de statlige velferdstjenestene med restkommunen og fylkeskommunen. De opprinnelige fylkes- og kommunegrensene er beholdt i forbindelse med opprettelsen av områdeadministrasjoner. Siden disse administrasjonene samordner mange oppgaver har områdemodellen likhetspunkter med Fylkesmannen. For å påse at områdeadministrasjonene oppfyller de mål de er pålagt, er tilsyns- og kontrollvirksomheten skjerpet. Fylkesmannen og uavhengige statlige tilsyn har fått nye oppgaver.

De regionale (fylkesvise) områdeadministrasjonene er opprettet for å håndtere et stort kontrollspenn i forhold til den lokale områdeadministrasjonen i hver kommune. De regionale områdesjefenes oppgave er å formidle og iverksette statlig politikk. Budsjettet fordeles på de lokale administrasjonene på en måte som sikrer en rettferdig fordeling. Demografiske og geografiske forskjeller blir utjevnet gjennom et nytt inntektssystem. Rettighetslovgivning sikrer at alle får det de har krav på. Det er lite akseptert at lokal tilpasning av tjenestene kan føre til forskjellsbehandling.

Oppbyggingen av denne idealmodellen er i stor grad inspirert av organiseringen av fylkesmannsembetet. Rammene for modellen er basert på en statlig overtakelsesstrategi, men med lokale/regionale muligheter for tilpasning. Fylkesmannsembetet per i dag ivaretar en rekke funksjoner og har en bred oppgaveportefølje lagt inn under samme embetet. Målene for fylkesmannsembetet fastlegges i stor grad av Stortinget og regjeringen, noe som medfører en kortere styringskjede på de områdene der fylkesmannen utøver myndighet, enten det gjelder egen myndighetsutøvelse eller tilsyn og kontroll med kommunenes iverksetting av statlig politikk. Embetet dekker et geografisk område på nivå over kommunestrukturen. Med dette embetet som inspirasjon vokste områdemodellen frem. På lik linje med fylkesmannsembetet ønsket vi å beholde geografien,

kommunestrukturen, slik den er i dag, men gjøre noe radikalt i forhold til eierskap og politisk ansvarsfordeling. På den måten skulle modellen bidra til et radikalt brudd med integrasjonsmodellen og den statlige integrasjonsstrategien der sammenveving står sentralt. Områdemodellen åpnet og for en regional tilpasning hvor det var rom for lokalt/regionalt administrativt og faglig skjønn. I tillegg ga den muligheter for samordning på tvers av ulike tjenesteområder. Utviklingen av modellen var på denne måten ikke inspirert av erfaringer fra andre land, ei heller tidligere reformer i norsk sammenheng. Områdemodellen har til hensikt å symbolisere en «mellommodell» mellom integrasjonsmodellen og en statlig sektormodell hvor administrative «siloeer» får en styrket posisjon når det gjelder prioriteringer og valg av løsninger i tjenesteproduksjonen.

Nedenfor presenteres områdemodellen som en fortelling. Etter fortellingen har vi først analysert deltakerne umiddelbare respons på modellen. Så følger en analyse av modellens konsekvenser i lys av de fire effektkategoriene (jf. kapittel 1). Til slutt har vi oppsummert områdemodellen.

5.2 Fortellingen om Områdemodellen

"I denne modellen tar staten over eierskapet til de kommunale velferdstjenestene. Siden den reelt sett har fått et større ansvar for disse tjenestene, finner Stortinget det mest riktig og overdra eierskapet fra kommunene til staten. Konsekvensen er at kommunens rolle som lokaldemokratisk arena, opphører. I sin enkle form innebærer denne modellen at kommunepolitikerne mister myndigheten over skoler, barnehager, helse og omsorg. Storting og regjering får det fulle politiske ansvaret for disse tjenestene.

Staten ønsker imidlertid ikke å gjøre radikale endringer i den lokale, administrative organiseringen av helse og omsorg, skole og barnehager. Både kommune- og fylkesgrensene blir beholdt. Det samme blir rådhuset og tjenestestedene. For å sikre at samordningen på tvers av ulike tjenester ikke blir skadelidende, blir det inngått en "partnerskapsavtale" mellom de nå statlige velferdstjenestene (helse, omsorg, skole, barnehager) og "restkommunen" (teknisk, kultur mv). Mange brukere har sammensatte behov, og trenger tjenester fra både den ene og andre instansen for å få hjelp. De statlige velferdstjenestene i kommunen blir nå ledet av en lokal områdesjef, som foruten å være koordinator og iverksetter for de statlige velferdstjenestene, også har ansvaret for samordning med "restkommunen" og andre statlige instanser. Styringen mellom staten sentralt, regionalt og lokalt er hierarkisk, men ikke sterkere enn at den lokale områdesjef har stor frihet i virkemiddelbruken og gjennom vide fullmakter som hun har fått delegert. Mottoet er at den som har skoen på, nå den lokale områdesjef og hennes ansatte, må ha en mulighet til å påvirke ressursbruken slik at mangfoldet av behov blir fanget opp. Den lokale friheten er imidlertid administrativ, ikke politisk som i dagens stat-kommunemodell. Styringslinjen er ordnet på denne måten: På fylkesnivå etableres det en regional enhet som ledes av en regional områdesjef. Den regionale områdesjefen er ansvarlig for eierstyring og "bestilling" overfor de lokale områdesjefene. De lokale områdesjefene har stor frihet i

å velge sine "utførere" og organisering av tjenestene innenfor den gitte bestilling og resultatkrav.

På sentralt hold i staten, er det opprettet et nytt stort Velferdsdepartement (bestående av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet). Dette utvikler og iverksetter Stortingets politikk på disse tjenesteområdene. Fylkesmannen, Helsetilsynet og et nytt Utdanningstilsyn har fått viktige tilsyns- og kontrollroller i denne modellen.

Borgerne kan ikke lenger påvirke velferdspolitikken gjennom lokalvalg, men den lokale administrative friheten gjør det interessant for dem å påvirke de lokale og regionale områdeadministrasjonene. Brukerdemokratiet er en innflytelseskana. Sterkere pasient- og foreldre-/elevorganisering har ført til framveksten av en korporativ kanal der interessegrupper og statstjenestemenn møtes.

Oppsummert er det mest radikale grepet i denne modellen, at kommunen opphører som lokaldemokratisk arena. Kommune- og fylkesgrensene er som før. Byråkratiet og administrasjonsstyret styrkes gjennom etablering av lokale velferdsadministrasjoner med en egen lokal områdesjef. Bestiller- og utførermodellen styrkes, hvor også private deltar i produksjonen av tjenester. Det oppstår et sterkere press fra "toppen" i det nye styringssystemet om å effektivisere tjenesteytingen og utjevne forskjeller i nivået og volumet av tjenestene".

Hvordan ser skolen ut i områdemodellen?

For Solborg barneskole betyr områdemodellen at skolen har fått ny eier, de ansatte har fått ny arbeidsgiver samt at ansvaret er forflyttet fra kommunalt til statlig nivå. I praksis betyr dette at rektor forholder seg til og samarbeider med den lokale områdesjef og hans administrasjon. Det finnes nå lokale områdesjefer i hver kommune, eller for mindre kommuner, en felles interkommunal områdesjef. Den lokale områdesjefen koordinerer og iverksetter tjenestene ved Solborg skole ut fra den regionale områdesjefens bestilling, budsjett og resultatkrav. Både den regionale områdesjefen og den lokale områdesjefen er nå ansvarlig for at Solborg skole produserer tjenester i tråd med nasjonale strategier og politikk. Den lokale områdesjefen har relativt stor frihet til å velge organisatoriske løsninger, så lenge kravet om kvalitet, effektivitet og lik behandling av alle elever innfris. Ved Solborg skole er SFO og Leksehjelp tjenester som kjøpes fra private.

Utdanningsdirektoratet har det overordnede fagansvaret og styrer skarpt gjennom veiledning, oppfølging og kontroll. Dette gjennomføres i praksis av en statlig inspeksjonstjeneste for skolen hos fylkesmannen. Elevene, foreldrene og lærerne ved Solborg skole medvirker gjennom lokale brukerstyrer, men og regionale og nasjonale brukerorganisasjoner som sikrer elevers rettigheter på den ene siden og brukerorganisasjoner med særinteresser på den andre siden.

Hvordan ser sykehjemmet ut i områdemodellen?

For sykehjemmet Kveldssol betyr områdemodellen at både ledelse og ansatte har blitt statlige tjenestemenn og – kvinner. Sykehjemsledelsen er underlagt en lokal områdesjef som igjen er underlagt den regionale områdesjefen. Sykehjemmet har fått

ny avtale med staten etter konkurranse med flere aktuelle tilbydere i kommunen. Avtalen inneholder resultatkrav, budsjettramme og fullmakter. Både ledelse og ansatte/tillitsvalgte forholder seg nå til en helse- og omsorgsavdeling i den lokale områdesjefens administrasjon. Det er i gjennom denne staten kanalisert sin sykehjemspolitik. Når alt sammen er blitt statlig, er det oppnådd en bedre pasientflyt mellom sykehjemmet og det lokale helseforetaket. Mellom sykehjemmet og andre lokale helse- og omsorgstjenester (fastlege, fysio/ergoterapi, dagsenter) er det heller ikke samordningsproblem. Mer utfordrende er samordningen mellom sykehjemmet og tekniske tjenester i “restkommunen” (byggdrift, eiendom, rengjøring, vaktmester mv.). Her forholder sykehjemsledelsen seg til en partnerskapsavtale mellom “restkommunen” og den lokale områdesjefen, men her har det oppstått et nytt stat-kommune-problem.

5.3 Synspunkter på områdemodellen

I dette avsnittet redegjør vi for deltakernes respons på områdemodellen. For å få et inntrykk av responsen, har vi som i forrige kapittel referert til et utvalg sitater fra begge E-lab samlingene. Utvalget av sitater skal gi et inntrykk av hvordan modellen ble oppfattet.

Umiddelbar respons fra E-lab 1:

Ikke ønsket modell, fordi velferdstjenestene er avhengig av å gis med lokal tilpasning

Ikke en god løsning - det er for tidlig å oppgi den norske kommunemodellen. Men en farbar vei hvis Stortinget fortsetter som kommunestyre, og kommunene fortsetter å rekruttere sine tredjebeste menn og kvinner

Nei, ingen god ide. Det kunne gått i et annet og mer autoritært land (eks Frankrike)

Nei, modellen viderefører dagens kommunestruktur. Er ikke svar på morgendagens utfordringer, ivaretar ikke demografien, politisk styring langt vekk fra der innbyggerne bor og mottar tjenester

Mot modellen, svekker kommunen som samfunnsutvikler, svekker muligheten til å jobbe tverrsektorielt noe som er en forutsetning for forebyggende arbeid

Ettersom styringen av velferdstjenestene uansett blir sterkere og sterkere statlig dominert/regulert, kunne full statlig overtakelse være et alternativ, modellen kan ha noe for seg

Fordel: Spesialist og primærhelsetjeneste/omsorg utøves av et og samme forvaltningsnivå. Lettere å styre kompetanse og tjenester på tvers av nivåene

En mulig fordel ved denne modellen er utvidelse av demokratiforståelsen, å gi brukere og pårørende en ny deltakerarena

Umiddelbar respons fra E-lab 2:

Nei dette er å gå i feil retning

Jøje meg, dette minner om NAV!

Skeptisk til en slik organisering

Byråkratiets tidsalder

Beslutninger fjernt fra brukere

Hvem vil nå merke at skoen trykker?

Brukarane vil nok merka små skilnader sjølv med denne litt karikerte modellen. Det vil framleis vera tenestetilbodet som vil vera avgjerande for dei

Ytterligere gjødsling av fagprofesjonens tyranni

Mye makt til den lokale områdesjefen

Vil helst svare nei, men vi har jo allerede trekk. NAV reformen. Helseforetak, BUF etat osv. Denne modellen vil være starten på å utradere det lokale folkestyre. Blir en komplisert modell å forholde seg til for innbyggere

Tenkbar modell i eit lite land, men ikkje utan at kommunestrukturen blir endra. Neppe politisk realisme i ei såpass stor endring utan at Stortinget også tar mot til seg og endrar kommunegrensene

Restkommunens politikere kommer til å få det travelt med å mene mye om den statlige regional/lokale velferdspolitikken

I begge E-lab samlingene ga mange av deltakerne uttrykk for skepsis til det de fikk høre om områdemodellen. Noen mente den lignet på NAV-modellen med stat-

kommunesamarbeid. Andre så likhetstrekk med Fylkesmannen fordi ulike offentlige oppgaver var lagt til samme geografiske område (fylke og kommune). Selv om mange ikke så på modellen som ønskelig, var det likevel flere som mente at den hadde en viss realisme over seg. I debatten kom det fram en rekke argumenter mot modellen.

For det første mente flere av deltakerne at tilpasningen av velferdstjenestene til brukernes individuelle behov ville bli dårligere. Lengre avstand mellom bruker og beslutningstakere, økt organisatoriske kompleksitet og svekkede vilkår for tverrsektoriell samordning, ble trukket fram som faktorer som kunne svekke brukertilpasningen. Men meningene var ikke entydige, noen så for seg at denne modellen ville styrke brukerstyringen, noe som kunne hindre en for rigid tjenesteproduksjon.

For det andre mente mange av deltakerne at modellen ville bety mer byråkrati og større makt til "administrasjonspartiet" og profesjonsinteressene. Hvis ikke brukerne fikk mer makt, ville det statlige byråkratiet ta over mye av makten og myndigheten til lokalpolitikere. Enkelte så for seg en lang styringskjede fra topp til bunn i modellen der toppen ikke ville klare å styre og kontrollere det som foregikk i områdeadministrasjonene. Tilsyns- og kontrollmyndighetene ville få en mer sentral rolle, men også det mente flere ville virke byråkratiserende og dermed skape en tungdreven organisasjon.

For det tredje pekte en av deltakerne på at rammevilkårene for lokalsamfunnsutvikling ville bli dårligere med områdemodellen. Staten ville få en tyngre fot i fylkene og kommunene noe som ville bidra til å skjerpe ovenfra-og-ned-styringen. Dermed ville det bli tyngre å få til mobilisering nedenfra, fra lokalpolitikere og lokalsamfunnsaktører som ønsket å sette nye saker på den lokale dagsordenen. Restkommunen ville sannsynligvis bli for svak til å kunne ivareta en sterk samfunnsutviklerrolle.

For det fjerde ble det pekt på at samordningsproblemene ville bli store i områdemodellen. Spesielt ville det kunne oppstå et problematisk grensesnitt mellom de lokale områdeadministrasjonene og restkommunen. Her ble NAV-modellen trukket fram som eksempel på ordning per i dag hvor det er statkommune samordningsproblemer. Lobbyvirksomhet overfor de nye områdeadministrasjonene ville mest sannsynlig bli en aktivitet for lokalpolitikere i restkommunen.

Det mest radikale grepet i områdemodellen er fjerningen av det lokale folkestyret. Det var imidlertid ikke så mange av E-lab deltakerne som var opptatt av de uheldige konsekvensene av en slik utvikling. Enkelte pekte imidlertid på at modellen kunne være et naturlig neste steg i den forstand at lokalpolitikere ble fratatt et ansvar de ikke lengre hadde reell innflytelse på. I det lå også at flere av deltakerne ikke så den store dramatikken i fjerne lokalpolitikken på disse velferdsområdene.

I den grad det ble trukket fram mulige fordeler av å innføre områdemodellen, gjaldt det bedre samordning av ulike helse- og omsorgsoppgaver lagt til stat og

kommune i dag. Også her ble hensynet til brukerne trukket fram, spesielt de med behov for samordnet tjenesteinnsats. Flere så for seg at det må gjøres noe med kommunestrukturen før modellen kan være aktuell.

5.4 Områdemodellens konsekvenser

E-lab deltakerne ble også bedt om å vurdere områdemodellens konsekvenser for likhet og likeverdighet, prioriteringseffektivitet, deltakerdemokrati og ansvarsutkreving²⁸. Her er vi opptatt av både generelle utsagn og konsekvenser for de spesifikke tjenesteområdene (skole, barnehager, helse og omsorg).

5.4.1 Konsekvenser for likhet og likeverdighet

Slik områdemodellen ble presentert som fortelling, fjernes det lokale folkestyret som følge av at staten overtar eierskapet til skoler, barnehager, helse og omsorg. Dette eierskapsskiftet ble i fortellingen antatt å føre til en ny omdreining i den statlige styringen av disse velferdstjenestene om vi sammenligner med integrasjonsmodellen. Slik sett kan områdemodellen i utgangspunktet tenkes å legge bedre til rette for likhet og standardisert ytelse av disse tjenestene.

I forbindelse med diskusjonen av integrasjonsmodellen i forrige kapittel, oppstod det noe diskusjon om innholdet i begrepene likhet og likeverdighet. Denne diskusjonen dukket også opp i de to E-lab samlingenes behandling av områdemodellen. Som en av deltakerne pekte på: "Det er stor forskjell på likeverdighet og likhet. Likhet kan en kanskje sikre med rettighetsfesting, likeverdighet krever skjønn". En annen av deltakerne stilte da spørsmål om "Hva er likhet egentlig? Det vil alltid være en individuell vurdering knyttet til både tolking av rettigheter og tilpasning av individuelle tjenester". Her ble det stilt spørsmål ved om det er mulig å yte helt like tjenester. Som en tredje deltaker sa det "Begrepene "likhet" og "objektive kriterier" er oppskrytt og eksisterer bare i Utopia".

Generelle konsekvenser av integrasjonsmodellen for likhet og likeverdighet

I begge E-lab samlingene ble det diskutert om områdemodellen ville føre til større likhet eller ikke. De som tvilte på en slik effekt, trakk fram forskjellige forhold de mente ville motvirke større likhet:

²⁸ Debatten om innhold og forståelse av begrepene er tatt opp i integrasjonsmodellen. Vi vil derfor ikke gjenta dette her, men viser til kapittel 4.5

“Modellen vil ikke sikre bedre likhet. Det vil være større avstand i styringslinjen enn i dag. Og brukerne er like individuelle som de er i dagens modell”.

“På papiret kan likhetsdimensjonen se ut til å bli styrket, men alle implementeringsstudier viser at det er langt mellom lære og liv, så det bør ikke tillegges alt for stor vekt”.

“Modellen med områdesjefer vil sette likhetsprinsippet på prøve. Det blir ikke nødvendigvis mere likhet om lokalpolitisk innflytelse erstattes av sterk administrativ styring. Vide fullmakter til lokal velferdssjef gir rom for store lokale variasjoner”.

Både styringslinjens lengde, fra Stortinget og regjeringen på toppen via de regionale og lokale områdeadministrasjonene til de lokale tjenestestedene, og handlefriheten til områdesjefene, ble i diskusjonen trukket fram som element i områdemodellen som kunne ta brodden av likhetseffekten. Som et av sitatene viser, ble det også stilt spørsmål ved om det er rimelig å vente at den sentrale politikken vil bli iverksatt som intendert i det skisserte administrative apparatet.

Andre deltakere i E-lab samlingene så imidlertid for seg at det ville være mulig å realisere større likhet gjennom områdemodellen. Følgende sitat fanger opp flere utsagn som peker i samme retning:

“Likheten vil sannsynligvis bli større. I dag er det store ulikheter i Norge, spesielt når det gjelder kvalitet på tjenestene, men også når det gjelder ressurstilgang for kommunene”.

Det ble pekt på enkelte sider ved områdemodellen som kunne gi opphav til likhetseffekter:

“Tjenestene kan samordnes og dermed, for de som trenger tjenester av flere kategorier, kanskje få et tilpasset tilbud”.

“Modellen vil kunne skape større likhet i ytelsene, ved en mer enhetlig styringslinje. Men mulig mindre likeverdighet, fordi den kanskje fanger opp/tar mindre hensyn til lokale/individuelle behov”.

Enkelte av E-lab deltakerne trakk fram at modellen var avhengig av god brukermedvirkning for å fange opp lokale behov og individuelle preferanser. Det ble pekt på at:

“Forutsetning for medvirkning er jo at en kan påvirke resultatet. Hvordan det skal løses uten at dette blir en form for lokal organisering av brukermedvirkningen er ikke lett å se. Kan en ikke påvirke resultatet, forvitrer interessen raskt”.

Tjenestespesifikke konsekvenser av integrasjonsmodellen for likhet og likeverdighet

I den andre E-lab samlingen kom det fram synspunkter på hvordan modellen ville slå ut for likhet og likeverdighet på skolefeltet og omsorgsfeltet. Noen av sitatene adresserte skole spesielt:

“Det kan vere kompetansefordelar med modellen, lokale områdesjefar må vere kompetente. Det kan gi betre kvalitet og dermed betre kvalitet i opplæringstilbodet”.

“Ad tilsyn: enten uavhengig tilsyn a la helsetilsynet også på utdanningssida, eller kontroll frå Fylkesmannen, ikkje begge delar”

Andre sitat tok for sykehjem og til dels andre helse- og omsorgstjenester:

“Sykehjemmet kan bli en brikke i en mer sammenhengene helsetjenestene, kan slå positivt ut for den enkelte pasient”

“Modellen kan fungere utmerket med statlig drift, sikre likt tilbud over hele landet samt sørge for at private kommersielle tilbydere ikke slipper til”

“Er svært usikker på om dette vil føre til like og rettferdige tjenester. Områdesjefen har vidt mandat, og det er ikke sikkert at lokale hensyn blir tatt hensyn til”

I forhold til skole ble det trukket fram at områdemodellen kan ha kvalitative effekter på opplæringstilbudet. Det må imidlertid unngås at modellen kombineres med tilsyn fra både Fylkesmannen og nye sektortilsyn. I forhold til sykehjem og helse, var det også forventninger om forbedringer med områdemodellen. Statlig drift kunne i følge de refererte sitatene gi bedre drift og større sammenheng i tjenestetilbudet. Men det var også usikkerhet om en slik positiv effekt, knyttet til om hvorvidt handlefriheten til områdesjefene ville bli brukt til å sikre behovstilpasning.

Oppsummering

Diskusjonen i de to E-lab samlingene viste at det var en viss usikkerhet om hvorvidt områdemodellen ville føre til større likhet, da forstått som økt standardisering av tjenestetilbudet. Det ble pekt på at lang styringskjede og handlefrihet for områdesjefene kunne minske effekten av modellen for likhet. Andre igjen mente at statlig eierskap, enhetlig styringslinje og bedre vilkår for tjenestesamordning, ville gjøre modellen egnet som et virkemiddel for å oppnå større likhet. Slike gevinster så en del av deltakerne for seg kunne oppnås både i forhold til skole og helse.

5.4.2 Konsekvenser for prioriteringseffektivitet

Den neste effekteffekt-kategorien som E-lab deltakerne tok stilling til, var områdemodellens mulige konsekvenser for prioriteringseffektivitet. Som begrep er prioriteringseffektivitet først og fremst benyttet om treffsikkerheten mellom de tjenestene som ytes og de behov som mottakerne har. Konsekvensen av høy prioriteringseffektivitet må kunne antas å være høy grad av brukertilfredshet.

Generelle konsekvenser av områdemodellen for effektivitet

Deltakerne i de to E-lab samlingene diskuterte ikke bare konsekvenser for prioriteringseffektiviteten, men også konsekvenser for kostnadseffektivitet, om det ville bli en dyrere modell enn dagens modell. Blant flere av deltakerne var det en oppfatning om at prioriteringseffektiviteten ville gå ned:

"Det positive med lokaldemokratiet, er kravet til gjennomsiktighet som lettere kan stenges dersom "administrasjonspartiet" er både bukk og havresekk".

"Følsomheten for lokale variasjoner kan bli mindre, byråkratisk rasjonalitet viker litt for lokal rasjonalitet, kanskje. Det vil si mindre prioriteringseffektiv og sannsynligvis svært kostnadsdrivende".

"Modellen har potensial til mer effektiv tjenesteproduksjon. Men den kan også gi lavere formåleffektivitet, fordi den i mindre grad klarer å fange opp lokale/individuelle forhold/behov".

Utsagnene kan tolkes som en bekymring for at områdemodellen ikke er sensitiv nok i forhold til lokale behov og variasjoner. Det største hinderet, som flere trakk fram, er at administrasjonen vil få for stor makt, og at «administrasjonspartiet» vil følge andre logikker enn hensynet til brukerne. Det første sitatet kan også tolkes dithen at dagens lokaldemokrati utgjør en korreks til administrasjonen, at den er nødt til å etterleve de politiske hensyn lokalpolitikere mener er viktige.

Det kom også fram at mange av deltakerne så på områdemodellen som dyr og byråkratisk, altså effektivitet i forhold til hvor kostbar modellen er:

"En stor og kvelende modell. Mulig jeg har hemmere i mitt hode, men tenker at selve modellen kan vanskeliggjøre innovasjon og utvikling... "

"Effektiviteten kan bli bra ved at mange gjør likt til et visst punkt, men får vi utvikling i nye og bedre metoder hvis ikke flere prøver nye veier? "

"Resultatet blir sannsynligvis mer byråkrati. Det må flere stillinger til å kontrollere hverandre og sikre internkontrollen".

Utsagnene over er nokså typiske, og er illustrerende for den skepsis mange av deltakerne uttrykte til de byråkratiserende konsekvensene av områdemodellen. Effektiviteten kan spises opp av mer administrasjon, rapportering, tilsyn og kontroll. Det er også interessant å merke seg at flere av deltakerne mente at

presset for å utvikle, innovere og forbedre tjenestene ville bli mindre med områdemodellen. Ensretting av tjenesteytingen ble antatt å kunne hemme kreativiteten.

Tjenestespesifikke konsekvenser av områdemodellen for prioriteringseffektivitet

Spesielt i E-lab to ble diskusjonen relatert til skolefeltet og omsorgsfeltet. Også her kom det fram tvil om områdemodellen ville bedre prioriteringseffektiviteten eller kostnadseffektiviteten. I forhold til skolefeltet, ble følgende sagt:

“Visse sider ved styringa og forvaltninga kan effektiviserast = færre byråkratar, men skole er i sin karakter personellintensiv verksemd - lærarlønn er den største utgiftsposten også i denne modellen”.

“Tror ikke valgfriheten blir så stor lokalt som det kan se ut i modellen. For mange tunge instanser over som nyter å sende ut styringssignal, måltall, rundskriv....”.

Her ble det uttrykt tvil om modellen vil virke effektiviserende i og med kostnadsstrukturen i skolen. Heller ikke i forhold til sykehjem og helse kom det til uttrykk mye optimisme:

“En svært byråkratisk og tungvint org modell. Vil ikke innby til effektivitet”.

“Det er en liten hærs-kare av statlige sentrale organer på sykehussektoren i dag. Slik vil det nok bli for eldreomsorg og skolesektoren også”.

Det kom også til uttrykk bekymring for brukernes innflytelse i denne modellen. Som en sa det: *“Når brukerne skal klage på tjenestene vil “de som bestemmer” være så langt borte at det er bare å glemme å nå frem”.* Det vil igjen kunne påvirke graden av prioriteringseffektivitet.

Oppsummering

I debatten ble prioriteringseffektivitet både tolket som tilpasning av tjenestene til lokale behov og til kostnadseffektivitet. Selv om det var visse unntak, var deltakerne i de to E-labene skeptiske til om områdemodellen ville påvirke prioriteringseffektiviteten og kostnadseffektiviteten positivt. Det ble i den forbindelse pekt på større avstand mellom beslutningstakerne og brukerne, mindre gjennomsiktighet og større makt til «administrasjonspartiet. I forhold til kostnadseffektivitet så deltakerne for seg mer byråkrati, tilsyn og kontroll, noe som vil kunne virke kostnadsdrivende.

5.4.3 Konsekvenser for deltakelse i politikktutforming

Deltakerne i de to E-lab samlingene ble også utfordret til å reflektere rundt områdemodellens konsekvenser for den lokale deltakelsen. I presentasjonen til E-lab deltakerne ble denne konsekvensdimensjonen knyttet til borgernes mulighet for å kunne påvirke offentlige beslutninger som de blir påvirket av. I og med at lokalpolitikkerne blir fjernet i områdemodellen, blir vilkårene for påvirkning kraftig endret. I fraværet av et lokalt folkestyre ble det diskutert om det ville oppstå nye lokale deltakelsesformer som følge av denne modellen.

Generelle konsekvenser for deltakelse i politikktutforming

Det var bred enighet om at en fjerning av lokalpolitikken i velferdspolitikken ville ha en umiddelbar negativ virkning for folks påvirkningsmuligheter. Som en sa det: *"Jeg kan ikke se at denne modellen på noen som helst måte ivaretar lokaldemokratistyring av velferdstjenestene, det ligger jo som et premiss i modellen at dette sjaltes ut"*. Blant annet ble det pekt på at *"Modellen vil frata innbyggerne mulighet for å overvære transparente, politiske beslutninger om deres ve og vel"*.

Men selv om den lokalpolitiske styringen av velferdstjenestene ville bli borte, så flere for seg at folkestyret i restkommunen kunne blomstre opp. Med fjerning av velferdstjenestene fra den lokaldemokratiske dagsordenen kan *"oppdraget for lokalpolitikeren bli tydeligere, og schizofrenien mindre"*. Det ble blant annet vist til at den statlige overtakelsen av de fylkeskommunale sykehusene i 2002, ga fylkeskommunene en mulighet til å legge større tyngde bak samfunnsutviklerrollen.

Et tema som fikk relativt bred plass i debatten var om det ville gjøre noen forskjell for brukerne om det var henholdsvis kommunen/lokalpolitikkerne eller staten som styrte velferdstjenestene. Sitatene nedenfor viser noen av argumentene for å beholde dagens modell eller satse på en områdemodell:

"Er det prinsipielle betenkeligheter med at stat eller kommune er utfører? Er ikke poenget best mulig tjenester til alle brukerne, uavhengig sosial status og bakgrunn?"

"For brukerne bør det være det samme, så lenge tjenestene er gode. Men hvor stort skal et byråkrati være? Modellen er for "tung". Vi må alltid spørre: Hvem er modellen til for? Hva er målet? Hvor tungt og komplisert skal et system være?"

"Kommunene er til for å utøve statlig politikk i dag også. Problemet her er bare at lokalpolitikkerne forsvinner som innbyggernes ombud".

"Lokalpolitikarane utgjør eit nyttig korrektiv. Det korrekset vil ein områdesjef mangla".

"Hvorfor er det så viktig at politikere med sine ideologier skal styre så mye uten kjennskap til skole eller eldreomsorg".

Et ståsted i debatten var at det ikke ville bety så mye fra eller til om eierskapet til velferdstjenestene var på kommunale eller statlige hender. Det ble blant annet stilt spørsmål med om det er bra for brukerne at lokalpolitikere lar sine ideologier prege utformingen og styringen av velferdstjenestene. Motargumentene er, som vi ser, at lokalpolitikere kan utgjøre et korrektiv i forhold til administrasjonen og har en ombudsrolle. Disse momentene ville falle bort med områdemodellen.

Denne diskusjonen ble en opptakt i begge E-lab samlingene om en statlig overtakelse av velferdstjenestene ville bety framveksten av nye former for deltakelse lokalt. Sitatene under gir et innblikk i debatten:

“Brukermedvirkning kan innen velferdstjenestene dyrkes fram uavhengig av en lokaldemokratisk styring og står ikke som en motsetning til statliggjøringen”.

“Lokaldemokrati kommer til å oppstå i nye former. Institusjonsstyrer og brukerutvalg”.

“Auka brukarmedverknad t.d gjennom driftsstyre, inneber i praksis at dei svake gruppene ikkje får påverke. Det er politikkenes business å motverke slikt!”

“Brukarane får framleis stor påverknad på eige tenestetilbod. Men den samordnande lokalpolitiske styringa og korreksjonen til administrativ styring blir borte og kan gje rom for lokale aksjonar”.

Lokale velferdssjefer med stor lokal frihet svekker demokratiet. Her kan en risikere at hverken lokale eller nasjonale hensyn ivaretas i stor nok grad og at enkelte brukere/organisasjoner får økt innflytelse på bekostning av allmennheten.

“Innbyggerane sitt engasjement for lokale utfordringar vil neppe bli styrka, dei vil kjenne seg makteslause mtp påverknad heilt til Stortinget for å få endra lokale forhold”.

Et moment fra denne debatten var en utstrakt tro på at det ville vokse fram ulike former for brukermedvirkning. Noen mente dette ville skje uavhengig av eierskap til tjenestene, andre så det mer som en konsekvens av å fjerne lokalpolitikere. Både brukerrepresentasjon i institusjonsstyrer og brukerutvalg, ble trukket fram som løsninger for å styrke brukermedvirkningen. Noen så også for seg økt lokal aksjonisme, mens en annen deltaker mente at et lokalt innbyggerengasjement ville ha problemer med å nå fram siden Stortinget ville være det eneste folkevalgte organet i modellen. En mulig negativ konsekvens ved økt brukermedvirkning som følge av områdemodellen var at sterke interessegrupper ville kunne øke sin innflytelse på bekostning av svake grupper. Bekymringen for at områdesjefene ville få for stor makt, og dermed bli mer resistente for ytre påvirkning fra politikere og brukerne, kom også fram i denne debatten om områdemodellens demokratiske konsekvenser.

Oppsummering

Deltakerne i begge E-lab samlingene så for seg umiddelbare og direkte negative konsekvenser for folks deltakelse og mulighet for å påvirke politikkutformingen på de respektive tjenesteområdene av å innføre områdemodellen. I forsvaret av de lokale folkevalgte representantene, ble det trukket fram at de utgjør en korrektiv til administrativ makt, at de fungerer som politiske ombud, at de sikrer at også svake grupper når fram i beslutningsprosessene og at det sikrer åpenhet omkring beslutningstakingen i kommunene. Det var imidlertid flere som mente at disse lokalpolitiske faktorene hindret en mer effektiv tilpasning av velferdstjenestene til individuelle behov. Mange av deltakerne så for seg framveksten av nye former for brukermedvirkning og mer lokal aksjonisme. Men også økt lokal avmakt ble trukket fram som en mulig konsekvens fordi avstanden til Stortinget og det rikspolitiske miljøet ville bli så stort i områdemodellen.

5.4.4 Konsekvenser for ansvars plassering

Til sist i dette kapitlet skal vi undersøke hvordan E-lab deltakerne vurderte konsekvensene av områdemodellen for ansvarsforhold og ansvarsutkreving. I fortellingen om områdemodellen ble det lagt vekt på at alt ansvar i områdemodellen samles på statens hender og at Stortinget vil være det eneste folkevalgte organet med ansvaret for skole, barnehager, helse og omsorg. Det ble også pekt på at det administrative ansvaret ville være fordelt på ulike administrative organ, det sentrale statsapparatet, regionale og lokale områdeadministrasjoner og på virksomhetsledere. Uavhengige tilsyn og kontrollorganer, også statlige, skal i modellen sørge for tilsyn med velferdstjenestene.

Generelle konsekvenser for ansvarsutkreving

Debattene i begge E-lab samlingene om ansvars plassering viste klar uenighet mellom deltakerne om hvorvidt områdemodellen ville representere et enkelt og klart system for ansvars plassering.

"Ansvars plasseringen vil bli tydeligere. I dag ser vi mye uklarhet og ansvarsfraskrivelse".

"Noe tydeligere ansvarsforhold, men fortsatt gode muligheter for å skylde på hverandre".

"Ansvarlige er for langt vekke, fører til pulverisering av ansvaret. Vert lett å skylde på systemet i stedet for å rydde opp når ting ikke fungerer".

"Mye ansvar legges på områdesjefene. Både lokale ledere og sentrale myndigheter kan skylde på mellomledet/områdesjefen og selv si fra seg det ansvar de faktisk har".

"Ansvarsutkreving er vanskelig her, en form for administrativ ansvarsutkreving lokalt til bestiller, men også en legal ansvarsutkreving til fylkesmann som tilsyn, begge koplet med en politisk på toppen, mellom minister og storting. Virker uoversiktlig".

Tre forhold trekkes fram som kan tenkes å gi opphav til ansvarsuklarheter i områdemodellen. Det ene er at de ansvarlige på toppen, i Stortinget, regjeringen og sentraladministrasjonen, sitter langt borte fra ytre etater og tjenestesteder. Det andre er at modellen baserer seg på administrativ koordinering mellom fire administrative ledd, sentraladministrasjonen (departement, direktorat), regionale områdesjefer, lokale områdesjefer og lokale virksomhetsledere/tjenesteledere. Det kan gi mulighet for svarte-per spill om ansvaret, spesielt om skylden i saker som har gått galt. Det fjerde forholdet som trekkes fram, er en kompleks ansvarsstruktur, ikke bare på grunn av mange administrative ledd, men fordi typen av ansvarsutkreving vil variere. Den legale ansvarsutkrevingen fra tilsyn og kontrollorgan, kan være en annen enn den administrative ansvarsutkrevingen som områdesjefene er underlagt. Disse to formene for ansvarliggjøring kan imidlertid også avvike fra den politiske, spesielt om den tar utgangspunkt i store og små politiske saker i storting og regjering som ikke er nedfelt i lover og forskrifter. Enkelte av E-lab deltakerne tvilte imidlertid på om nasjonal politikk ville nå helt ut i de ytterste ledd i områdemodellen.

Tjenestespesifikke konsekvenser for ansvarsutkreving

Diskusjonen i E-lab samlingene om konsekvensene for skole og omsorgstjenestene reflekterte et stykke på veg uenigheten om modellens konsekvenser for ansvarsforholdene, men argumentene hellet sterkere i positiv retning når det ble snakk om de konkrete tjenestene. Både på skolefeltet og omsorgsfeltet ble det eksempelvis pekt på at linjeansvaret lokalt ville bli klarere:

"Skole: Vil nok innebære en klarere ansvarsplassering. Institusjonsleder, eller områdesjef lokalt eller regionalt".

"Skole: Det vil gjerne vere klarare å sjå kvar ansvaret ligg, det kan gjere det lettere for innbyggerane å klage på dårleg tilbod".

"Sykehjem: Blir virksomhetsansvarlige mer administratorer enn ledere i en slik modell? Dette kolliderer med kravet til lederen om å være leder og ikke administrator".

"Sykehjem: Ansvar i linjen kan være klart, men blir ansvar fulgt opp bare på grunn av trussel om tilsyn og rapportering?"

Mer tydelig plassering av ansvar hos regionale og lokale ledere, ble forventet å gjøre det lettere for innbyggerne å finne ut hvor de kan henvende seg for å klage. En ulempe som ble trukket fra, var at lederne i for stor grad ble administratorer i et sterkt styrt system.

Oppsummering

Debatten om ansvarsplassering i områdemodellen endte ikke med noen enighet om hvorvidt den ville ha positive eller negative konsekvenser for ansvarsforholdene. På den ene siden ble statlig eierskap til velferdstjenestene og enhetlige styringslinjer fra topp til

bunn, trukket fram som faktorer som kunne klargjøre ansvarsforholdene. Andre igjen mente at ansvarsforholdene ville bli forkludret fordi styringslinjene er for lange, at modellen inneholder administrative mellomledd som kan få en syndebukkrolle, og at modellen blir for kompleks til å kunne sikre effektiv ansvarsutkreving.

5.5 Oppsummering av områdemodellen

Avslutningsvis har vi sammenfattet hovedtrekkene i områdemodellen og brukt voteringer i de to E-lab samlingene til å oppsummere modellens realiserbarhet og ønskelighet. Her inngår også en vurdering av områdemodellens samlede konsekvenser på bakgrunn av debattene i E-lab samlingene i tillegg til et sideblikk til norske reformer og erfaringer fra andre land.

Områdemodellen innebærer at det lokale folkestyret fjernes på velferdsområdene skole, barnehager, helse og omsorg. Staten overtar eierskapet til disse tjenestene, og alt ansvar legges dermed til staten. Fra å ha vært et delt politisk ansvar mellom stat og kommune, har nå Stortinget og regjeringen fått det hele fulle ansvaret for å utforme velferdspolitikken og påse at den blir iverksatt som intendert. Den nasjonale velferdspolitikken går ikke som før igjennom en lokalpolitisk fortolkningsprosess. Velferdstjenestene er organiserte i fylkesvise og kommunevise område-administrasjoner ledet av henholdsvis regionale og lokale områdesjefer. De regionale (fylkesvise) områdeadministrasjonene er opprettet for å håndtere et stort kontrollspenn i forhold til de lokale områdeadministrasjonene. Disse finnes i hver kommune. Fylkes- og kommunegrensene er dermed beholdt i denne modellen. De regionale områdesjefenes oppgave er å formidle og iverksette statlig politikk og de er ansvarlige for eierstyring og "bestilling" overfor de lokale områdesjefene. De lokale områdesjefene har relativt stor frihet til å velge sine "utførere" og har anledning til å organisere tjenestene innenfor rammen av bestilling og resultatkrav. Den lokale områdesjefen er også ansvarlig for å samordne de statlige velferdstjenestene med relevante, gjenværende tjenester i kommunen. De gjenstående oppgaver i kommunen er fortsatt styrt av lokalpolitikere, og det er inngått en samarbeidsavtale mellom den lokale områdeadministrasjonen og de gjenværende oppgaver i kommunen.

Styringen mellom staten sentralt, regionalt og lokalt er hierarkisk, men den er ikke sterkere enn at den lokale områdesjefen har frihet i virkemiddelbruken. Den lokale friheten er imidlertid av administrativ og faglig art, ikke politisk. For å påse at områdeadministrasjonene oppfyller de mål de er pålagt, er tilsyns- og kontrollvirksomheten skjerpet. Fylkesmannen og uavhengige statlige tilsyn har fått nye oppgaver. Det at det lokale selvstyret og den politiske handlefriheten er tatt bort i områdemodellen, betyr at det er mindre interesse blant lokalsamfunnsaktører, interessegrupper, brukere etc., for å hevde sine interesser lokalt.

Alle de lokale tjenestene, skoler, barnehager, helse og omsorg, er i områdemodellen underlagt den lokale områdesjefen. Virksomhetslederne

forholder seg til områdesjefens "bestilling" og de eierkrav som er stilt i forhold til bruk av tildelt budsjett. Med bestiller-utførerorganisering der det er tatt bruk mer utstrakt tilbyderkonkurranse, må de statlige virksomhetene konkurrere med private aktører, frivillige som kommersielle, om å få avtale med den lokale områdesjefen. Det sentrale er at den statlige velferdspolitikken blir lojalt fulgt opp, ikke hvem som har driftsansvaret for tjenestene.

Den umiddelbare responsen på områdemodellen i de to E-lab samlingene var preget av skepsis. Enkelte trakk fram at det ville bli enklere å standardisere velferdstjenestene, både som følge av det statlige eierskapet og mer utstrakt rettighetslovgivning, men mange mente at den lokale tilpasningen av tjenestene til lokale og individuelle behov ville bli dårligere, altså svekke prioriteringseffektiviteten. Flere av E-lab deltakerne så imidlertid for seg at det ville vokse fram nye former for brukermedvirkning og mer aksjonistiske former for lokal påvirkning, noe som kunne sikre at områdeadministrasjonene ble mer sensitive og åpne for impulser og krav utenfra. Det var imidlertid mange som så for seg at nettopp byråkratiet og administrative "småkonger", og det som ble omtalt som "administrasjonspartiet", ville få (for) stor makt i områdemodellen, og dermed redusere mulighetene for eksterne aktører å få innflytelse på saker og beslutninger. Mye av argumentasjonen mot områdemodellen tok utgangspunkt i et brukerperspektiv. Langt færre tok utgangspunkt i et lokaldemokratisk perspektiv i den forstand at folkestyret har en verdi i seg selv. I den grad dette perspektivet gjorde seg gjeldende, ble det argumentert med at lokalpolitikere utgjør et korrektiv for administrasjonen, at de har en ombudsrolle i forhold til innbyggerne, at de sikrer åpenhet rundt ulike beslutningsprosesser og at de ivaretar svake grupper i lokalsamfunnet. Med områdemodellen ville disse mekanismene falle bort, noe enkelte så som problematisk. I begge E-lab samlingene oppnådde områdemodellen nest høyest skår ved voteringer etter integrasjonsmodellen både i forhold til realiserbarhet og ønskelighet. I E-lab to oppnådde områdemodellen også en andreplass i forhold til realiserbarhet, men kom på sisteplass i forhold til ønskelighet.

Oppfatningene av områdemodellen samsvarer med vårt utgangspunkt for utvikling av denne idealmodellen; organisering inspirert av dagens fylkesmannsembete. Modellen har få klare sammenliknbare trekk med velferdsreformene de siste ti år eller tilsvarende organiseringer i sammenliknbare land. Organiseringen av de statlige helsetjenestene i England i 10 regionale områdeadministrasjoner og en rekke distriktsadministrasjoner, har likhetspunkter med områdemodellen, men den engelske modellen inkluderer ikke skole og barnehager. Enkelte trekk ved denne modellen kan gjenkjennes i organiseringen av NAV. Eksempelvis har NAV-kontorene samlokalisert flere typer velferdstjenester. Dette har i følge evalueringer medført at NAV-partnerskapet har sikret en bedre lokal, tverrsektoriell samordning av tjenester som tidligere ble behandlet atskilt. Denne mulige effekten ble imidlertid ikke vektlagt i E-lab samlingene. Der ble det i stedet uttrykt stor bekymring for mulig byråkratisering som følge av områdemodellen og potensiell mulighet for økt administrativ makt på bekostning av politisk makt. Det er vanskelig å finne direkte koplinger og sammenlikningsgrunnlag til materialet fra

andre land, som kan være relevante å sammenlikne med i denne sammenheng. Det «ukjente» ved denne mellommodellen – områdemodellen - kan være en forklaring på at modellen vekke større skepsis enn støtte blant E-lab-deltakerne. Vi påpeker til slutt også her at sammenlikning mellom erfaringene fra reformene og vurderingene av mulige konsekvenser på de kommunale tjenesteområdene, ikke er direkte sammenliknbare og derfor må gjøres med forsiktighet.

6 Statlig sektormodell

6.1 Statlig sektormodell prinsipielt

Den statlige sektormodellen er basert på statlig overtakelse av de kommunale velferdstjenestene, og opprettelse av lokale sektoradministrasjoner, slik som statlig barnehageetat, skoleetat, helseetat og omsorgsetat. Organiseringen skjer ut fra et funksjonelt prinsipp, der sektorhensyn og tilrettelegging for tjenestens egenart er det sentrale. Organiseringen legger til rette for integrasjon og standardisering fram for geografisk tilpasning. Velferdstjenestene er koplet fra lokaldemokratiet og det geografiske nedslagsfeltet avviker fra kommunegrensene.

Selv om velferdstjenestenes lokalnivå ikke samsvarer med kommunegrensene, kjenner vi igjen trekk fra forvaltningskommunen i denne modellen. Det vil si at det er staten som formulerer innholdet i politikken og setter standarder for og finansierer velferdstjenestene lokalt. Men når tjenestene er overtatt av staten, har ikke lokalstyret noe ansvar for tjenestene, verken for tilrettelegging eller drift. Sammenlignet med integrasjonsmodellen og den statlige områdemodellen beskriver den statlige sektormodellen en framtidssituasjon der kommunen ikke har innflytelse overfor verken mål eller virkemidler på velferdsområdet.

Selv om lokalpolitikken ikke lenger har ansvar for velferdstjenestene, er ikke politikerne borte. Resten av de kommunale oppgavene/tjenestene gir fortsatt politikerne en arena for lokal meningsbrytning og prioritering. Innbyggernes muligheter til å få innflytelse over velferdstjenestene er flyttet ut av den lokale valgkanalen, men fortsatt har innbyggerne formelt innflytelse gjennom nasjonale valg. I tillegg vil innbyggerne kunne påvirke tjenestene innenfor andre kanaler. Tabell 6.1 viser plasseringen av den statlige sektormodellen i forhold til politisk dimensjon, stat-kommunerelasjon og territoriell/funksjonell dimensjon.

Tabell 6.1. Statlig sektormodell

Dimensjoner/ Prinsipper	STATLIG SEKTORMODELL
DEMOKRATISK DIMENSJON	Nasjonalt demokrati Begrenset mellomvalgsdemokrati
STAT -KOMMUNE RELASJON	Statlig eierskap og sentral styring Minimal kommunal autonomi
TERRITORIELL/FUNKSJONELL DIMENSJON	Statlig sektorisert oppgaveløsning – sentralstat kombinert med ytre sektoreter Smal oppgaveportefølje
MERKELAPP	Regional stat-modell

Tabell 6.1 viser at den lokale politiske selvstyreverdien er avgrenset til å omfatte restkommunen etter at velferdstjenestene i sin helhet er overtatt av staten. Lokalpolitikkerne har ikke mulighet til å gjøre egne prioriteringer og tilpasse den statlige politikken til lokale forhold. Det er den regionale og lokale statlige administrasjonen som foretar prioriteringer og tilpasninger lokalt. Når lokalpolitikken ikke har ansvar for velferdstjenestene, er også verdien av valgdemokratiet minimert på disse områdene. Tjenesteyternes skjønnsutøvelse (Lipsky 1980) blir i enda større grad utsatt for interessehevding og modellen legger til rette for brukerinnflytelse gjennom ulike ordninger for brukerrepresentasjon. Stat-kommunerelasjonen er også endret. Hovedprinsippet for statlig styring er statlig eierskap kombinert med målrettet og detaljert statlig sektorstyring. Den statlige sektormodellen har derfor medført en ytterligere forskyvning av balansepunktet mellom statlig styring og lokalt folkestyre i favør av staten når vi sammenligner med integrasjonsmodellen og den statlige områdemodellen. Når det gjelder den territorielle-/funksjonelle dimensjonen, har det geografisk nedslagsfelt endret seg. Nedslagsfeltet for velferdstjenestene er fordelt på fem regioner og lokal distrikter med rundt 10.000 innbyggere innenfor disse. Kommunestrukturen er mindre relevant innenfor denne modellen. Lokalpolitikernes mulighet til å prioritere og se oppgavene i sammenheng er langt på vei fjernet.

Inspirasjonen bak utviklingen av den statlige sektormodellen er mange. Historisk sett er den sektorvise "silomodellen" ikke ukjent i norsk sammenheng. Utviklingen av en regional stat, som omfatter nærmere 40 ulike statlige tjenester, har klare likhetstrekk med den statlige sektormodellen. Videre er dette en modell som rendyrker tendenser og trekk som kan identifiseres i sykehusreformen i Norge. Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen var en statlig overtakelsesstrategi, og fratok fylkespolitikkerne alt eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenesten. Inspirasjon fra sykehusreformen var en sentral brikke i utviklingen av denne modellen. I tillegg til inspirasjon fra Norge, er utviklingen av modellen også inspirert av det britiske helsesystemet, NHS (jf. omtale i kapittel 3). Det komplekse helsesystemet i Storbritannia er styrt fra britiske parlamentet og Helsedepartementet om omfatter en statlig bestiller-utførermodell som iverksetter vedtatt helsepolitikk. Prioriteringseffektiviteten skal ivaretas gjennom fordeling av NHS budsjettet til 152 PCTene som fungerer som bestillere. Disse har frihet i å tilpasse ressursfordelingen etter lokale behov. Silomodellen er i det britiske systemet omfattende og dette ønsket vi å ta inn i vår statliggjøringsmodell. Samlet sett var den statlige sektormodellen det idealet som hadde flest inspirasjonskilder både fra vårt eget styringsverk og internasjonale styringsmodeller.

I det følgende presenteres sektormodellen som en fortelling. Etter fortellingen har vi først analysert deltakerne umiddelbare respons på modellen. Så følger en analyse av modellens konsekvenser i lys av de fire effektkategoriene (jf. kapittel 1). Til slutt har vi oppsummert områdemodellen.

6.2 Fortellingen om den Statlige sektormodell

I denne modellen har staten tatt steget fullt ut og organiserer nå helse og utdanning sektorvis. Den kommune- og fylkesbaserte områdeorganiseringen av de lokale velferdstjenestene skapte så store samordningsproblemer i forhold til regional stat og restkommunen, at staten heller innlemmet alt sammen i den regionale staten. Valget falt på en klassisk "søylemodell" med sektorstatsråder på toppen, en for helse- og omsorgstjenestene og en for utdannings- og oppveksttjenestene. Administrativt er oppgavene nå hierarkisk organisert, fra storting, sentralforvaltning, regionale sektoradministrasjoner og lokale sektoradministrasjoner, en organisatorisk søyle for helse og en for oppvekst. De regionale sektoradministrasjoner tilsvarer nå 5 landsdelsregioner, mens det lokale nivået er organisert rundt en befolkningsmasse på ca. 10 000 innbyggere. Denne enheten kalles "stordistrikt", men har ingen politisk styringsnivå.

All samordning mellom de to "velferdssøylene" foregår i Stortinget og i regjeringen. Ministeransvar, hierarkisk styring fra topp til bunn og tette relasjoner mellom tjenesteyterne og brukerne av den enkelte tjeneste, begrenser den administrative samordningen mellom helsesektoren og oppvekstsektoren. Det oppstår i økende grad "tunnelsyn" og en sterk top-down-orientering der innbyggerne tilbys sektoriserede og standardiserte tjenester. Standardiserte tjenester og sterk sentral styring for å sikre likhet, har i denne modellen blitt viktigere enn lokal autonomi og behovstilpasning.

Stortinget og regjeringen er politisk ansvarlig for tjenesteområdene hvor fokuset er likhet i volum og kvalitetsnivå uansett hvor du bor i landet. For velgerne gjør dette det enklere å orientere seg i forhold til hva de nasjonale partiene står for i velferdspolitikken og hvem de skal holde ansvarlige. Overgangen fra et flernivådemokrati til et ettnivådemokrati har ført til en vitalisering av riksdemokratiet. Valgkanalen har blitt viktigere, og aksjonister, medier og organiserte interesser på velferdsområdet, adresserer mer av sin påvirkning sentralt. Sterkere styringsmessige koplinger mellom rikspolitikk, forvaltning og tjenesteyting sikrer en effektiv implementering av politikken.

Som borgere har vi mistet muligheten til å påvirke politikken og utformingen av tjenesteområdene gjennom lokalvalg, men både lokale brukerutvalg og lokale interesseorganisasjoner prøver å influere på tjenestene. Sentralisering av makt til de sentrale styringsorganene har imidlertid redusert verdien av den lokale påvirkningen.

Oppsummert er den statlige områdemodellen blitt avløst av statlig sektororganisering. Samordningen mellom ulike velferdstjenester ivaretas kun på toppen av styringssystemet, i storting og regjering. Balanseforholdet mellom sentral styring og lokal autonomi, har endret karakter siden de administrative grensene er endret til større regionale og lokale nedslagsområder. Sentralisering, standardisering i tillegg til spesialisering er på bakgrunn av disse viktige prinsipper i utøvelsen av tjenestene. Det nasjonale demokratiet og den korporative kanal har blitt viktigere på bekostning av lokalpolitisk engasjement.

Hvordan ser skolen ut i den statlige sektormodellen?

Solborg skole er nå utvidet til storskole hvor både barnetrinn og ungdomstrinn er innlemmet. Skolen er også vokst i antall elever på grunn av økt antall barn som nå omfattes i stordistriktene. I stordistriktene finner vi ikke bare storskoler som drives ut fra prinsippet om enhetsskolen. Det finnes også statlige spesialskoler som ivaretar elever som krever spesialundervisning delvis eller helt. Ledelsen ved Solborg skole forholder seg nå til distriktets skolesjef som nå har samlet et stort antall skoler under seg etter den nye administrative inndelingen. Skolesjefen har og ansvar for PPT, spesialundervisning, SFO, Leksehjelp og lignende støttetjenester. Dette skaper forutsigbare, kvalitetssterke og effektive tjenester i stordistriktet. Samordning mellom de regionale skolesektoradministrasjonene som styrer stordistriktene, forsterker implementeringen av de nasjonale strategier.

Solborg skole drives ut fra en felles statlig mal for den ideelle skole. Hva som oppfattes som den ideelle skolen er imidlertid politisk styrt. Utfordringen for både Solborg skole og distriktets skolesjef er derfor at de er svært sårbar for politiske omveltninger. Motvekten til den politiske usikkerhet er rettighetstenkingen og brukerorienteringen. Rettighetsaspektet til barna, lærerne og foreldrene ved Solborg skole er sterkt og det er derfor svært mange brukerorganisasjoner som tilbyr støtte og veiledning både ved Solborg skole, men og på stordistriktetsnivå og på regionalt nivå.

Hvordan ser sykehjemmet ut i den statlige sektormodellen?

I den statlige sektormodellen har sykehjemmet Kveldssol blitt underlagt en lokal, statlig helse- og omsorgsadministrasjon ledet av en statlig helse- og omsorgssjef. Vedkommende har ansvaret for å styre og koordinere et stort antall sykehjem i det nye, store helse- og omsorgsdistriktet. Siden distriktet er så stort har flere av sykehjemmene blitt slått sammen etter krav fra den regionale helse- og omsorgsadministrasjonen. De gamle kommunegrensene er en saga blott etter at staten overtok og erstattet kommuner og fylker med fem helse- og omsorgsregioner og 200 helse- og omsorgsdistrikt.²⁹ Det gamle skillet mellom primær- og sekundærhelsetjenester er også borte. For å passe inn i en lang og finmasket kjede av helse- og omsorgstjenester, fra de enkleste til de mest spesialiserte, har sykehjemmet blitt pålagt en felles statlig mal for det ideale sykehjem. Det er stort og spesialisert. Det har ikke bare ha enerom for alle beboerne, det har også en rekke spesialiserte avdelinger i tillegg til de tradisjonelle, somatisk avdeling, avdeling for senil demente og avdeling for opptrening. Statlige lover og instruksjoner regulerer kompetansekrav til de ansatte, organiseringen av sykehjemmet og brukernes rettigheter. Et brukerutvalg er etablert ved sykehjemmet. Statlig politikk, faglige krav og brukerrettigheter er de hensyn som sykehjemmet Kveldsol må etterleve.

²⁹ Antallet distrikter oppgitt her er ikke riktig. Distriktene er organisert etter innbyggertall på om lag 10 000 innbyggere.

6.3 Synspunkter på den statlige sektormodellen

I dette avsnittet redegjør vi for deltakernes respons på områdemodellen. For å få et inntrykk av responsen, har vi som i forrige kapittel referert til et utvalg sitater fra begge E-lab samlingene. Utvalget av sitater skal gi et inntrykk av hvordan modellen ble oppfattet.

I figuren under presenterer et knippe av sitater fra E-lab deltakernes umiddelbare respons på presentasjonen av sektormodellen.

Umiddelbar respons fra E-lab 1:

“Tydeligere ansvarslinjer enn i dag”

“Sammenhengende pasient- og elevforløp”

“Bedre samordning av tjenestene vertikalt (mellom første- og annenlinjetjenesten)”

“Klart politisk ansvar”

“Ensartete lønns- og arbeidsbetingelser for de ansatte”

“Sektortjenestene får legge mye sterkere premisser for utvikling og innhold i faget”

“Lokalbefolkningen slipper ansvar for egen velferd på disse sektorene”

“Klar, forståelig. Tydelig(ere) ansvar. Bygger på noe som allerede er innarbeidet og fungerer (ministeransvar/dep/dir/FM). Fagfolkene liker den”

“Ser bare ulemper”

“Dagens organisering fører helt sikkert til forskjeller i nivået på tjenester. Statlig sektormodell har større muligheter til å skape likhet. Avgjørende blir da om større likhet kan kompensere for tap i legitimitet»

“Kan være en positiv modell for å løse isolerte oppgaver, en har kontroll fra topp til bunn. Men oppgavene er ofte sammensatte, derfor er modellen lite fleksibel, oppmuntrer ikke til samarbeid med andre sektorer“

Umiddelbar respons fra E-lab 2:

“Fragmentert”

“Sentralstyrt”

“Kan føre til bedre og samordnede tjenester”

“Kan skape et enda mer mediestyrt politisk system”

“Det kan jo skje lokal eller regional samordning. I dag er det en del slike funksjoner der regional stat og store kommuner møtes for å drøfte utfordringer innenfor boligfeltet”

“Forventningsgapet på hva som loves av sentrale politikere og hva som ytes av tjenester til brukere må vel minskes. Kan ikke nå skyve ansvar over på kommunene. Må iverksette det de sier de skal...”

“Det hadde vært fint å høre helse- og omsorgsministeren si: ‘Det er mitt ansvar’ og ikke: Det er opp til kommunene å sikre faglig forsvarlighet’...”

“I grunnen er det slik staten er i dag. Det blir bare vanskelig når dette trekkes inn til også å gjelde kommunenivå p.g.a. der må samordning i hvert fall skje”

“Topptungt”

“Alle landregionene lærer av hverandre. Høy grad av innovasjon. Ledelsen vil se helheter“

“Bedre tjenester innenfor hver sektor, men dårligere samhandling og koordinering på tvers av sektorer“

“Kan gi utfordringer mellom prioritering mellom søylene“

Hovedinntrykket fra E-lab samlingene er at den statlige sektormodellen er en fragmentert og sentralstyrt modell med tydeligere ansvarslinjer, men også mer byråkratisk i betydningen tungvint saksbehandling. Synspunktene som kom fram i E-lab samlingene viser at en statlig sektormodell kan ha en rekke fordeler ved at den i større grad er fagstyrt og kan sikre sammenheng i brukertjenestene innenfor hver enkelt sektor. Samtidig kan sektorisering medføre at det blir tette skott mellom tjenester som gjelder samme bruker og som bør ses i sammenheng. Både koordinering av tjenester og prioriteringen mellom dem kan skape utfordringer. Modellen medfører likhet i tjenestene, forstått som standardisering, for innbyggerne/brukerne på den ene siden, men vil også gi standardiserte arbeids- og lønnsbetingelser for tjenesteutøvere innenfor velferdssektorene. Når det gjelder den enkelte bruker, kan altså sektormodellen gi større forutsigbarhet og geografisk likhet i tjenesteutøvelsen. På den andre siden er det få muligheter til lokal tilpasning av tjenestetilbudet innenfor sektormodellen.

Men i sektormodellen er kommunen som produsent av velferdstjenester borte. Det ble også påpekt av E-lab deltakere at modellen innebærer at lokalstyret slipper å ta ansvar, noe som kan tolkes dithen at denne modellen vil lette presset på kommunene innenfor velferdstjenestene. Når staten overtar ansvaret innebærer det både et ansvar for de økonomiske utgiftene til tjenesten og ansvar for faglig forsvarlig utøvelse av tjenestene. Lokalpolitikken må utøves på andre felt enn i dag. Restkommunen vil få den politiske oppmerksomheten i kommunene.

6.4 Sektormodellens konsekvenser

Også for den statlige sektormodellen ble E-lab deltakerne bedt om å vurdere konsekvenser av modellen for likhet og likeverdighet, prioriteringseffektivitet, deltakerdemokrati og ansvarsplassering³⁰. Som for de to øvrige modellene er vi opptatt av både generelle utsagn og konsekvenser for de spesifikke tjenesteområdene (skole, barnehager, helse og omsorg).

6.4.1 Konsekvenser for likhet og likeverdighet

Slik sektormodellen ble presentert som fortelling, fjernes det lokale folkestyret som følge av at staten overtar eierskapet til skoler, barnehager, helse og omsorg. Videre overføres inn i en klassisk «Søylemodell» hvor sektorstatsråder forvalter

30 Debatten om innhold og forståelse av begrepene er tatt opp i integrasjonsmodellen. Vi vil derfor ikke gjenta dette her, men viser til kapittel 4.4

hver sine tjenesteområder. Standardisering vektlegges for å sikre både volum og kvalitet. Slik sett kan sektormodellen tenkes å legge ytterligere til rette for likhet i ytelsen av disse tjenestene.

Generelle konsekvenser av den statlige sektormodellen for likhet og likeverdighet

Sektormodellen ble av E-lab deltakerne betraktet som en modell som kan ivareta likhet i form av at tjenesten standardiseres og sikrer like tjenester i alle deler av landet. Eksempler fra den første E-lab samlingen er følgende:

«En modell for å sikre likhet».

«Innenfor sektoren kan det bli likhet».

«Standardiserte løsninger sikrer større grad av likebehandling».

Disse synspunktene fra første E-lab var fremprovoserte for å oppmuntre deltakerne til å trekke frem fordelaktige elementer ved modellen. Dette ble gjort på grunn av konsolideringstendenser i gruppen, og for å fange opp nyanser.

Overvekten av E-lab deltakerne som har uttalt seg generelt om modellens konsekvenser for likhet har imidlertid svart mer utdypende og påpekt at standardisering ville kunne gå på bekostning av likhet forstått som likeverdighet.

«På sett og vis blir dette et skritt i retning av farvel til den nordiske modell, og det egalitære samfunn»

«Det vil selvsagt bety større ulikhet. Men i Norge står likhetsidealet som nasjonal verdi like sterkt som lokal autonomi står som nasjonal verdi:»

«Blir mer krevende å tilpasse tjenester til den enkelte».

Selv om tjenestene blir likere, mener deltakerne at de på den ene siden vil passe dårligere for mange. På den andre siden kan det bli mer krevende å tilpasse tjenestene til den enkelte, innenfor det strengt standardiserte og sektoriserede systemet. utfordringer knyttet til standardisering er hvem som definerer likhetsnormen: fagkyndigheten - eller profesjonene - innenfor de ulike tjenestene eller brukernes virkelighet eller egenforståelse. Dette er ikke nødvendigvis sammenfallende normer for likhet. En fordel for innbyggerne/brukerne, spesielt i kommuner med liten økonomisk handlefrihet, er at standardisering vil forebygge at dårlig kommuneøkonomi gir ulike tilbud fra kommune til kommune.

Tjenestespesifikke konsekvenser av statlig sektormodell for likhet og likeverdighet

Når det gjelder skole, vurderte deltakerne i E-lab 2 at sektormodellen ville føre til større likhet mellom skolene og at dette var en realiserbar modell spesielt på dette tjenesteområdet. Dessuten, som en informant påpekte, «vil skolen, slik som nå, være styrt av stortingsflertallet». Det indikerer at «fellesskolen» ikke ville trues av sektormodellen. Noen informanter var opptatt av at dette ville innebære en sterkere sentral styring av skolen med flere nasjonale prøver og rapporteringer og

at dette ikke nødvendigvis er en ulempe verken for lærere, de sentrale tjenesteyterne, eller elevene, slik følgende sitatene illustrerer:

«Skole blir den nasjonale enhetsskolen. Sterk styring sentralt. Flere nasjonale prøver og rapporteringer. Tror egentlig mange innen skole ønsker statlig eierskap framfor kommunalt eierskap, skolen har sterke tradisjoner ift. sentrale avtaler og forhandlinger.»

Lærernes rolle blir trukket fram av flere deltakere. Disse påpeker på den ene siden at statlig styring vil kunne sikre lærerne like arbeidsforhold uansett hvor de arbeider. På den andre siden legger informantene vekt på at lærerne er den viktigste faktoren for elevenes læring, uavhengig av hvor ansvaret for skole ligger.

Det var flere deltakere som påpekte at sektormodellen ville få konsekvenser for likeverdighet i skolen og at selv om en har felles mål, er det ikke nødvendig å gjennomføre tjenesten likt:

«Skaper muligens mer likhet, men dette handler om folk som er forskjellige og har forskjellige behov. Derfor passer det dårlig å fjerne beslutningene vekk fra der elevene og brukerne er.»

«Grunnoppfølginga er eit heilt sentralt velferdsgode – vi formar samfunnet ved måter vi formar skolen på. Derfor må vi ha felles overordna mål, men vi kan ha ein viss variasjon i gjennomføringa.»

Andre informanter betviler imidlertid at statlig sektormodell vil få større likhet som konsekvens.

«Ingen grunn til å tro at denne modellen innebærer større «trussel» mot fellesskolen enn dagen modell. Det vil være avhengig av politisk flertall på Stortinget uansett.»

Når det gjelder konsekvenser for helsetjenestene, er de sektorspesifikke kommentarene rettet mot likhet og standardisering som positive konsekvenser av statlig sektorisering, ikke minst gjennom ensretting i styrings- og administrasjonssystemer. Når det gjelder konsekvenser for brukerne er de informantene som har ytret seg, opptatt av muligheten til individuelle tilpasninger av tjenestene til brukerne, slik følgende sitat illustrerer:

«Modellen gir mulighet for stor grad av standardisering. Det kan være vanskelig å gjøre lokale tilpasninger. Det at hele behandlingsskjeden ligger på et forvaltningsnivå kan føre til mer sømløse tjenester.»

«Sykehjem: høres flott ut med standardiserte prosedyrer, kvalitetsmål, krav og forventninger. I dag er det mye opp til kommunen å lage egne systemer. Mange må «finne opp kruttet» og det tar mye energi...»

Oppsummering

Debatten i E-lab samlingene viser at likhetsbegrepet ble forstått på to måter også i diskusjonen av konsekvensene av en statlig sektormodell for likhet. Først og fremst ble likhet forstått som standardisering, og her var storparten enige i at sektormodellen ville skåre høyt innenfor sektorene. Det ville gi fordeler for

tjenesteutøverne med felles arbeids- og lønnsforhold og forutsigbarhet for brukerne. Når det gjaldt likhet forstått som likeverdighet ble sektormodellen vurdert som svak, fordi den i liten grad åpner for lokale tilpasninger. Gitt skolens tradisjonelt tette sektorkoplinger til staten, synes konsekvensene av en statlig sektormodell å være langt mindre for likhetsdimensjonen i skolen enn innenfor helse- og omsorgssektoren. Innenfor helse- og omsorgssektoren uttrykkes det et behov for større grad av standardisering.

6.4.2 Konsekvenser for prioriteringseffektivitet

E-lab deltakerne ble også for statlig sektormodell bedt om å ta stilling til mulige konsekvenser for prioriteringseffektivitet. Deltakerne så prioriteringseffektivitet som treffsikkerhet mellom tjenester som ytes og mottakernes behov (jf kapittel 4 om integrasjonsmodellen). Det innebærer en forståelse av at høy prioriteringseffektivitet forutsetter politikere som er lydhøre overfor innbyggernes preferanser og tjenestetilbydere som utøver skjønnet sitt i tråd med brukernes ønsker. I tillegg må politikerne har både handlingsmuligheter og handlingsevne til å prioritere. I tillegg synes deltakerne å være opptatt av kostnadseffektivitet, altså *hvor dyre* tjenestene vil være innenfor modellen, men også *hvordan* tjenestene styres og gjennomføres.

Generelle konsekvenser av den statlige sektormodellen for prioriteringseffektivitet

Når det gjelder generelle konsekvenser av den statlige sektormodellen for å ivareta brukernes preferanser, ble det påpekt at dette var en stor utfordring med modellen. Innbyggerne, tjenestemottakerne blir langt fra beslutningsnivået innenfor sektoren. De fleste velferdsoppgavene krever løsninger som omfatter flere tjenester, og helhetsløsninger blir vanskeliggjort gjennom sektorisering:

«De fleste oppgavene krever helhetsløsninger, som det blir vanskeligere å få til»

«Modellen er lite fleksibel og vil dermed være mindre effektiv»

«Staten er ikke veldig god på samordning mellom siloer».

Mange deltakere støttet dette synspunktet og hevdet at spesialisering og profesjonalisering representerer en stor utfordring i vårt samfunn i dag fordi borgernes behov ofte er sammensatte. Det innebærer at sektorisering vil forsterke problemer knyttet til koordinering og samordning av tjenester.

Flere E-lab deltakere fokuserte på økonomiske kostnader som konsekvenser av statlig sektormodell. I den grad denne konsekvensen ble utdypet, var det den store avstanden mellom tjenestenivået og beslutningsnivået som var utfordringen. Her ble det lagt vekt på at en sektormodell ville føre til lavere effektivitet fordi ansatte ikke ville bli involvert i budsjettprosesser og på den måten slapp å ta medansvar for kostnadskontroll.

Den tredje faktoren deltakerne knyttet til prioriteringseffektivitet var knyttet til styring og gjennomføring innenfor sektorene. De fleste vurderingene var at konsekvensene var svekket effektivitet i tjenestene ved økt hierarkisering og større fokus på vertikale styringslinjer. Sitatene under viser ulike konsekvenser som ble trukket fram i E-lab samlingene her:

«Borgeren blir fjern for beslutningstakere, noe som svekker tilliten».

«Manglende horisontale ansvarlinjer (helhetsansvar) nær det utøvende ledd vil trolig føre til mindre effektive velferdstjenester».

«Mulig mindre byråkrati lokalt, men stor fare for økt byråkrati sentralt – effektivisering blir null».

«Det vil tvinge seg fram rigide rapporteringssystemer som vil kunne gå ut over effektiviteten».

«Ein del å hente på at kommunestrukturen er endra når det gjeld administrasjon og styring, men ikkje i sjølve tenesteproduksjonen».

«Kan skape uforutsigbarhet og stadig nye reformer som en følge av ny styring ved nyvalg».

Det er imidlertid enkelte som påpeker at modellens fortrinn når det gjelder prioriteringseffektivitet er at tjenestene vil bli mer forutsigbare for borgerne og at direkte linjer vil føre til mer effektivitet.

Tjenestespesifikke konsekvenser av den statlige sektormodellen for prioriteringseffektivitet

Når deltakerne i E-lab 2 ble bedt om å vurdere tjenestespesifikke konsekvenser av sektormodellen, var de også her opptatt av konsekvenser for effektivitet i forhold til brukernes preferanser og styring og gjennomføring innenfor enkeltsektorene. Samtidig synes holdningene til modellen å være mer positive når den ble knyttet til konkrete tjenesteområder enn når den ble diskutert på et generelt grunnlag.

En effektivitetsgevinst ved innføring av sektormodell for skole kan, ifølge en informant, være at større skoler alltid vil være mer robuste i forhold til kompetansebehov i personalet. Ulempen for elevene er hvis skoleveien blir for lang og elevene slitne av lang reisetid. Deltakere som ytret seg om konsekvenser for prioriteringseffektivitet i skolen, mente at modellen ville kunne medføre effektivisering, forstått som treffsikkerhet mellom tjenestene som ytes og brukernes behov dersom ressurstilgangen var god og reglene klare; lærerne ville kunne konsentrere seg om undervisningen. Faren for byråkratisering forstått som administrative oppgaver utenom undervisning ville imidlertid være stor innenfor sektormodellen. Det synes å være holdningen til deltakere som vurderte effektivitetskonsekvenser av modellen.

«Om ressurstilgangen er god og reglene klare kan de som jobber i skolen kunne konsentrere seg om det de er ansatt til å gjøre – undervise. I motsatt fall kan de bli rammet av et byråkratiserende testregime»

«Større skoler vil alltid være mer robuste i forhold til kompetansebehov i personalet, men blir skoleveien for lang er dette en annen ulempe for elevene. Balansen må sikres».

Innenfor helse- og omsorgstjenestene vurderte deltakere at sektormodellen kunne ha både positive og negative konsekvenser knyttet til effektivisering. Et eksempel på hvordan økonomisk effektivisering kan føre til dårligere tilpasning og mindre likeverdighet som ble trukket fram i E-lab 2 er utfordringen i mindre befolkede områder der vil det være store avstander mellom hjem og sykehjem. Det vil kunne medføre at for eksempel gjenlevende, hjemmeboende ektefelle ikke kan besøke sykehjemsbeboeren like ofte som før. Andre påpekte at sektormodellen ville føre til at gråsoner mellom oppgavedeling innen helse utviskes og ville kunne komme brukerne til gode.

Også innenfor helse- og omsorgstjenestene så deltakerne effektiviseringspotensial med sektormodellen, for eksempel ved at modellen ville innebære større grad av kompetanseoverføring/ressurser mellom enhetene. Utvidelse med flere oppgaver i sykehjem ville kunne føre til større enheter og gjøre det lettere å rekruttere fagkompetanse og gi ansatte større stillinger, noe som har vært et stort problem innenfor disse tjenestene.

«For sykehjemmet vil utvidelse med flere oppgaver føre til større enheter. Faktisk lettere å rekruttere fagkompetanse og gi ansatte større stillinger».

Oppsummering

Debattene i de to E-lab samlingene viser at prioriteringseffektivitet ble forstått litt ulikt. På den ene siden som tilpasning av tjenestene til lokale behov. På den andre siden som kostnadseffektivitet og bedre tilpasset tjenesteapparat («efficiency»). Den statlige sektormodellen kan ha negative konsekvenser for brukerne ved at tjenestene sentraliseres, slik at brukere får lengre reisevei. I tillegg kan sektorisering medføre at rapporterings- og styringssystemer blir mer tungrodd og følgelig ineffektive. Derimot ble det pekt på at modellen kunne ha positive konsekvenser både innenfor velferdstjenestene og aller mest helsetjenestene, for eksempel ved å sikre kompetent arbeidskraft og bedre arbeidsbetingelser.

6.4.3 Konsekvenser for deltakelse i politikktutforming

Deltakerne i de to E-lab samlingene ble også utfordret til å reflektere rundt den statlige sektormodellens konsekvenser for det befolkningens muligheter til å påvirke beslutningsprosesser. I begge E-lab samlingene var det først og fremst den lokale valgkanalen som ble forstått som den viktigste deltakelsesarenaen, og det var lokalpolitikernes rom for politikktutforming og innflytelse som først og fremst ble referert til i utsagnene. Men andre arenaer og former for innflytelse og deltakelse ble nevnt, slik som brukerorganisasjoner og aksjoner.

Generelle konsekvenser av den statlige sektormodellen for deltakelse i politikktutforming

Deltakerne var nærmest entydig i at lokaldemokratiets bortfall innenfor den statlige sektormodellen. Utsagnene som er sitert under, indikerer at lokaldemokratiet er utelatt fra modellen:

«Mindre lokaldemokrati»

«Byråkratiet har overtatt».

«Lokaldemokrati blir irrelevant i denne modellen».

Konsekvensene av et svekket lokaldemokrati, vil ifølge deltakere kunne være at lokalpolitikken som opplæringsarena i demokrati generelt og for rikspolitikken. Rekrutteringen til politikken og treningen til den nasjonalpolitiske arenaen vil da forsvinne, er synspunkter fremmet i E-lab samlingene.

For innbyggerne og brukere av velferdstjenestene er det imidlertid ikke gitt at lokaldemokratiet og den lokale valgkanalen er eneste mulighet for deltakerdemokrati. Her var meningene mellom deltakerne delt. Noen mente at aksjonsdemokratiet og sterke brukerorganisasjoner ville overta og at sektorministeren ville få et stort press gjennom fakkeltog og overleveringer av underskriftslistor og krav framsatt i media. Andre mente at systematisk innføring av brukerfora på tjenestestedene ville kunne bøte på manglende deltakerdemokrati, men at fagkyndigheten ville styrkes på bekostning av brukerperspektivet. Sterke brukergrupper vil kunne få gjennomslag, men det er uklart om en sektormodell ville kunne ivareta interessene til de svakeste brukergruppene som ikke selv kan hevde sine interesser og rettigheter.

Det ble pekt på som en mulig konsekvens at nasjonale politiske prioriteringer ville bli overtatt av regelstyring og det politiske engasjement svekkes innenfor en statlig sektormodell. Imidlertid var det flere deltakere som hevdet at sektormodellen på den andre siden ville gi lokalpolitikere mulighet til å drive politikk innenfor «restkommunen» hvis de tunge velferdsoppgavene ble overført til staten:

«Det er i dag mye politisk frustrasjon fordi det ikke er nok rom for å drive politikk. Modellen kan redusere denne frustrasjonen».

«Lokaldemokratiet kan leva i beste velgåande når det gjeld restoppgåvene».

Tjenestespesifikke konsekvenser av den statlige sektormodellen for deltakelse

Få deltakere vurderte konsekvenser av sektormodellen for deltakelse direkte relatert til tjenesteområdene helse og skole, men det kom fram synspunkter på nye former for lokaldemokrati ville kunne forsterke rettighetstenkningen og bruk av advokathjelp til å sikre individuelle rettigheter. Foreldreråd etc. ville kunne få en viss innflytelse over de lokale skolene, selv om det tradisjonelle lokaldemokratiet ikke lenger ville ha ansvar for skoletjenestene.

Oppsummering

De fleste av deltakerne i begge E-lab samlingene så for seg negative konsekvenser for demokratisk deltakelse av å innføre den statlige sektormodellen. Lokalpolitikken og lokalpolitikkerne er definert ut, hevder de. Andre tar derimot til orde for at lokalpolitikkerne innenfor sektormodellen får mer rom til å drive med politikk på felt som ikke omfattes av velferdstjenestene, rommet for politikkkutforming blir i prinsippet større. Få legger vekt på andre former for lokaldemokrati enn valgkanalen. Brukerstyring, aksjoner og lobbyvirksomhet nevnes, men tillegges forholdsvis liten betydning. Det er også et mindretall som er opptatt av konsekvensene for innbyggerne, og blant disse vektlegges utfordringer med hvem som skal tale de svakeste sin sak. Modellens konsekvenser for deltakerdemokratiet innenfor helse og skole, er lite spesifikt kommentert.

6.4.4 Konsekvenser for ansvars plassering

Som for de øvrige modellene, ble også E-lab deltakerne bedt om å vurdere konsekvensene av den statlige sektormodellen for ansvarsforhold og ansvars plassering. Deltakerne har ikke gått spesifikt inn på helse- og omsorg og skole når de har lagt fram synspunkter på ansvarsutkreving. Dette skyldes delvis at konsekvensene oppfattes som overlappende sammenliknet med områdemodellen, og delvis på grunn av at dette var de siste konsekvenskategoriene i den siste modellen som deltakerne arbeidet med i begge E-lab samlingene.

Generelle og sektorspesifikke konsekvenser av sektormodellen for ansvars plassering

Innenfor en statlig sektormodell blir det vanskeligere å plassere helhetsansvaret ved at tjenestene styres sektorvis og hierarkisk.

«Sektoransvar er bare et delansvar»

«Brukere og media kommer i enda sterkere grad til å vende seg mot ministere og politikere på stortinget».

«Modellen gir tilsynelatende opprydding i ansvarslinjene, men øker utfordringene med samhandling mellom sektorene».

Selv om modellen tilsynelatende innebærer en opprydding i ansvarslinjene og at ansvaret er klart, øker utfordringene med store avstander og mange nivåer internt i sektoren på den ene siden og med samhandling på tvers av sektorene på den andre. En deltaker hevder at ansvaret overfor brukerne vil pulveriseres når brukere har krav på tjenester i flere sektorer, og en annen hevder at dette vil føre til at alle skylder på hverandre. Et styrket regionalt koordinerende statlig ledd (fylkesmannen) kan kompensere noe for samhandlingsproblemene. Andre mener en konsekvens vil bli flere ombud og direktorater og at dette vil føre til at alle skylder på alle. Dette kan igjen svekke statens omdømme.

«Aksjonsdemokratiet vil øke og de politiske spenningene i samfunnet med media som talerør vil svekke tjenestenes omdømme. Dette svekker folks tillit til tjenesten»

Oppsummering

Debatten i de to E-lab samlingene tok først og fremst for seg utfordringer ved forskyvninger i ansvarsforholdene innenfor rammen av statlig sektormodell. Modellen vil føre til klarere formelt ansvarsforhold innenfor sektorene, men for brukere av tjenester innenfor flere sektorer blir ansvaret pulverisert og diffust. I tillegg kan antallet nivåer innenfor sektorene gjøre at avstanden fra innbyggerne til den som er øverst ansvarlig for sektoren, ministeren, blir lang og ansvarsforholdene uklare.

6.5 Oppsummering av den statlige sektormodellen

I dette avsnittet sammenfatter vi hovedtrekkene i den statlige sektormodellen og vurderer modellens realiserbarhet og ønskelighet basert på voteringer i de to E-lab samlingene. Avslutningsvis oppsummerer vi modellens samlede konsekvenser på bakgrunn av debattene i E-lab samlingene i tillegg til et sideblikk til norske reformer og erfaringer fra andre land.

Den statlige sektormodellen skisserer en framtidssituasjon der kommunene er fritatt for de store velferdsoppgavene, slik som helse- og omsorg, skole og barnehage. Staten styrer målrettet og detaljert og balansepunktet mellom statlig styring og lokalt folkestyre er kraftig forskjøvet i favør av staten innenfor velferdsområdet. Statlig lokal og regional administrasjon gjennomfører velferdspolitikken. Selv om det er rom for skjønn i tjenesteytingen, er likhet forstått som standardisering av tjenester et sentralt mål. Alle har rett på det samme tjenestetilbudet uavhengig av hvilken kommune de bor i. Kommunen er mindre viktig som demokratisk arena på velferdsområdet, men har fortsatt andre oppgaver å ivareta. Brukerorganisasjoner og -råd er i tillegg til nasjonale valg de viktigste deltakerdemokratiske kanalene for innbyggere som benytter seg av velferdstjenestene. Det er uklart hvilken innflytelse brukerne vil ha innenfor denne modellen, men brukerdemokratiet er sterkere innenfor denne modellen enn det vi har kalt «dagens modell». Profesjoner og ansatte i velferdstjenestene har innflytelse gjennom skjønnsutøvelse og fagkyndigheten er styrket innenfor sektormodellen.

Kommunen har ikke lenger ansvar for skole, barnehager, helse og omsorg. Velferdstjenestene er territorielt organisert ut fra innbyggertall på ca. 10 000 og innenfor 5 regioner. Det vil si at områdene ikke sammenfaller med kommune- eller fylkesgrensene. Sektorsjefene innenfor de enkelte tjenestene rapporterer til storområdenivået og regionalnivået og videre til direktoratene. Brukerutvalg er opprettet på helse- og omsorgsinstitusjoner og brukerorganisasjoner har en viktig rolle innenfor alle tjenestene.

I E-lab deltakernes voteringer over de ulike framtidmodellene oppnådde den statlige sektormodellen lavest skår på realiserbarhet og til dels ønskelighet. Når det gjelder ønskelighet skåret modellen imidlertid høyere enn områdemodellen i E-lab 2. Dette skyldes nok at flere deltakere i den andre E-lab samlingen mente at skolen var et tjenesteområde som har vært kjennetegnet av statlig sektorstyring med trekk som kan knyttes til sektormodellen, selv om skolen har vært drevet av lokalstyret innenfor nasjonale reguleringer. Sektormodellen ble vurdert å fremme standardisering, men hemme likeverdighet, det vil si lokal tilpasning til brukernes behov. Sektorisering og standardisering ble av flere sett på som positivt for ansatte og profesjoner i tjenestene, fordi det ville gi like arbeidsbetingelser og fremme kompetanseheving. Når det gjelder prioriteringseffektivitet var flesteparten opptatt av at tjenestene ville bli mer tungroddede med økt vekt på rapportering, testing og kontroll. Andre påpekte at dette også kunne føre til smidigere tjenesteutøvelse ved at tjenestene valgte felles administrative løsninger.

Mange mente at deltakerdemokratiet ville bli amputert gjennom sektormodellen og at brukerinteressene ville måtte hevdes innenfor andre kanaler enn valgkanalen. Det ble imidlertid også påpekt at rommet for lokaldemokrati kan oppfattes som større fordi kommunen har blitt avlastet for de tunge velferdsoppgavene og ville kunne konsentrere seg om lokale spørsmål. Ansvarsforskyvning fra kommune til stat ble på den ene siden vurdert som en klargjøring av ansvarsforhold. På den andre siden mente deltakerne at sektorisering ville gi ansvarspulverisering for brukere som er avhengig av flere tjenester.

Lokaldemokratiets bortfall i den radikale sektormodellen gjenspeiler tilsvarende erfaringer fra sykehusreformen hvor eierskap og ansvar ble forflyttet fra et fylkeskommunalt nivå til et statlig nivå. Det samme gjelder sammenfall med organisering av helsesektoren i Storbritannia. Den statlige sektormodellen er en sentralstyrt modell med tydeligere ansvarslinjer, men kan også være mer byråkratisk i betydningen tungvint saksbehandling. Det er med andre ord mange likhetstrekk mellom idealmodellens organiseringsdimensjoner og løsninger fra andre kontekster. Når det gjelder vurderingene av idealmodellens konsekvenser har det i det britiske helsesystem vært usikkerhet rundt hvor prioriteringseffektivt bestiller-utfører systemet er. Det samme gjelder erfaringer fra sykehusreformen hvor økt helsebyråkrati gjør at det stilles spørsmål rundt prioriteringseffektiviteten. Dette er tilsvarende bekymring som er uttrykt i E-lab'ene i forhold til denne idealmodellen. Sykehusreformen skapte større avstand til lokal- og fylkespolitikere, noe som kan være en uønsket konsekvens av den statlige sektormodellen.

7 Kommunemodellen

Kommunemodellen markerer et klart brudd og en motsatt utvikling i stat-kommuneforholdet enn integrasjonsmodellen, områdemodellen og sektor-modellen. Vi har valgt å presentere en radikal kommunemodell som viser et alternativ til økt statliggjøring enten denne skjer gjennom integrasjon eller overtakelse av kommunale oppgaver. I kommunemodellen styrkes lokaldemokratiet gjennom økt kommunalt eierskap og ansvar. Kommunene er blitt større for å kunne håndtere en mer omfattende oppgaveportefølje, og kommunenes mange oppgaver gjør at generalistkommunen styrkes. Kommunene blir tyngdepunktet i stat-kommuneforholdet.

Kommunemodellen kan plasseres langs de tre dimensjonene som vi tidligere har omtalt i innledningskapittelet og metodekapittelet (jf.tabell 7.1).

7.1 Kommunemodellen prinsipielt

Tabell 7.1. Maksimumskommunen.

Dimensjoner/ Prinsipper	KOMMUNEMODELLEN
DEMOKRATISK DIMENSJON	Lokaldemokrati Omfattende mellomvalgsdemokrati
STAT -KOMMUNE RELASJON	Kommunalt eierskap og kommunal styring Omfattende kommunal autonomi
TERRITORIELL/FUNKSJONELL DIMENSJON	Lokalpolitisk oppgavesamordning Frislepp fra staten Bred oppgaveportefølje/flere oppgaver
MERKELAPP	“Maksimumskommunen”

Tabell 7.1 baserer seg på en politisk desentralisering der sentralmakten trekker seg tilbake i mer eller mindre grad. Ved økt kommunalisering vil kommunal autonomi styrkes gjennom økt handlingsrom og flere handlingsmuligheter (Hansen 2005). Kommunal fornyelse kan kreve større enheter som kan redusere bruken av arbeidskraft, kompetanse og kapital i administrasjon og samtidig frigjøre ressurser til tjenesteproduksjonen. Modellen er i stor grad inspirert av strukturreformen i Danmark som er et eksempel på økt kommunalisering når det gjelder tilførsel av flere oppgaver. Den danske reformen i 2007 hadde til hensikt å styrke det lokale demokratiet gjennom sterke og bærekraftige kommuner. Hovedtanken var å ytterligere utvikle en desentralisert offentlig sektor hvor kommunene skulle være den primære inngang til offentlige velferdstjenester

(bortsett fra sykehus og allmennlegetjenester og enkelte andre oppgaver som er organisert i fem regioner). Kommunene fikk gjennom strukturreformen frihet til å velge lokale løsninger samtidig som de fikk overført flere oppgaver som en følge av at de 14 amtene ble lagt ned. Reformen skulle gjøre at tjenestene ble bedre og at de ble utført nær borgeren. "En enkel offentlig sektor nær medborgeren", var slagordet. Som vi så i kapittel, er flere tegn som tyder på at reformen har virket sentraliserende i den forstand at staten ser ut til å ha styrket sin posisjon og styring vis a vis regionene og kommunene.

Nedenfor presenteres kommunemodellen som en fortelling. Etter fortellingen har vi først presentert deltakernes umiddelbare respons på modellen. Så følger en analyse av modellens konsekvenser i lys av de fire effektkategoriene. Til slutt er kommunemodellen oppsummert. Vi gjør oppmerksom på at modellen er brukt i prosjektet som en motvekt til de tre idealmodellene for økt statliggjøring (som er hovedfokuset i prosjektet). Dette betyr at kommunemodellen er presentert i noe mindre omfang enn de tre idealmodellene for økt statliggjøring.³¹

7.2 Fortelling om kommunemodellen

«I denne modellen er spenningen mellom nasjonal standardiseringspolitikk og lokalt selvstyre blitt løst ved at staten har trukket seg tilbake. Velferdsstaten avløses av velferdskommunen. Historisk vil modellen ha en parallell til kommunene som velferdspionerer langt tilbake i tid, som velferdsstatens fortropp. En vitalisering av lokaldemokratiet gjør det mer interessant for velgerne å delta i lokalvalg og i ulike former for deltakelse mellom lokalvalgene. Et tydeligere lokalpolitisk ansvar gjør det lettere for velgerne å stille politikerne til ansvar. Det kommunale selvstyret er en realitet, mens staten i stor grad har sluppet tøylene.

Kommunemodellen overskrider klart de forsøk på "frigjøring" fra statlig styring vi har hatt tidligere, slik som frikommuneforsøket og rammefinansiering på 1980-tallet og organisasjonsfrihet for kommunene på 1990-tallet. "Prisen" er en betydelig sammenslåing av kommuner i forkant av reformen inspirert av den danske strukturreformen. I kommunemodellen får de store, nye kommunene flere oppgaver, for eksempel innen sykdomsforebygging, spesialistbehandling og rehabilitering på helsefeltet (jf. samhandlingsreformen). Også på utdanningsfeltet tilføres kommunene flere oppgaver som videregående opplæring. Det mest avgjørende er imidlertid at det innføres et skarpt skille mellom hva som er statlige og kommunale oppgaver/tjenester, og at det innføres en form for "ikke-innblandingspakt" mellom staten og kommunene.

Slik sett er modellen en ansvarsreform, den klargjør hva stat og kommune har ansvar for. I praksis betyr modellen en sanering av statlige forskrifter og rundskriv, en nedbygging av Fylkesmannen og en nedtoning av statlig tilsyn og kontroll med

31 Denne modellen ble kun presentert i E-lab 1 og ble derfor ikke relatert eksplisitt til de spesifikke tjenesteområdene.

kommunene. Staten står igjen med lovgivningsmakt, ansvar for oppgavefordeling mellom stat og kommune og fastsetting av kommunenes budsjetttramme. Det betyr en nedtoning av de statlige målene om likhet, makroøkonomisk stabilitet og stordriftsfordeler. De statlige overføringene til kommunene gis som en generell ramme.

Rettighetsfastsetting og minimumsstandarder er en lokalpolitisk oppgave. Fritt skatteøre gjør at kommunene selv velger hvor stor den kommunale sektoren skal være. Det lokalpolitiske selvstyret i denne modellen understøtter kommunen som "generalistkommune". Det er en modell hvor det er lokalpolitikerne som foretar prioriteringer mellom ulike oppgaver i tråd med behov og ønsker i kommunen. Det lokale selvstyret fører imidlertid til debatt om enhetsstaten og om de velferdsstatlige verdiene som likhet og likeverd har måttet vike så mye at enhetsstaten er en saga blott.

Oppsummert betyr kommunemodellen at kommunen er blitt "herre i eget hus". Det betyr imidlertid et tungt ansvar på kommunene om å holde "orden i eget hus". De kan ikke lenger skylde på staten om det må gjennomføres upopulære tiltak eller innsparinger. I denne modellen oppstår det store forskjeller mellom kommunene. Noen har satset på sentralisering og bygging av store "superskoler" og barnehager, mens andre har hentet fram den gamle grendeskolen. I noen kommuner satses det på sykehjem, mens andre satser på hjemmetjenester. I noen kommuner kan nesten alt av tjenester ivaretas av private aktører, mens de i andre ivaretas av kommunen selv. Spennvidden i valg av løsninger øker kraftig sammenlignet med de andre modellene».

7.3 Synspunkter på kommunemodellen

Maksimumskommunen ble presentert som en ytterlighet i motsatt retning sammenliknet med økt statliggjøring. Responsen på vår fremstilling av maksimumskommunen signaliserer at modellen var radikal. I responsen kommer virkelig samspillet og den gjensidige avhengigheten mellom stat og kommune i produksjonen av våre mest sentrale velferdstjenester til syne.

«Bra med strukturreform og større kommuner, men feil at staten trekker seg tilbake».

«Modellen går for langt. Kommunene trenger korrektiver og styringssignaler fra staten»

«Vi er ett land og vi har en regjering».

«Modellen utfordrer det spenningsforholdet som ligger i idealet om en sterk stat og en sterk kommune. Blir like gale».

Likevel er det supplerende kommentarer som viser til andre effekter av en slik modell

«Modellen tvinger fram en strukturreform – og det er bra»

«Modellen bygger på ideen om samfunnet og fellesløsningen nedenfra hvor individets innsats, familiens og dugnadens innsats i lokalmiljøene styrkes.

7.4 Kommunemodellens konsekvenser

Konsekvensene av en slik modell er likevel det mest interessante når vi sammenlikner disse med antatte konsekvenser av økt statliggjøring. Her blir de elementer som i statliggjøringsmodellene ble oppfattet som en trussel eller svakhet, snudd til et positivt trekk. En kort gjennomgang av antatte konsekvenser illustrerer dette.

Likhet: Maksimumskommunen ble oppfattet å føre til dramatiske konsekvenser for likhetsprinsippet. Store ulikheter vil prege kommunene ut fra ulike prioriteringer. I statliggjøringsmodellene ble muligheter for å tilpasse tjenester sett på som et bærende prinsipp for likeverdighet. Det ble likevel beskrevet, i forbindelse med helse- og omsorgssektoren, at for store lokale variasjoner og tilpasningsmuligheter ville gjøre det svært krevende å gi tilfredsstillende tjenester. En annen bekymring ved modellen var store forskjeller i lønns- og arbeidsvilkår. Likhetsidealet som nasjonal verdi i Norge står like sterkt, og konsekvensen av en maksimumskommune vil kunne svekke denne kollektive verdien. Det ble og nevnt at ulikhet i tjenestetilbud kunne føre til at ressurssterke brukere flyttet etter de gode tilbudene. Svake grupper ville i større grad kunne oppleve ulikhetene skapt av denne modellen.

Deltakerdemokrati: Maksimumskommunen ble antatt å ha svært positive konsekvenser for det kommunale selvstyret og lokaldemokratiet. Mer reell politikktutforming ble antatt å styrke det lokale politiske engasjement og de lokale politiske interessekonflikttene. Hvis kommunestørrelsen (gjennom en strukturreform) ble mye større, ville imidlertid det kunne føre til større avstand til innbyggerne sammenliknet med dagens modell. Mye ansvar på politikerne ble og antatt å dyrke fram mer profesjonelle politikere. Likevel ble det antatt at modellen ville føre til økt makt for borgerne fordi konsekvenser av å stemme ved valg ville bli større.

Ansvarsutkreving: Sammenliknet med dagens kommunemodell var det bekymring for at kommunen i denne modellen ville bli en for stor organisasjon. Det ble pekt på at det kunne oppstå fragmentering og at ansvaret kunne pulveriseres. Ansvaret er i denne modellen tydeliggjort, men med så mye lokal politisk makt, kan ansvarliggjøring forflyttes til administrative nivåer på bekostning av de politiske. Likevel forventet deltakerne at mer ansvar til lokalpolitikere ville gi inspirasjon til engasjement og insentiv til å holde orden i egen kommune. Den korte avstanden mellom ansvarsinnhavende og brukerne ville skjerpe makten og sannsynligvis skape større åpenhet. Spørsmålet er likevel hvem som skal passe på kommunen i denne modellen. Med økt kommunal handlingsfrihet, vil borgernes engasjement i politikken og kommunevalg bli enda viktigere i forhold til ansvarliggjøring av kommunens politikere.

Prioriteringseffektivitet: Maksimumskommunen antas å styrke prioriteringseffektiviteten. Tre hovedårsaker til dette kan trekkes frem: 1) På grunn av at kommunen forvalter et bredt spekter av tjenester (i tråd med generalistkommuneprinsippet), og at samordning på tvers av tjenester gir muligheter for mer sammensatte og behovstilpassede tilbud, 2) på grunn av at

kommunen er tett på brukeren og samtidig besitter et handlingsrom til å kunne tilpasse tjenestene etter brukernes behov, 3) på grunn av at det nå er større enheter som gir mulighet for bærekraftige tjenester, stabile fagmiljø og muligheter for spesialisering. Dette gir igjen forventninger om høyere tjenestekvalitet og et bredere tjenestetilbud. Likevel kan det være utfordrende å ikke kunne skylde på noen, og at forventningene til kommunen som tjenesteprodusent alene er stor. Kommunen vil likevel innenfor modellen måtte prioritere, og denne faktoren kan føre til (noen) borgere som ikke er fornøyde. Kommunen er da den som holdes ansvarlig, ene og alene.

7.5 Oppsummering av kommunemodellen

Responsen på modellen uttrykker en skepsis til en utvikling som snur på hodet dagens stat-kommuneforhold. Bekymringen var en modell hvor Norge smuldrer opp som enhetsstat, der det oppstår store geografiske variasjoner gitt at velstanden er ulikt fordelt. Dermed kan det oppstå en ny ubalanse som ikke ivaretar de verdier som er forbundet med statlig styring i et nasjonalt perspektiv. Fortellingen som ble presentert illustrerer en ytterliggående modell. Økt kommunalisering kan på samme måte som økt statliggjøring forekomme i langt mindre radikale former. Innledningsvis i dette avsnittet om kommunalisering ble Strukturreformen i Danmark nevnt hvor større kommuner har vært et sentralt grep. Dette er et poeng som også fremheves i responsen på flere av modellene. Kommunesammenslåing vil trolig være et ledd i en modell basert på økt kommunalisering, men som ikke nødvendigvis innebærer at staten trekker seg helt tilbake. Hypotesen er at større enheter vil kunne produsere bedre tjenester som en følge av stordriftsfordeler, samtidig som dette blir en motvekt mot statlige reguleringer.

Alternative samarbeidsformer som styrker kommunenes handlingsrom i dag er bruken av interkommunalt samarbeid. Interkommunale løsninger av velferdsoppgaver har i Norge vokst frem som et alternativ til at en kommune skal løse oppgaven alene. De interkommunale samarbeidene er organisert på svært ulike måter, fra avtalebaserte samarbeid (etter kommuneloven § 27 og § 28 a-e) til interkommunale selskap (IKS) som er organisert etter Aksjeloven. Interkommunale samarbeidsløsninger gir kommunene flere fordeler i produksjonen av velferdstjenester. For det første er det mulighet til å dra nytte av stordriftsfordeler ved at tjenesten produseres i større skala og til en større kritisk masse. For det andre bidrar interkommunale samarbeid til komplementære og utvidede tjenester. Tjenesteproduksjon i større skala kan gi rom for en bredere tjeneste, noe som kommer brukeren til gode. For det tredje er interkommunalt samarbeid en fordel i forhold til å bygge kompetansemiljø. Spesielt gjelder dette for mindre kommuner som ofte mangler både tilstrekkelig ressurser i form av nok folk og tilstrekkelig kompetanse (Leknes og Holmen 2011, Jacobsen 2010).

Utfordringer ved interkommunale samarbeid er knyttet til folkevalgt styring og kontroll. I tillegg utfordres kommunenes koordineringsevne og evne til å holde oversikt når de deltar i stadig flere samarbeid innenfor ulike sektorer og gjennom ulike samarbeidsmodeller. En annen utfordring som diskuteres er generalistkommuneprinsippet. Kommunen som generalist utfordres når enkelte tjenester organiseres ut av kommunen, og når sentrale prioriteringer og beslutninger tas i styrer utenfor kommunestyret. Kommunene blir på denne måten administrative enheter som koordinerer tjenester, noe som kan gå på bekostning av det lokalpolitiske system. Kartlegging av interkommunale samarbeid viser imidlertid at det foreløpig er begrenset antall innenfor kjerneområdene barnehage og skole. Støttefunksjoner som barnevern og PPT tilbys imidlertid i økende grad gjennom interkommunale samarbeid. Når det gjelder helse og omsorg, har legevaktjenester og alarmsentraler i lengre tid vært organisert gjennom felles avtaler mellom flere kommuner. I disse tilfellene har en enkelt kommune hovedansvar og betjener en større kundemasse. Det er likevel grunn til å anta at dette er en organiseringsform som kan øke ytterligere i kommunens strategi for å løse velferdstjenestene effektivt og med god kvalitet så lenge kommunene ikke slår seg sammen til større enheter.

Strukturreformen i Danmark er fortsatt i en tidlig fase, og den første sammenfattende offisielle evaluering av reformen vil være klar i slutten av 2012. Enkeltstudier tyder likevel på at det dels er uklart hva som er reformens konsekvenser, og der det er klarhet, er det en del misnøye med konsekvensene. Argumentene er knyttet til økt oppgaveportefølje, men redusert frihet til å prioritere fordi staten styrer sterkere. Både ny budsjettlov og et forhandlingssystem der staten har fått en viktigere rolle, ser ut til å føre til at det kommunale selvstyret svekkes. Dette antyder at lokalpolitikere ikke har fått større, reell makt, slik det var forventet i utgangspunktet. Større kommuner har imidlertid gitt stordriftsfordeler og mer standardiserte tjenester gjennom eksempelvis større og færre sykehus. Dette har økt produktiviteten og effektiviteten. Kvalitets- og servicenivået har imidlertid ikke endret seg som en følge av reformen. Erfaringene tyder på at økt kommunalisering ikke nødvendigvis fører til et styrket lokaldemokrati og mer tilpassede tjenester, noe som er i samsvar med bekymringene E-lab-deltakerne uttrykte til denne modellen.

8 «Hvis kommunen ikke fantes»: Oppsummering og avsluttende refleksjon

Dette avsluttende kapittelet har til hensikt å oppsummere modellenes organisering, modellenes tenkelige konsekvenser, samt diskutere disse modellene samlet sett i forhold til dagens situasjon. Til sist i kapittelet reflekteres det over alternative måter å organisere velferdstjenestene på og hvordan modellene vi har arbeidet med i dette prosjektet plasserer seg i forhold til disse.

Prosjektets utgangspunkt er at forholdet mellom staten og kommunene i dag preges av både samarbeid og spenning i produksjonen av velferdstjenester. Prosjektet "Hvis kommunen ikke fantes" har til hensikt å diskutere idealmodeller for og konsekvenser av en mulig utviklingsbane – med økt statliggjøring – innenfor kommunenes viktigste velferdsoppgaver. Gjennom kapittel 4, 5 og 6 har vi skissert noen mulige modeller for økt statlig styring. I tillegg blir en motsatt utvikling skissert i kapittel 7, hvor en modell for økt kommunalisering presenteres. Modellene er utsatt for empirisk diskusjon blant velferdsstatens yrkesutøvere både nasjonalt, regionalt og lokalt. Innledningsvis reiste vi en rekke spørsmål som vi i hvert av modellkapitlene har behandlet og som vi også her vil oppsummere:

- 1) Hvilke hovedprinsipper preger de ulike modellene for økt statliggjøring og økt kommunalisering? Oppfattes de tre modellene for økt statlig styring og modellen for kommunalisering som ønskelige ut fra den skisserte organiseringen?
- 2) Hvilke konsekvenser kan de tenkes å ha i forhold til likhet, brukertilpasning og tilfredshet (prioriteringseffektivitet), ansvarliggjøring og deltakerdemokrati?
- 3) Med utgangspunkt i organiseringen og de tenkelige konsekvenser: oppfattes de tre modellene for økt statlig styring og modellen for kommunalisering som realistiske sammenliknet med dagen modell?

8.1 Oppsummering av modellenes hovedprinsipper for organisering

Modellenes organisering er uttrykt som et kontinuum av økt statlig innflytelse, hvor kommunen går fra å tilby velferdstjenester gjennom et samspill mellom stat og kommune til i ytterste konsekvens og ikke lengre forvalte de tunge velferdsoppgavene barnehage, skole, helse og omsorg. Dette innebærer at modellene har likhetstrekk på enkelte område og skiller seg på andre. Modellen for økt kommunalisering skiller seg stort fra de tre modellene for økt statliggjøring, og er og tillagt mindre vekt i diskusjonen. Hensikten med modellen for økt kommunalisering er å vise en motsatt utvikling enn økt statliggjøring.

Integrasjonsmodellen beskriver en situasjon hvor kommunene har liten handlefrihet både til å velge mål og virkemidler. Rammestyring som hovedprinsipp for statlig styring er i integrasjonsmodellen forlatt til fordel for mer målrettet og detaljert statlig styring. Integrasjonsmodellen har derfor medført en forskyvning av balansepunktet mellom statlig styring og lokalt folkestyre i favør av staten. I integrasjonsmodellen effektuerer kommunene den nasjonale politikken uten å ha stor frihet til å påvirke verken mål eller virkemidler. I denne modellen er det lite akseptert at lokal frihet fører til forskjellsbehandling. Det har oppstått en ny forståelse av likhet der enkeltindividet står i sentrum, ikke kommunens formelle løsning for å yte tjenestene. Ulikhet forebygges gjennom økt statlig standardisering og rettighetsfesting. Kommunen er i integrasjonsmodellen fortsatt formelt ansvarlig for skole, barnehager, helse og omsorg. Kommunen er arbeidsgiver for de ansatte i disse tjenestene, den eier lokaler og bygninger og har det overordnede ansvaret for at innbyggerne får de tjenester de har rett på. Sektorsjefer på hvert av disse tjenesteområdene rapporterer til fylkesmennene og direktoratene. Brukerutvalg er opprettet ved mange av tjenestestedene der brukerne (eller deres pårørende) påser at de får tilgang på de lovfestede rettigheter som Stortinget har fastsatt.

Den statlige områdemodellen beskriver en situasjon hvor det lokale folkestyret fjernes på velferdsområdene skole, barnehager, helse og omsorg. Fra å ha vært et delt politisk ansvar mellom stat og kommune, har nå Stortinget og regjeringen fått det hele fulle ansvaret for å utforme velferdspolitikken og påse at den blir iverksatt som intendert. Velferdstjenestene er i områdemodellen organiserte i fylkesvise og kommunevise område-administrasjoner ledet av henholdsvis regionale og lokale områdesjefer. De regionale (fylkesvise) områdeadministrasjonene er opprettet for å håndtere et stort kontrollspenn i forhold til de lokale områdeadministrasjonene. Disse finnes i hver kommune. Fylkes- og kommunegrensene er dermed beholdt i denne modellen. De regionale områdesjefenes oppgave er å formidle og iverksette statlig politikk og de er ansvarlige for eierstyring og "bestilling" overfor de lokale områdesjefene. De lokale områdesjefene har relativt stor frihet til å velge sine "utførere" og har anledning til å organisere tjenestene innenfor rammen av bestilling og resultatkrav. Alle de lokale tjenestene, skoler, barnehager, helse og omsorg, er i områdemodellen underlagt den lokale områdesjefen. Virksomhetslederne forholder seg til områdesjefens "bestilling" og de eierkrav som er stilt i forhold til bruk av tildelt budsjett. Med bestiller-utførerorganisering der det er tatt bruk mer utstrakt tilbyderkonkurranse, må de statlige virksomhetene konkurrere med private aktører, frivillige som kommersielle, om å få avtale med den lokale områdesjefen. Den lokale områdesjefen er også ansvarlig for å samordne de statlige velferdstjenestene med relevante, gjenværende tjenester i "restkommunen". Restkommunen er fortsatt styrt av lokalpolitikere, og det er inngått en samarbeidsavtale mellom den lokale områdeadministrasjonen og restkommunen. For å påse at områdeadministrasjonene oppfyller de mål de er pålagt, er tilsyns- og kontrollvirksomheten skjerpet. Dette skjer gjennom Fylkesmannen og uavhengige statlige tilsyn. Det at det lokale selvstyret og den politiske handlefriheten er tatt bort i områdemodellen, betyr at det er mindre interesse blant lokalsamfunnsaktører, interessegrupper, brukere etc., for å hevde

sine interesser lokalt. Det sentrale er at den statlige velferdspolitikken blir lojalt fulgt opp, ikke hvem som har driftsansvaret for tjenestene.

Den statlige sektormodellen skisserer en situasjon der kommunene er fritatt for de store velferdsoppgavene, slik som helse- og omsorg, skole og barnehage. Staten styrer målrettet og detaljert gjennom sektorvise «velferdssøyler». Endringer i det territorielle landskapet gjør at velferdstjenestene er iverksatt ut fra regionale sektoradministrasjoner nå tilsvarer 5 landsdelsregioner, mens det lokale nivået er organisert rundt en befolkningsmasse på ca. 10 000 innbyggere. Dette innebærer at etatssjefene innenfor de enkelte tjenestene rapporterer til regionalnivået og videre til direktoratene. Kommunen har fortsatt andre oppgaver å ivareta i den såkalte «restkommunen», og kan nå ved fraværet av velferdstjenestene konsentrere sin politikk rundt disse felt. Likheter forstått som standardisering av tjenester et sentralt mål. Alle har rett på det samme tjenestetilbudet uavhengig av hvilken kommune de bor i. Brukerorganisasjoner og –råd er i tillegg til nasjonale valg de viktigste deltakerdemokratiske kanalene for innbyggere som benytter seg av velferdstjenestene. Profesjoner og ansatte i velferdstjenestene har innflytelse gjennom skjønnsutøvelse og fagkyndigheten er styrket innenfor sektormodellen.

Kommunemodellen skisserer en situasjon der staten har trukket seg tilbake, og hvor kommunal autonomi er styrket gjennom økt handlingsrom og handlingsmuligheter. Økt ansvar og handlingsrom gir lokalpolitikere har gitt lokalpolitikken en renessanse. Lokaldemokratiet er på denne måten styrket, samtidig som det stilles større krav til lokalpolitikere som nå må ta et mye større ansvar. En viktig variabel i kommunemodellen er større kommuner. Stor, nye kommuner gjør at det er mulig å håndtere flere og større oppgaver.

8.1.1 Likheter og klare forskjeller mellom de ulike modellene

Gjennomgangen av modellene viser en rekke likheter men det er likevel enkelte klare brudd i kontinuumet som markerer tydelige skiller mellom organiseringen i modellene. Bruddet mellom de tre modellene for økt statliggjøring og modellen for økt kommunalisering er radikal og selvforklarende og omtales derfor ikke eksplisitt her.

For det første gjelder dette bruddet med lokaldemokratiet i overgangen fra integrasjonsmodellen til den statlige områdemodellen. I den statlige områdemodellen blir lokalpolitikernes innflytelse over de tunge velferdstjenestene tatt bort. Tilbake står et demokrati som er basert på nasjonale politikere, og hvor borgeren må utøve innflytelse gjennom andre kanaler.

For det andre er det et markert brudd i velferdstjenestenes eierskap. I overgangen fra integrasjonsmodellen til statlig områdemodell, mister kommunen sin lokale autonomi. De mister altså mulighet til å ta beslutninger som er tilpasset de lokale behov i velferdsproduksjonen. Lokaldemokratiet, som argumenteres å være en bærebjelke i vår forståelse av demokrati, erstattes med statlig eierskap. Dette

eierskapet styrker borgernes standardisering av tjenestene, slik at de lokale variasjonene blir mindre.

For det tredje er det et markert brudd i generalistkommuneprinsippet i overgangen fra integrasjonsmodellen til den statlige områdemodell og ytterligere i overgangen fra den statlige områdemodellen og inn i den statlige sektormodellen. Generalistkommuneprinsippet har vært et bærende element i vår velferdsstatsmodell over lengere tid. Begrepet generalistkommune indikerer a) at kommunen ivaretar et bredt spekter av offentlige tjenester og har mulighet til å samordne disse og b) et system der alle kommuner ivaretar de samme funksjonene noe som innebærer at alle geografiske områder behandles likt av staten. Prinsippet brytes delvis i den statlige områdemodellen hvor kommunen ikke lenger har ansvaret for de viktigste velferdsoppgavene, men kun det vi her kaller «restkommunen». Likevel overføres generalistprinsippet delvis inn i den statlige områdemodellen ved at velferdstjenestene samordnes gjennom et regionalt nivå (med begrunnelse i generalistprinsippet). Det er likevel uklart hvordan samordningen mellom kommunen som forvalter av restkommunen og den regionale stat som forvalter av velferdsoppgavene ivaretar generalistprinsippet gjennom partnerskap. I den statlige sektormodell brytes generalistprinsippet ytterligere ved at kommunen, som er tettest på brukerne ikke lenger har ansvaret for tilpasningen til borgeres behov i velferdstjenestene. I tillegg brytes prinsippet ved at velferdstjenestene organiseres og forvaltes sektorvis. Oppgaveporteføljen på de ulike forvaltningsnivå smalnes derfor inn, noe som utfordrer samordningen på tvers av tjenesteområder.

Gjennomgangen av organiseringen skaper forventninger om forskjeller i forventede konsekvenser. Konsekvensene oppsummeres i neste avsnitt.

8.2 Konsekvenser av økt statliggjøring

Hver av de tre modellene har, som de tidligere kapitlene viser, skapt entydige og delvis sterke reaksjoner om potensielle konsekvenser. Konsekvenser forstås i denne sammenheng både i positiv og negativ forstand som fordeler og ulemper. De tre kategoriene for konsekvenser gjorde det mulig å skille de mangesidige diskusjonene når stat – kommune forholdet diskuteres. Likevel er momenter og meninger om likhet og likeverdighet, prioriteringseffektivitet, ansvarsutkreving og deltakelse tett sammenvevde momenter når vi snakker om organisering og fordeling av oppgaver og ansvar i stat-kommune relasjonen. I tabell 8.1 oppsummerer vi de mest fremtredende synspunkter på konsekvenser av modellene for økt statliggjøring.

Tabell: 8.1 Oppsummerende konsekvenser for økt statliggjøring

	INTEGRASJONSMODEL	STATLIG OMRÅDEMODEL	STATLIG SEKTORMODELL
Likhet og likeverdighet	<p><i>Overordnet:</i> Åpner for både likhet gjennom statlig standard og likeverdighet gjennom lokale tilpasningsmuligheter.</p> <p><i>Skole/barnehage:</i> Både likeverdighet og likhet</p> <p><i>Helse og omsorg:</i> styrker likhetsprinsipper gjennom økt standardisering</p>	<p><i>Overordnet:</i> Områdesjefen kan svekke både prinsipp om likeverd og likhet. Samtidig styrke likhet likeverdighet gjennom sektorsamordning</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Både standardisering gjennom samordning av sektorer. Skepsis til områdesjefens handlingsrom – kan gi ulikhet.</p>	<p><i>Overordnet:</i> Like tjenester, lite fleksibelt i forhold til sammensatte behov.</p> <p><i>Skole/barnehage:</i> Standardisering opprettholdes</p> <p><i>Helse og omsorg:</i> Styrking av tjenesten gjennom standardisering</p>
Prioriterings-effektivitet (PE)	<p><i>Overordnet:</i> Legger ikke til rette for PE gjennom integrerte tjenester.</p> <p><i>Skole/barnehage:</i> Mindre samordning på tvers av sektorer - svekker PE</p> <p><i>Helse og omsorg:</i> PE styrkes gjennom større grad av regulering og standardisering</p>	<p><i>Overordnet:</i> mindre følsomhet for lokale variasjoner ved økt byråkratisering. Stor avstand til beslutningstakere</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> PE svekkes på grunn av kostnadskrevene byråkrati og mer makt til administrasjonspartiet. Mye tilsyn er krevende for tjenestene</p>	<p><i>Overordnet:</i> Sentralisering av tjenester, svekker PE. Tungrodd byråkrati som er vanskelig gjennomtrengelig</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Bedre kompetansmiljø, rekrutteringsmuligheter</p>
Deltakelse	<p><i>Overordnet:</i> Svekket lokalt folkestyre, styrket bruker deltakelse</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Lokaldemokrati uendret. Økt brukerkanaler i hver sektor. Utfordring for svakere brukergrupper</p>	<p><i>Overordnet:</i> Mister korrektiv til administrasjon når folkestyret forsvinner. Kan styrke det lokale folkestyret i «restkommunen».</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Mer kreativ brukerdeltakelse inn mot områdesjefen.</p>	<p><i>Overordnet:</i> Nasjonal politikk styrkes. Kan styrke det lokale folkestyret i «restkommunen». Hvem taler de svakeste sin sak?</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Styrket og mer kreativ brukerdeltakelse</p>
Ansvarsplassering	<p><i>Overordnet:</i> Ansvar forskjøvet, økt kompleksitet i samstyringen gir uklare ansvarsforhold.</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Kompleks og utydelig ansvarsplassering</p>	<p><i>Overordnet:</i> Tilsynelatende ryddige ansvarsforhold. Likevel - Politisk myndighet langs borte, komplekse administrative strukturer utfordrer klarhet i hvem og hvor de ansvarlige er. Ansvarsfraskrivelse ved mange administrative ledd.</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Lettere å peke på hvem som har ansvaret knyttet til tjenesten.</p>	<p><i>Overordnet:</i> Lang vei fra de ansvarlige til utøvende ledd. Sektoriseringen gjør det oversiktlig, men vanskelig i sammensatte saker.</p> <p><i>Velf.tjenester:</i> Klarere ansvarslinjer, men for brukere av tjenestene blir ansvarsplassering pulverisert og diffust</p>

Likhet og likeverdighet: Begrepet kan forstås som en standardisering av tjenesteytingen (samme type tjeneste) og som tilpasning av tjenestene til samme type behov (likeverdighet forstått som resultatlikhet). Den generelle oppfatningen er at jo større grad av statlig intervensjon i tjenestene, jo større er muligheten for å sikre like og standardiserte tjenester for innbyggerne uansett hvor du bor. Effektene av statliggjøringen oppfattes å bli mindre for oppvekstsektoren som i dag kan karakteriseres som standardisert med sterk statlig integrasjon. Spesielt gjelder dette grunnskolen, men barnehagehage har likevel de siste årene blitt stadig mer innlemmet i samme styringsprinsipp. For Helse- og omsorgssektoren som i stor grad har vært preget av lokale og tilpassede løsninger, oppfattes høyere grad av standardisering som avlastende. Variasjonen mellom sektorene kan skyldes at sektorene har hatt ulike statlig intervensjon samt at helse og omsorgssektoren i disse dager preges av store omveltninger gjennom samhandlingsreformen. Standardisering kan og være en positiv konsekvens i forhold til en eventuell sektorsamordning hvor det ble utviklet løsninger på tvers av regioner som var robuste og bærekraftige. Sektorsamordningen er og en måte å beholde deler av generalistprinsippet hvor det fortsatt er mulig å tilpasse tjenester til brukere med sammensatte behov. Likevel er det elementer ved statliggjøringskontinuumet som antyder at standardiseringen oppfattes som en trussel for å kunne gi tilpassede tjenester til den enkelte bruker. Dette gjelder spesielt i den ytterste konsekvens hvor velferdstjenestene utvikles og utøves sektorvis. En annen trussel som antas å påvirke både evnen til å tilby like tjenester til alle og tilpassede tjenester er innføringen av områdesjefen som er representert i områdemodellen. Hvorvidt lokale variasjoner skal oppfattes som en styrke eller en svakhet som er følge av statliggjøring, er det derfor ulike meninger om. Erfaringene fra NAV-reformen og sykehusreformen viser at lokale tilpasningsmuligheter og store geografiske variasjoner gir ulikt tjenestetilbud, noe som oppleves som en utfordring for disse velferdstjenestene. Den administrative samordnede rollen oppfattes å innebære for mye makt og muligheter for handlingsrom uten at det er mulig å holde rollen politisk ansvarlig.

Oppsummert kan konsekvenser av statliggjøring knyttet til likhet oppfattes som tosidig. Standardisering gjennom økt statliggjøring kan danne grunnlag for like tjenester uavhengig av hvor du bor, noe som av tjenestene oppfattes som avlastende. Prinsipielt utfordrer imidlertid statliggjøringsprosessene brukertilpasning både gjennom generalistprinsippet knyttet til sammensatte tjenester, men og gjennom muligheter for lokal tilpasning av den enkelte tjeneste.

Prioriteringseffektivitet: Begrepet henger tett sammen med forrige effektkategori og kan forstås som tilpasning av tjenestene til lokale behov. Begrepet ble i E-lab imidlertid også koplet kostnadseffektivitet og bedre tilpasset tjenesteapparat («efficiency»). Den overordnede oppfatningen er at økt statliggjøring gjør det vanskeligere å tilpasse tjenesten til brukernes behov og skaper derfor dårligere treffsikkerhet i tjenesten. Likevel viser erfaringene fra både sykehusreformen og rusreformen i Norge at brukerne er godt fornøyd med tjenestene i seg selv, men kritiserer heller tilgang til informasjon og systematiske tilbakemeldinger. Økt byråkrati kan derfor anses som en uønsket konsekvens for brukertilfredsheten ved

økt statliggjøring av tjenestene. Økt avstand til de ansvarlige politikere danner og grunnlag for at prioriteringseffektiviteten svekkes. Brukeren får da færre muligheter til å påvirke tjenestene ut fra sine behov. Økt avstand mellom politisk nivå og utførende ledd medfører også bekymring om økt rapporterings- tilsyns- og kontrollregime. Dette er noe som allerede i dag oppleves som en utfordring i velferdstjenestene. Samordnede tjenester (jmf. områdemodellen) kan likevel gi brukerne bedre tilpassende tjenester ved at det er mulig å skape en sammenheng mellom tjenestene. Erfaringer fra rusreformen, hvor flere tjenester blir satt i et felles system og NAV reformens endørsfilosofi viser at brukerne opplever dette som positivt (Fjær m.fl 2011). Statliggjøring i sin ytterste konsekvens (sektormodellen) antas videre å bidra til sterkere sektorer i form av større enheter, større kompetansemiljø og bedre rekrutteringsgrunnlag. Dette antas å ha innvirkning på kvaliteten på tjenesten som tilbys og muligheten for å utvikle spesialiseringer som kan komme den enkeltes behov til gode.

Oppsummert er prioriteringseffektivitet en viktig kommunal verdi som tilsier en nærhet til brukeren og muligheter for å tilpasse tjenesten etter behov. Det er derfor en selvklar konsekvens at denne verdien utfordres når beslutningsmyndighet flyttes lengere vekk fra den enkelte bruker. Krav om kompetanse og spesialisering som kommer til uttrykk i de enkelte tjenester er likevel et signal i en annen retning som indikerer nye behov og etterspørsel i tjenesteproduksjonen som lettere kan løses med standardisering og større enheter.

Deltakelse: Også dette begrepet er sammensatt. I modellene skifter også begrepet betydning i form av at overgangen fra integrasjonsmodellene til sektormodellen medfører at lokalt folkestyre ovenfor velferdstjenestene opphører. Tilbake står begrepet i form av deltakelse og mulighet til å påvirke beslutninger rundt utformingen av velferdstjenestene. Bortfall av lokalt folkestyre oppfattes utelukkende som en trussel for demokratiet, men ikke nødvendigvis for tjenesten. Nye former for deltakelse antas å vokse frem og erstatte det lokale folkestyret hvis staten skulle overta tjenestene. Konsekvenser ved bortfall av lokalt folkestyre på velferdsområdene kan gi muligheter for økt politisk styrke og engasjement rundt tjenestene som inngår i «restkommunen». Dette fremheves som positiv ved modellene etter hvert som de radikaliseres. Overraskende nok var det ikke så mange av E-lab deltakerne som var opptatt av de uheldige konsekvensene av en slik utvikling. Enkelte pekte imidlertid på at modellen kunne være et naturlig neste steg i den forstand at lokalpolitikere ble fratatt et ansvar de ikke lengre hadde reell innflytelse på. I det lå også at flere av deltakerne ikke så den store dramatikken i fjerne lokalpolitikken på disse velferdsområdene. Dette bekreftes også i erfaringene fra NAV reformen, hvor kommunen har muligheten til å påvirke prioriteringer innenfor tjenesteområdet ikke ser ut til å bruke denne muligheten aktivt (Fjær 2011). Den største utfordringen som blir trukket frem er likevel administrasjonspartiet som vokser og som ikke lenger har en kontrollmekanisme gjennom de folkevalgte organ lokalt. Dette fremheves og som en trussel for svakere stilte grupper. Brukerorienteringen som vi er vitne til i de siste års statliggjøringsreformer bekrefter utfordringen med sterke og svake interesse-

organisasjoner. Også økt lokal avmakt ble trukket fram som en mulig konsekvens fordi avstanden til Stortinget og det rikspolitiske miljøet ville bli så stort i område og sektormodellen.

Oppsummert er det uro knyttet til prinsippet om lokalt folkestyre som fremheves som den mest uheldige konsekvens av modellenes statliggjøring. Likevel råder det en realisme i konsekvenser for tjenestene knyttet til deltakerdemokratiet ved at brukerne vil finne andre veier.

Ansvarsplassering: Begrepet indikerer at det er klarhet i hvem som har ansvaret og hvordan vi som borgere kan gå frem for å holde de ansvarlige ansvarlig. Tendensen i materialet er tosidig. For det første vises det til at kompleksiteten i styringen som følger med økt statliggjøring gjør det vanskelig å plassere ansvar. Dette gjelder spesielt for integrasjonsmodellen hvor sterke statlige reguleringer og kontrollordninger skaper mange nivåer i tjenesteproduksjonen. Det ville derfor være nærliggende å tro at statlig overtakelse av velferdstjenestene ville skape bedre forutsetninger for ansvarsplassering (tilsvarende områdemodellen og sektormodellen). I følge E-lab deltakerne vil dette ikke være tilfellet, da lang avstand mellom de politisk ansvarlige og det utøvende ledd vil opprettholde kompleksiteten og heller føre til ansvarsfraskrivelse. For det andre vises det til lovfestede rettigheter som er en sentral byggestein i integrasjonsmodellen for å sikre tjenester til brukeren. Retten til individuell plan er et sentralt virkemiddel i dag som skal sikre brukerens individuelle oppfølging. Erfaringene fra de siste års reformer viser at økt rettighetstenkning fører til utfordringer for det utøvende ledd som må forholde seg til mange rettigheter de ikke kan overholde – og som i videre fører til lovbrudd (Fjær m.fl 2011). Økt statliggjøring kan forsterke en slik utvikling for å sikre brukerens behov, eller kan i motsatt fall bortfalle gjennom standardiserte løsninger.

Oppsummert vil økt statliggjøring føre til en forskyvning av ansvarsforhold i retning av nasjonale politikere. Konsekvensene er at avstanden øker til de som tar beslutninger og at det kan bli et uoversiktlig byråkrati som skal forseres for brukeren for å komme frem til de ansvarlige. Dette er utfordringen som allerede oppleves etter helse- og NAV-reformen hvor et voksende byråkrati gjør det vanskelig for brukeren å orientere seg i styringsverket, og lang mindre påvirke beslutningstakere (Fjær m.fl 2011).

8.3 Konsekvenser for motsatt utvikling - økt kommunalisering

Den presenterte idealmodellen for økt kommunalisering var den radikale maksimumskommune, hvor lokal autonomi ble styrket, mens staten trakk seg tilbake. Det kommunale handlingsrommet og handlingsmulighetene ble i denne idealmodellen svært høy. Konsekvenser av denne idealmodellen kan oppsummeres ut fra de fire konsekvensdimensjonene (jmf. tabell 8.2):

Tabell 8.2 Konsekvenser ved økt kommunalisering

Konsekvensdimensjoner	Konsekvenser
Likhet og likeverd	Skaper større ulikhet gjennom ulike prioriteringer i kommunene, men likevel økte muligheter for lokal tilpasning. Forutsetter større kommuner enn vi har i dag.
Prioriteringseffektivitet	Fare for økonomifokus i stedet for kvalitetsfokus. Større kommuner kan gi bedre og mer effektive tjenester. Nærhet til politikere med handlekraft vil kunne gi bedre tilpassede tjenester.
Deltakelse	Lokaldemokratiet løftes: Vil styrke det lokaleengasjement og de politiske motsetninger. Økt makt til befolkningen. Åpner opp for flere deltakelsesarenaer – lokal lobby, dugnad og aksjonisme.
Ansvarsplassering	Ansvar lokalt tydeliggjort, men mye makt lokalt kan medføre ansvarspulverisering. Vil kreve økt fokus på tilsyn og kontroll med kommunene.

Som oppsummeringen i tabell 8.2 viser, er det både optimisme og skepsis knyttet den radikale modellen for maksimumskommunen. Vitalisering av lokaldemokratiet blir generelt betraktet som positivt, men det uttrykkes skepsis til kontroll av beslutninger og sikring av de svakere grupper i samfunnet. Et styrket lokaldemokrati vil ha fordelen av et økt politisk engasjement men og konkurranse og en spissing av debatter om prioritering. Dette kan skape arenaer for lokale makteliter, noe som kan svekke den grunnleggende tanken om likeverd.

Oppsummert vil økt kommunalisering i den radikale form fremstilt i maksimumskommunen medføre større kommuner. Kommunen og lokalpolitikere ha større autonomi og makt, noe som løfter lokaldemokratiet. Økte muligheter for å påvirke sentrale lokalpolitiske beslutninger vil åpne for flere deltakelsesarenaer og en høyere konkurranse og interesse for politikken. Økt ansvar til lokalpolitikere skaper en bekymring rundt deres kapabilitet til å håndtere vanskelige prioriteringer. Til tross for økt mulighet for lokalt tilpassede tjenester, er det rettet bekymring om dette bidrar til bedre tjenester kvalitetsmessig når det ikke er overordnede mål som setter rammer og kontrollerer.

8.4 Modellenes realiserbarhet og ønskelighet ut fra dagens situasjon

Tjenesteområdene skole, barnehage, helse og omsorg er i dag er svært ulikt organisert. Skole og barnehagesektoren er de siste årene blitt tjenester som preges av nasjonal standardisering. Kommunen har fortsatt ansvar for bygg, prioritering

og opptak for å nevne noen, men innholdet i og kravene til tilbudet er i stor grad statlig styrt. Dette tilsier at skole og barnehage sektoren har elementer i seg som kan gjenkjennes i flere av modellene. Det er et klart skille mellom denne sektoren og helse og omsorg sektoren. Skolen er i dag sterkere regulert og styrt av staten enn helse og omsorgssektoren hvor kommunen tradisjonelt har hatt større handlingsrom i både valg av organisering, men og prioritering. Dette gjør at integrasjonsmodellen, men og områdemodellen kan gjenkjennes i dagens situasjon. Den vesentlige forskjellen mellom integrasjonsmodellen og dagens situasjon er at kommunen som lokaldemokratisk arena er blitt mindre viktig. Lokalpolitikere har få muligheter til å gjøre egne prioriteringer og tilpasse den statlige politikken til lokale forhold. I stedet har det vokst fram tette forbindelser mellom kommunale og statlige sektoradministrasjoner, som sammen med brukerorganisasjonene, har relativt stor innflytelse på velferdstjenestene. At profesjonene og de ansatte har innflytelse gjennom sin skjønnsutøvelse, gjør at det i denne modellen har vokst fram et sterkere brukerdemokrati. Bortfall av lokal demokratiet knyttet til velferdstjenestene er noe som oppfattes som lite sannsynlig og dermed vanskelig å realisere.

I voteringene oppnådde integrasjonsmodellen høyest skår både i forhold til realiserbarhet og ønskelighet. Noen så på modellen som nærmest et uunngåelig resultat av en utvikling som har pågått lenge. Andre mente at vi allerede har en modell som ligner på integrasjonsmodellen. Om realiserbarheten ble sett på som stor, så kom det fram relativt mange motforestillinger til modellen i begge E-lab samlingene. Mange så på modellen som et steg i retning økt standardisering av innholdet i skole, barnehager, helse og omsorg. Denne utviklingen mente mange ville ha negative konsekvenser for likeverdighet og prioriteringseffektivitet i tjenesteytingen. Det ble også anført mange argument om at lokaldemokratiet ville bli ytterligere svekket med denne modellen, og at det ville vokse fram andre former for deltakelse og arenaer mellom lokalsamfunn og kommunen. Både redusert lokal frihet og en ansvarsforskyvning i retning staten, ble sett på som faktorer som ville svekke det lokale politiske engasjementet og gjøre det mindre relevant for innbyggerne å stille lokalpolitikere til ansvar. Responsen fra deltakerne på våre E-lab samlinger indikerte at integrasjonsmodellen lå tettest på dagen modell, og ble derfor betraktet som mest realiserbar.

Modellen for økt kommunalisering ble og ansett som en realiserbar modell. Med tanke på kontinuerlige diskusjoner om kommunesammenslåing og den stor strukturreformen i Danmark er dette ikke uventet. Overraskende nok faller modellen for økt kommunalisering ikke i god jord hos deltakerne i E-lab. De uttrykker klart at dette er en mindre ønskelig modell enn integrasjonsmodellen og områdemodellen. Skepsisen til modellen er knyttet til økt ulikhet og store variasjoner mellom kommunene, heller enn at kommunene blir større. Større kommuner ble av de fleste fremhevet som en positiv utvikling. Det ble påpekt at samspillet mellom stat og kommune i produksjonen av velferdstjenestene er viktig for å få gode tjenester over hele landet, og at høy grad av tilbaketrekning av staten var uønsket. Større variasjoner mellom kommunene er også et sentralt kjennetegn i kommunescenariet «Modulen» for 2037 (Selstad m.fl 2012). Dette scenariet har

flere likhetstrekk med idealmodellen for økt kommunalisering (maksimumskommunen). Scenariet beskriver en utvikling hvor prinsippet om at alle kommuner skal likestilles i oppgaver og ansvar oppgis. Dette kommer som en følge av en økende ubalanse mellom tjenestestruktur og en uendret kommunestruktur. På lik linje med maksimumskommunen beskriver scenariet hvordan lokale politikere og administrasjon får økt ansvar, men hvor samtidig ulike kommuner kan ha ulikt ansvar for oppgaver: en differensiert oppgaveløsning. Dette betyr at både likhets og likeverdighetstanken rykkes ved at det erkjennes at disse verdier må sikres gjennom kommunal forskjellighet. Generalistkommunen opprettholdes kun i en minimumsform (M-kommuner) hvor kommunen kun har ansvar for basisoppgavene. Andre kommuner kan ha større ansvarsområder. Sammenliknet med dette prosjektets maksimumskommune har kommunene i begge tilfeller fått et økt ansvar og handlingsrom, men scenariet «Modulen», gir ytterligere rom og handlingsmuligheter, ved at det foreligger ulike rammer og forventninger til hva kommunen skal være og hva de skal produsere (Selstad m.fl 2012).

Den statlige sektormodellen hvor kommunen mister ansvar og innflytelsen over de grunnleggende velferdsoppgavene, og hvor velferdsoppgavene blir organisert i nye territorielle enheter ble betraktet som det mest utenkelige utfall. Det er likevel interessant å diskutere modellenes forskjelligheter i lys av E-lab deltakernes meninger om ønskelighet. Ikke overraskende var det den mest nærliggende modellen, Integrasjonsmodellen, som var mest ønskelig for deltakerne på begge E-lab. Ytterligere statliggjøring ble betraktet som en provokasjon, spesielt i E-lab 1. I E-lab 2 hvor de konkrete tjenestene ble diskutert, var noen av synpunktene knyttet til behovet for å *avlaste* kommunesektoren. Sektormodellen var derfor mer ønskelig i denne E-lab samlingen enn områdemodellen. En viss standardisering ble uttrykt som ønskelig for at ikke de lokale tjenesteenhetene måtte utvikle alle løsningene selv, men heller fokusere på fag og tjenestekvalitet. Et ønske om nasjonal forutsigbarhet i tjenestene, var altså noe som spesielt var tydelig i dagens arbeid med helse og omsorgstjenestene. Høy grad av autonomi i hvordan tjenester skal utvikles og organiseres danner grunnlag for utrygghet. På dette området ble skolefeltet og barnehagefeltet berømt for økt standardisering og sikring av en nasjonal standard preget av kvalitet. Integrasjonsmodellen som delvis kan gjenkjennes i NAV-systemet, hvor staten og kommunens oppgave og ansvarsfordeling er integrert, kritiseres for å skape uklare ansvarsmønstre. Det samme gjelder helsereformen. Det uttrykkes at det er her dagens situasjon befinner seg og at det skaper et stort press på kommunen i dag. En statlig sektor- og områdemodell ville i den sammenheng ha en klarere ansvarsmodell. Det er likevel ikke tvil om at økende grad av statlig intervensjon i modellene påvirket deltakernes ønske om en slik organisering i negativ retning.

De tre idealmodellene for økt statliggjøring har flere paralleller og likhetstrekk i kommune scenarioet om StatKom (Selstad m.fl 2012). I dette scenariet styrer staten kommunene stramt for å hindre ulikheter i velferdstjenester og for å sikre at alle landets innbyggere får ivaretatt sine rettigheter, uavhengig av hvilken kommune de bor i. Rettighetstenkning, internasjonalisering og konkurranse om

velferdspolitikken gjør at staten utvikler sterke styringsregimer ovenfor kommunene. I dette scenariet reduseres også antall kommuner gjennom en omfattende kommunalreform. Oppgavene fordeles imidlertid fortsatt mellom kommunene og staten. Sterk statlig styring gir begrenset handlingsrom og dårlige vilkår for lokale tilpasninger. Lokale politikere opplever avmakt og får begrenset rekkevidde. Sentrale trekk i dette scenariet kan tilskrives alle de tre modellene for økt statliggjøring. I scenariet har politikerne fått beholde sin posisjon ovenfor velferdsområdene, mens i forhold til "våre" modeller, kan dette minne mest om integrasjonsmodellen. Deltakernes vurdering av integrasjonsmodellen kan tyde på at det scenariske bilde fram mot 2037 ikke skiller seg stort fra dagens modell.

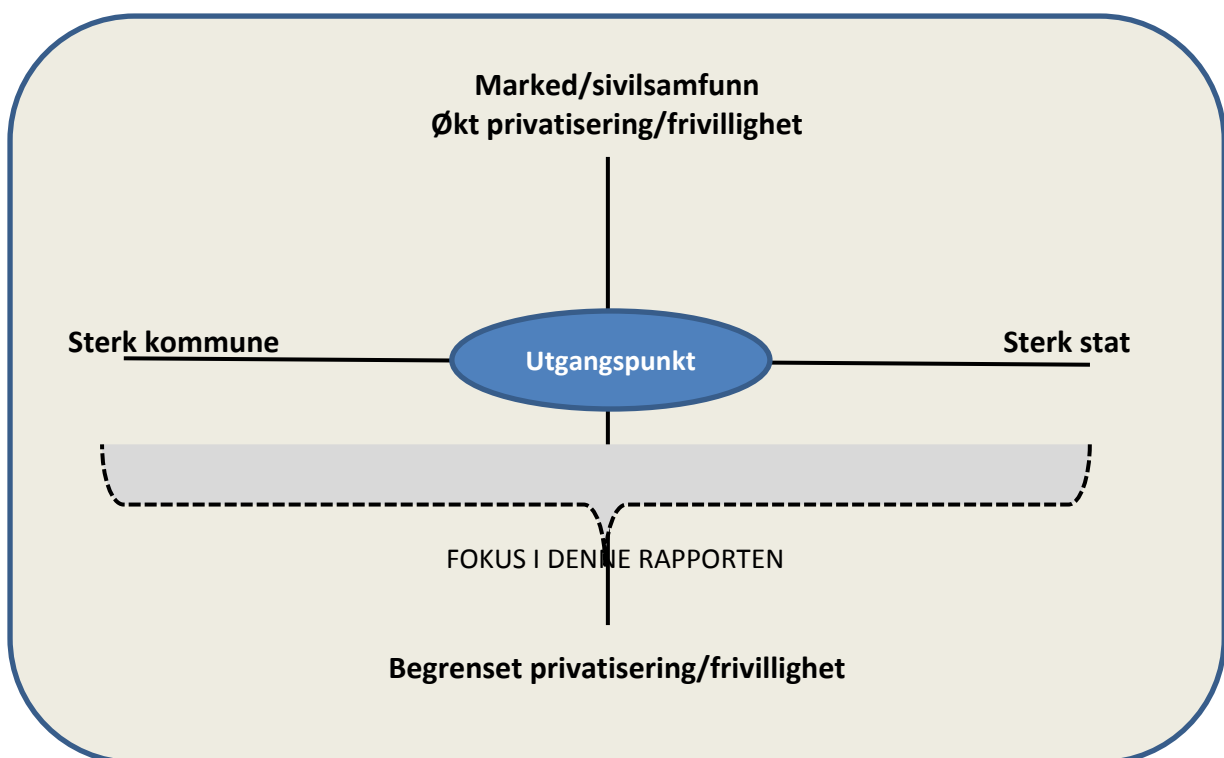
Oppsummert har idealmodellene har gitt oss et bredt innblikk i utfordringer og gevinster som økt statliggjøring kan medføre. Det er på ingen måte ensartet hva statliggjøring av velferdstjenestene vil føre til, men diskusjonene har gitt synspunkter på både erfaringer i velferdstjenesteproduksjonen i dag, så vel som bekymringer og forhåpninger til velferdstjenestene i fremtiden.

8.5 Alternative løsninger i produksjon av velferdstjenester

Hva er så alternativene til en utvikling der staten i økende grad styrer kommunene for å sikre tilgang til tjenestene og valgfrihet for brukerne? Vi har i den siste modellen (Statlig sektormodell) skissert en situasjon hvor staten har overtatt ansvaret for de grunnleggende velferdstjenestene. Kommunen som velferdsprodusent innenfor våre viktigste velferdstjenester vil da ikke lenger finnes. På den andre siden står kommunal fornyelse (Hagen i NOU: 2005:6:200). En slik løsning vil innebære at kommunene fortsatt står ansvarlig for velferdstjenestene. I tillegg får de i oppgave å sikre valgfrihet for brukeren. Denne løsningen ble presentert gjennom kommunemodellen eller "maksimumskommunen".

I tillegg til økt statliggjøring og økt kommunalisering finner vi andre løsninger/supplerende løsninger som i dette arbeidet er viet mindre oppmerksomhet. Figuren under viser en horisontal akse fra en sterk kommune til en sterk stat, samt en vertikal akse som viser privat sektor sin betydning og involvering i produksjonen av velferdstjenester. Figuren har til hensikt å vise hvor vi har viet oppmerksomheten i denne rapporten (grå skravur), men samtidig gjøre oppmerksom på at det vil finnes betydelige løsninger som vi ikke har behandlet.

Figur 8.3: Løsningskombinasjoner i produksjon av velferdstjenester.



Markedsorienterte løsninger er basert på ideen om et samfunn hvor verdier skapes gjennom konkurranse og hvor makt og ansvar ligger hos de suverene enkeltindivider. Konkurransen bringer frem selvstendige, ansvarsbevisste og innsatsvillige mennesker som løser sine egne problemer. Det er “markedets usynlige hånd” som allokterer godene. På den måten er markedet selvregulerende. Utfordringen med en slik modell i dagen komplekse samfunn hvor individene har svært sammensatte behov er behovet for koordinering. Tilhengere av en mer markedsbasert styringsfilosofi vil derfor hevde at statens funksjon er å levere tjenester og yte service til innbyggerne på områder hvor det ikke finnes velfungerende markeder (Powell 1990). Dette er imidlertid den mest ytterliggående varianten av en markedsstyrt velferdsproduksjon.

Mer utbredt i både Norge og andre sammenliknbare land som England og våre Skandinaviske naboer er *offentlig-private løsninger* som kombinerer konkurranseelementet med statlig styring. I norsk sammenheng er tjenesteproduksjon gjennom offentlige-private løsninger i stor grad preget av en bestiller – utfører-modell ved at offentlige styringsorganer kjøper tjenester fra private tilbydere. Dette skjer imidlertid gjennom strenge og svært detaljerte kontraktsmessige forhold. Modellen er politisk omstridt, og har mest vært brukt innenfor tjenester som utbygging og infrastruktur. Likevel finnes det en rekke eksempler også innenfor de kommunale kjernefunksjonene. Eksempler her er private barnehager og private skoler som drives av private interesser, men som er strengt regulert gjennom statlige krav. Selv om det er vanskelig å sammenlikne vår velferdsstatsorganisering med andre, er det likevel nyttig å se hvordan andre land det er naturlig å sammenlikne seg med har organisert velferdstjenestene.

Skolefeltet i England er et godt eksempel på bruk av markedsmekanismer i velferdsproduksjon av kjerneoppgaver. En nyliberalistisk politikk som sier at skolen skal markedsutsettes har preget den engelske skolen. Da Labour overtok regjeringmakten i 1997, signaliserte regjeringen at den ikke skulle begrense lokalstyret, men heller oppmuntre lokale utdanningsmyndigheter til å konkurrere med næringslivet og private aktører om å drive skoler eller inngå kompaniskap for etablering av spesialiserte skoler (Homme 2008). I Sverige finner vi og kombinerte løsninger med et forholdsvis stort innslag av private eller såkalte frittstående skoler, hvor penger følger den enkelte elev (Voucherprinsippet). Statens styringsideologi synes å være inspirert av den nyliberalistiske politikken, men markedsløsninger har blitt mindre vektlagt enn i England.

Prinsippet for en modell hvor tjenesteproduksjonen er basert på et offentlig-privat samarbeid er et større fokus på tjenestekvalitet og brukervalg. Dette er noe som også fremheves i "Scenarier for kommunesektoren" (Selstad m.fl. 2012) gjennom scenarioet "Kjøpesenter – valgfrihet og mangfold". I dette scenarioet oppgir stat og kommune etter hvert rollen som tjenesteprodusent og konsentrerer seg heller om å bli en koordinator av tjenester som produseres av private aktører. Scenarioet preges velferdstjenestene av privat betalingsevne og valgfrihet og kan betraktes som et ytterliggående scenario i retning av en ren markedsmoell basert på et selvregulerende marked hvor kommunen representerer en aktør. "Kjøpesenterscenariet" viser et bilde av et politisk landskap preget av de borgerlige partier som støtter opp om markedsliberalistiske verdier. Også her reduseres antall kommuner, mens fylkeskommunen "endelig" nedlegges. Kritisk for denne modellen er imidlertid mangel på gode systemer for oppfølging og evaluering av tjenestene som kommunen bestiller fra private aktører. I idealmodellene presentert i dette arbeidet har markedsmekanismer fått liten oppmerksomhet, selv om områdemodellen gir rom for løsninger som også kan innebære private aktører.

Frivillig sektor er en viktig sektor som tradisjonelt har støttet opp under både kommunal og statlig styring. Spesielt gjelder dette innenfor tjenesteområdene barnehage, utdanning, helse og sosialt arbeid. Større innslag av frivillig sektor indikerer at disse ressursene innlemmes mer systematisk i tjenesteproduksjonen. Velferdstjenester utgjør imidlertid en mindre del av frivillig sektor i Norge i dag enn i andre europeiske land. Sysselsettingen i frivillig sektor på velferdsfeltet utgjør 6 % av all sysselsetting innen kategoriene utdanning, helse og sosialt arbeid. Til sammenlikning bidrar frivillig sektor med 14 % i Danmark og 4 % i Sverige (ILO Labour Statistics Database 2003). Flertallsregjeringens Soria-Moria erklæring både i 2005 og Soria Moria II i 2009 hadde en målsetting om «en ny og helhetlig frivillighetspolitikk». Det er likevel uavklart hvilken rolle som er tiltent frivilligheten i velferdsstaten. Frivillig sektor har i dag en svært liten del av grunnskole- og videregående skole i Norge. De få aktørene som finnes i frivillig sektor representerer utdanningsmessige, ideologiske eller religiøse alternativer til det offentlige tilbudet, slik som internasjonale skoler, Steiner- og Montessoriskoler og kristne skoler. Innen voksenopplæring og videreutdanning har frivillig sektor en omfattende rolle. Her finner vi studieforbund, folkehøyskoler,

fjernundervisning, folkeakademier og folkeuniversiteter. Innen forskning finner vi for eksempel Kreftforeningen som bruker en stor del av sine midler til kreftforskning, samt forskningsinstitutter organisert som uavhengige stiftelser, og dessuten vitenskapsakademier, selskaper og foreninger. Andre sentrale aktivitetsområder innenfor sosiale tjenester er behandling av rusmisbrukere, krisesentre og barnevernstiltak. Innenfor helse finnes rehabiliteringshjem, sykehjem, bofelleskap for funksjonshemmede og psykisk helsevern for å nevne noen. I likhet med utdanningssektoren har helse vært et område hvor konkurranse fra private aktører lenge har vært politisk kontroversielt. Tradisjonelt har offentlig finansiering og kontroll blitt betraktet som den eneste måten å sikre et mest mulig likt velferdstilbud på. Selv om de frivillige aktørene er få og i en viss grad ligger under økonomisk og byråkratisk kontroll av offentlige myndigheter, var de fram til 1980-tallet betraktet som det mest aksepterte tillegget til det offentlige tilbudet. I løpet av 1990-tallet har imidlertid andelen av markedsbaserte tilbud på helseområdet økt, og det er nå på flere områder økt konkurranse mellom offentlige, frivillige og kommersielle aktører. Historisk sett har frivillige organisasjoner vært viktige institusjonsbyggere, entreprenører og initiativtakere på felt som senere langt på vei har blitt tatt over av offentlig sektor. Andre lands bruk av denne sektoren og våre egne erfaringer i Norge tilsier at dette også er en sektor som kan produsere/iverksette offentlige tjenester.

Figur 8.3 illustrerer at kombinasjonene av hvordan velferdstjenestene kan løses er mange. Det er ikke bare forholdet mellom stat og kommune som alene kan regulere tjenesteproduksjonen. Mer eller mindre bruk av og samarbeid med markedet eller sivilsamfunnet kan gi rom for andre løsninger enn det vi har valgt å fokusere på her³². Likevel utløser de ulike kombinasjonene spørsmålet om hva som er det fremste bærende prinsipp: tjenesten eller demokratiet? Dette er en politisk verdiladet diskusjon som i stor grad i fremtiden kan prege en fremtidig organisering og oppgaveløsningen av våre fremste kjerneoppgaver.

8.6 Et ideelt forhold mellom stat og kommune?

Dette prosjektet har demonstrert at mange ulike løsninger er mulig ved oppgavefordelingen mellom stat og kommune i produksjonen av velferdstjenester. Diskusjonene i prosjektet har synliggjort de mange styringsdilemmaer som ligger i dette forholdet. Styringsdilemmaene i skjæringsfeltet mellom nasjonale hensyn og det kommunale selvstyret er i stor grad forbundet med ulike verdier. Dette skaper et spenningsforhold som setter oppgave- og ansvarsfordeling mellom det lokale og det sentrale nivået kontinuerlig på dagsorden. I følge NOU 2005:6 Samspill og tillit finnes det en nærliggende løsning på dette spenningsforholdet:

³² Den statlige områdemodellen gir imidlertid rom for at tjenestene kan løses i samspill med andre aktører, uten at dette gjøres til noe eksplisitt poeng.

«Spenningsforholdet mellom stat og kommune vil alltid være til stede. Spenningen vil imidlertid kunne bli mindre om idealene blir andre enn det lokale selvstyre eller den lokale stat. Her ligger trolig svaret på hvordan denne spenningen er «løst». På den ene siden har kommunen godtatt at de er en del av en helhetlig offentlig forvaltning på samme tid som staten har akseptert at kommunene i oppgaveløsningen har behov for en viss grad av frihet (Larsen og Offerdal 1994). Denne løsningen gjør at vi ikke lenger kan snakke om en modell der kommunene er autonome, men om en integrert modell i forholdet stat – kommune baser på likeverdighet og samspill».

Hvordan dette idealforholdet fortøner seg kan imidlertid variere. Sitatene under hentet fra prosjektets E-lab illustrerer sprikende synspunkter på det ideelle forhold.

«Større kommuner vil gjøre presset i retning statliggjøring mindre»

Likeverdighet der staten og kommune-Norge (KS) avtaler seg frem til oppgaver og finansiering etter dansk modell. Det er viktig at staten utvikler gode kontrollsystem, og at kommunestrukturen endres»

«Vi må vurdere om det er balanseforholdet mellom styringsnivåene eller kvaliteten på tjenestene som er viktigst?»

«...vi trenger en avklaring på hvilke områder hvor det er viktig at staten har ansvar og hva som er relevant for det lokale demokrati»

«I et helsefaglig perspektiv er det ønskelig med sterk statlig styring som sikrer likeverdighet innenfor større og mer slagkraftige kommuner»

«At lover, læreplaner og økonomiske rammer vedtas sentralt, men at det gis lokalt handlingsrom for iverksetting og gjennomføring»

«Mer folkevalgt styre og mindre beslutningsmakt til administrasjon»

«Mer dialog mellom stat og kommune om mål, samhandling og virkemidler»

«Større samsvar mellom statlige forventninger og kommunens ressurser til å levere gode tjenester innenfor alle felt».

«Redusere direktorater og departementer (statlig byråkrati). Nå skjer for mange beslutninger her. Løsningen ligger i kommunestrukturen – da kan kommunen få mer makt»

Erfaringene fra dette prosjektet er at disse dilemmaene neppe lar seg reformere bort. Dette er i tråd med Reitan m.fl (2012) som viser hvordan flernivådemokratiet, bestående av demokratisk valgte institusjoner, forvaltnings-

oppgaver og beslutningsmyndighet på ulike geografiske nivåer, er tett vevd sammen og har stor innvirkning på hverandre. Kommunen er ikke en enhetlig aktør, ei heller staten. Dette betyr at flernivådemokratiet bærer i seg et komplekst spenningsforhold hvor en vil vinne noe, men kan tape noe annet om en velger den ene eller andre modellen. Det er et spørsmål om prioritering.

Dagens stat-kommunemodell får ganske godt skussmål av E-lab deltakerne og blir oppfattet som robust, samtidig som modellen er fleksibel og tilpasningsdyktig. Utfordringen ved en slik modell er likevel at staten har mest makt siden de formulerer målene. Behovet for å kontrollere iverksetting og måloppnåelse gjør at kontrollordninger begrenser kommunen i forhold til å finne de beste virkemidler og organisasjonsmodeller. (NOU 2005:6:23). Flo (2004) fremhever at balanseforholdet mellom stat og kommune kan styrkes gjennom å gi det kommunale selvstyret en sterkere juridisk forankring. Han viser til bruken av begrepet «folkestyre» i kommuneloven som trådte i kraft i 1993. I følge Flo går hele grunnideen med et partnerskap mellom stat og kommune tapt når det kommunale selvstyret erstattes med folkestyrebegrepet. På den måten avviser kommuneloven det kommunale selvstyret med henvisning til sentrale velferdsstatlige verdier (NOU 2005:6:80).

Responsen på modellene, og da spesielt knyttet til integrasjonsmodellen kan tyde på at det er nettopp en slik situasjon mange opplever vi står ovenfor nå. Integrasjonsmodellen, slik den ble presentert i dette prosjektet ble betraktet som tett opp til dagens realitet, men opplevdes ikke som ønskelig nettopp på grunn av de konsekvenser som er skissert i NOUen fra 2005. Skepsisen var også forbundet med en bekymring om en videreutvikling av denne trenden hvor staten stadig legger mer føringer gjennom rammer og rettighetslovgivning, noe som oppfattes å begrense kommunens handlingsrom sterkt. Denne utviklingen illustrerer en klarere overgang til en velferdsintensiv velferdsstat hvor det stilles stadig større krav til tjenester og tjenestekvalitet som det offentlige tilbyr oss. Sterke og voksende fagmiljøer i det offentlige forsterker denne trenden ytterligere og bidrar på den ene siden til spesialisering innenfor tjenestene, men samtidig øker behovet for samordning av fag på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Samhandlingsreformen, NAV-reformen, Rusreformen og Sykehusreformen understreker denne utviklingen.

Til tross for bekymringer for denne utviklingen, kommer det klart frem at det heller ikke er ønskelig med en tilbaketrukket stat, en stat frikoplest fra kommunene. En sterk og samlende stat sammen med handlekraftige kommuner er det overordnede bilde på et ideelt forhold. De sentrale forslagene til forbedringer av dagens modell peker i retning av å utvikle et mer samsnakkende, samstyrende og samhandlende stat-kommuneforhold. Større kommuner som kan håndtere bredden av velferdstjenester blir trukket fram som en løsning sammen med et styrket folkestyre og et redusert kommunalt og statlig byråkrati. En slik modell gir forhåpninger om større samsvar mellom forventninger til kommunal tjenesteyting og ressurser som gjøres tilgjengelig i dette arbeidet.

Tilbake står vi med spørsmålet om det i det hele tatt kan tenkes et ideelt forhold mellom stat og kommune. I et samfunn i stadig endring og utvikling er det vanskelig å tenke seg en varig og endelig idealløsning. Dynamikken i samfunnsutviklingen indikerer at forholdet mellom stat og kommune også må være under kontinuerlig debatt for å kunne ivareta det som til en hver tid oppfattes som sentrale verdier og målsetninger. Hvilke verdier og mål som skal prioriteres er til syvende og sist et politisk spørsmål.

9 Referanser

- Andersen, M., A. Buanes og N. Aarsæther (2002) *Kommunene ser på staten*. Makt- og demokratiutredningens rapportserie: Rapport 52.
- Bernt, Jan Fridthjof (2001): *Kveler velferdsstaten kommunaldemokratiet?*, i Anne Lise Fimreite, Helge O. Larsen og Jacob Aars (red): «Lekmannsstyre under press». Festskrift til Audun Offerdal. Oslo: Kommuneforlaget.
- Børhaug, K, I. Helgøy, A. Homme, D. Lotsberg, K. Ludviksen (2011) *Styring, organisering og ledelse i barnehagen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. og S. Neby (2008) The end of the decentralised modell of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal of Health Organization and Management*, vol. 22 no. 4, ss. 331-349.
- Christensen, D.A. og J. Aars (2011): Lokalt organisasjonsliv og sosial kapital, i D. Wollebæk (red), *Sosial Kapital*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Difi (2010): *Innbyggerundersøkelsen*. Inntrykk av å bo i kommunene og i Norge, Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT, rapport 2010:01.
- Esping-Andersen, G. (1999): *Social Foundations of Post-Industrial Economics*, Oxford: Oxford University Press.
- Fjær, S., A. Homme og A.K.T. Holmen (2011) *Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reformen å lære av*. Stavanger: IRIS / Uni Rokkansenteret notat 2011/092.
- Flo, Y. (2004): *Staten og sjølvstyret*. Ideologiar og strategiar knytt til det lokale og regionale styringsverket etter 1900. Universitetet i Bergen: Avhandling til dr. art.-graden.
- Grønlie, Tore 1991: "Velferdskommunen" I Nagel, Anne-Hilde: *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater Forlag AS.
- Grønlie, Tore 2004: "Fra velferdskommune til velferdsstat - hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans." *Historisk Tidsskrift*, Vol 83 (4): 633-649.
- Hagen, T. P. og O. M. Kaarbøe (2006) The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy*. Vol. 76, No. 3, May 2006: pp. 320-333.
- Hansen, T. (2004) *Lokalpolitisk uavhengighet og statlig styring*. Notat utarbeidet for Lokaldemokratikommisjonen.
- Helgøy, I. og A. Homme (2006) Policy tools and institutional change. Comparing education policies in Norway, Sweden and England. *Journal of Public Policy*, Vol. 26 (2) 141-165.
- Homme, Anne D. 2008: *Den kommunale skolen*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- ILO Labour Statistics Database 2003
- Johnsen, J. R. (2006) *Health Systems in Transition. Norway*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Vol. 8, No. 1.
- Kristensen, Niels Nørgaard 1998: *Skolebestyrelser og demokratisk deltagelse - støvets fortelling*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kunnskapsdepartementet og KS (2006): *Samarbeidsavtale om barnehager*.

- Kunnskapsdepartementet og KS (2009): *Avtale mellom Kunnskapsdepartementet og KS om veiledning av nytilsatte nyutdannede pedagoger i barnehagen og skolen*. 05.02.09.
- Lipsky, M. (1980) *Street level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lov om barnehager (barnehageloven) av 17. juni 2005 nr. 64
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) av 17. juli 1998 nr. 61.
- Monkerud, L.C. og R. Sørensen (2010) Smått og godt? Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. Nummer 4: 2010, ss. 265-295.
- NOU 6 (2004-2005) *Samspill og tillit. Om staten og lokaldemokratiet*.
- Opedal, S. og I. M. Stigen (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Opedal, S. og H. Rommetvedt (2005), Sykehus på Løvebakken. Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, årg. 46, nr. 2, ss. 99-132.
- Opedal, S. (2009), *Helsepolitisk effektivisering: Avpolitisert styring eller politisert overstyring?* Paper presentert på den 17. nasjonale fagkonferansen i statsvitenskap på Klekken hotell 7-9. januar 2009.
- Opedal, S. and H. Rommetvedt (2010): “From Politics to Management – or More Politics? Hospital reforms and parliamentary questioning in Denmark, Norway and the United Kingdom”, *Public Management Review*, Vol. 12, No. 2, 191-212.
- Opedal, S., H. Rommetvedt, I. M. Stigen, K. Vrangbæk (2011), Negotiated Agreements in Danish and Norwegian Multi-level Health Care Systems. Paper presented at the workshop “Healthcare systems: change and outcomes. Ideas, institutions, actors and reforms”. University of Amsterdam, 11-13. November 2011.
- Opedal, S., H. Rommetvedt, K. Vrangbæk (2012), Patient organizations and strategies for influencing health policy in Denmark and Norway. *Scandinavian Political Studies*. Vol. 35, No. 1, pp. 1-21.
- Ot.prp. nr. 55 (2008-2009). *Om lov om endringer i opplæringslova og privatskolelova*
- Powell, W. (1990) Neither Market nor Hierarchy: Networks Form of organization. *Research in Organizational Behaviour*, Vol. 12: 295-336.
- Prop. 115 S (2010–2011) *Kommuneproposisjonen 2012*
- Reitan, M., J. Saglie, E. Smith (2012) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Rice, N. og P. Smith (2002) Strategi resource allocation and funding desicions. I E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras og J. Kutzin (eds.) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Buckingham, pp. 250-271.
- Saglie, J. (red.) (2009) *Det nære demokratiet – lokalvalg og lokal deltakelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Selstad, T., T. Dølvik, A. Hompland, J.H. Lesjø og T. Ringholm (2012) *Scenarier for kommunesektoren 2012-2037*. Østlandsforskning: rapport 1/2012.

Stigen, I, M. (2011) *Saksområde – for lite påaktet i statsvitenskapelige organisasjons- og forvaltningsstudier? Seks essays om organisasjon og styring i norsk forvaltning*. Oslo: Universitetet i Oslo.

St.meld. nr. 24 (2002–2003): *Barnehagetilbud til alle – økonomi, mangfold og valgfrihet*.

St.meld. nr. 41 (2008–2009): *Kvalitet i barnehagen*.

Stortingsmelding 12 (2011-2012) *Stat og kommune – styring og samspel*

Stortingsmelding 16 (2006 – 2007): *... og ingen sto igjen og hang. Tidlig innsats for livslang læring*.

Stortingsmelding 30 (2003 – 2004): *Kultur for læring*

Stortingsmelding 31 (2007-2008): *Kvalitet i skolen*

Veggeland, N. (2004) *Det nye demokratiet. Internasjonale avtaler og europeisering av Norge*. Notat utarbeidet til lokaldemokratikommisjonen.

Østerud, Ø., F. Engelstad og P. Selle (2003): *Makten og demokratiet*. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Appendix 1 Deltakere ved E- lab

Deltakerliste E-lab 1 16. November 2011:

	Navn	Bakgrunn
1	Oddvar Flæte	Tidligere Fylkesmann i Sogn og Fjordane
2	Ingjerd Hovdenakk	Sekretariatssjef, sentralledet i Unio
3	Kjell Olav Hæåk	Rådmann Audnedal kommune
4	Pål Iden	Fylkeslege, Fylkesmannen i Rogaland
5	Toril Lahnstein	Divisjonsdirektør primærhelsetjenester i Helsedirektoratet
6	Bjørn Laugaland	Tidligere ordfører Hjelmeland kommune
7	Petter Lodden	Rådgiver, Fylkesmannen i Vestfold
8	Mette Nord	Nestleder i Fagforbundet
9	Kurt Orre	Tidligere rådmann Nøtterøy kommune
10	Fredrik Rivenes	Seniorrådgiver, Kommunalavdelingen, KrD
11	Per Tronsmo	Ansvarlig store satsninger, Utdanningsdirektoratet

To av de inviterte og bekreftede deltakerne ble dessverre forhindret i siste liten.

Deltakerliste E-lab 2 16. November 2011:

	Navn	Bakgrunn
1	Stine Bjelland	Stabsleder, Karmøy kommune
2	Kristian Bøe	Fylkesleder, Utdanningsforbundet i Rogaland
3	Odd Henry Dahle	Rådmann, Haugesund kommune
4	Brit N. Edland	Rådmann, Time kommune
5	Torild L. Fjermestad	Helse og omsorgssjef, Randaberg kommune
6	Sølvi Ona Gjøl	Utdanningsdirektør, Fylkesmannen i Rogaland
7	Eli Gundersen	Skolesjef, Stavanger kommune
8	Trond Helland	Fylkesleder, Fagforbundet i Rogaland
9	Trond Roy Pedersen	Kommunaldirektør oppvekst, Klepp kommune
10	Helge Steinsvåg	Ordfører, Strand kommune
11	Bjørn Tungeland	Analysesjef, Helse Stavanger
12	Agnes Lea Tvedt	Prosjektleder, Prosjekt samhandling Jæren

En av de inviterte og bekreftede deltakerne ble dessverre forhindret i siste liten.

Fasilitatorer/observatører:

Dag Arne Christensen, Uni Rokkansenteret (E-lab 1)

Arild Aurvåg Farsund, IRIS (E-lab 1 og 2)

Ann Karin T. Holmen, IRIS (E-lab 1 og 2)

Anne Homme, Uni Rokkansenteret (E-lab 2)

Ståle Opedal, IRIS (E-lab 1 og 2)

Barclay Stevenson, IRIS / KORFOR (E-lab 1 og 2)

Yngve Carlsson, KS (E-lab 1 og 2)

