



UNIVERSITETET I BERGEN  
*Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap*

Masteroppgave

**«Ansvar i alt vi gjør»**

– *En casestudie av ansvarsbegrepet i  
Samhandlingsreformen*

---

**Maren Larsson Tjørhom**

**Høsten 2012**

## Abstrakt

Fra 1. januar 2012 skal Samhandlingsreformen gradvis innføres i hele den norske helse- og omsorgssektoren. Reformen skal sørge for bedre samhandling mellom deltjenestene og forvaltningsnivåene i helsetjenestetilbudet, samt heve innsatsen i folkehelsearbeid for å sikre en bærekraftig sektor.

Denne oppgaven ønsker å studere hvordan dokumenter relatert til Samhandlingsreformen har forholdt seg til ansvar som begrep og problem. Ansvar kan komme i et mangfold av uttrykk og forståelser og dette kan være problematisk i det øyeblikket man skal holde noen ansvarlig. Godt avklarte ansvarsforhold vil redusere misforståelser, forebygge kritikkverdig atferd og medbringe læringseffekt der kritikkverdig atferd har forekommet.

Datamaterialet mitt bygger på offentlige dokumenter som er direkte eller indirekte tilknyttet Samhandlingsreformen, og jeg har supplert datamaterialet med et intervju av tidligere statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet for å dekke eventuelle gråsoner eller følge opp observasjoner fra de offentlige dokumentene.

Mine observasjoner viser at dokumentene uttrykker ansvar i varierende former, selv om hensikten er den samme, nemlig forebygging av ansvarspulverisering. Det er utfordrende å forklare disse variasjonene, men vi kan se noen tydelige sammenhenger som muligens forklarer de ulike uttrykkene for ansvar. Dette knytter seg til dokumentenes forfattere, tid for fremleggelse og type dokument. Særlig stort skille finner jeg mellom NOU-er som er utredet fra et eksternt utvalg og de dokumentene som er forfattet internt i Helse- og omsorgsdepartementet, der eksterne utvalg ønsker en kulturell tilnærming til ansvar på tjenestenivå for å motvirke ansvarspulverisering mens departementet selv fremhever og vektlegger betydningen av politisk ansvar. Det fremgår også spenningsområder tilknyttet kommunerollen, og hvorvidt den er et lokalpolitisk organ eller iverksetter for staten.

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og lærerik prosess, og jeg har vært avhengig av god faglig og moralsk støtte. Jeg vil først og fremst takke mine veiledere, postdoc og forsker Simon Neby og professor Anne Lise Fimreite, for god oppfølging, konkrete og konstruktive tilbakemeldinger og ikke minst motivasjon gjennom arbeidsprosessen. Jeg ønsker også å takke deltakerne på forskningsgruppen «*Politisk organisering og flernivåstyring*» for gode innspill og diskusjoner, herunder en spesiell takk til Harald Sætren, Per Lægreid og Paul Roness for gode tips og innspill. I tillegg vil jeg rette en takk til respondenten min for å åpenhertig ta seg tid til intervjuet i en ellers travel hverdag.

Mine medstudenter på Sophie Lindstrøms hus fortjener en særlig takk for gode samtaler, diskusjoner, tips, erfaringsutveksling, motivasjon og kaffedrøs. Jeg er også dypt takknemlig overfor min familie som har støttet, inspirert og motivert meg gjennom hele utdanningsløpet. Sist, men på ingen måte minst, vil jeg takke min kjære Kristian som har vært en bærebjelke for meg i travle og tunge perioder. Det *er* faktisk i motbakke det går oppover.

# Innholdsliste

1 Introduksjon.....	7
1.1 Tema: Søket etter ansvarlighet.....	7
1.2 Samhandlingsreformen.....	9
1.3 Problemstilling.....	10
1.3.1 Begrunnelse for valg av tematikk og problemstilling.....	11
1.4 Disposisjon.....	13
2. Kontekstkapittel.....	15
2.1 Reformvirksomhet i Norge.....	15
2.1.1 Old Public Administration.....	16
2.1.2 New Public Management.....	18
2.1.3 Whole of Government.....	20
2.2 Flernivåstyring.....	22
2.2.1 Forholdet mellom stat og kommune.....	23
2.3 Oppsummering.....	27
3 Beskrivende, analytisk rammeverk.....	29
3.1 Ansvar.....	29
3.1.1 Et historisk tilbakeblikk.....	30
3.1.2 Ulike forståelser av ansvar.....	30
3.1.3 Accountability – en definisjonstilnærming .....	31
3.1.4 Hvordan identifisere aktør og forum? .....	32
3.1.5 Videreføring av ansvarsbegrepet i innholdsanalysen.....	36
3.2 Policy-syklusen.....	37
3.2.1 Agendasetting.....	38
3.2.2 Formulering.....	39
3.2.3 Beslutning .....	40
3.3 Oppsummering.....	41
4 Metode.....	43
4.1 Casestudie.....	43
4.2 Datagrunnlag.....	44
4.2.1 Utvalg.....	45
4.2.2 Supplerende datakilde.....	45
4.3 Vurdering av opplegg – utfordringer og svakheter.....	46

4.3.1 Tilgang.....	46
4.3.2 Datakvalitet.....	47
4.3.3 Øvrige utfordringer.....	48
4.3.4 Alternative forskningsdesign.....	48
4.4 Metodologiske kategorier for innholdsanalysen.....	48
4.4.1 Demokratisk ansvar.....	50
4.4.2 Administrativt ansvar.....	50
4.4.3 Ledelsesansvar.....	51
4.4.4 Klinisk ansvar.....	51
4.4.5 Øvrige ansvarsuttrykk.....	52
4.5 Oppsummering.....	53
5 Empirisk presentasjon - Formuleringsfasen.....	54
5.1 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene .....	54
5.2 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.....	59
5.3 Nasjonal helseplan (2007-2010).....	63
5.4 Samhandlingsreformen.....	66
6 Empirisk presentasjon - Beslutningsfasen.....	72
6.1 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	72
6.2 Folkehelseloven.....	78
7 Analyse.....	85
7.1 Empiriske betraktninger - Formuleringsfasen.....	85
7.1.1 Interne variasjoner i formuleringsfasen.....	87
7.1.2 Teoretiske betraktninger - Reformfasen.....	88
7.2 Empiriske betraktninger - Beslutningsfasen.....	90
7.2.1 Teoretiske betraktninger - Beslutningsfasen.....	91
7.3 Mer om sørge-for-ansvar.....	91
7.4 Utfordringer tilknyttet ansvarskategoriene.....	93
8 Avslutning.....	95
8.1 Ulike uttrykk for ansvar .....	95
8.2 Plassering av reformpolitisk kontekst.....	96
8.3 Forholdet mellom stat og kommune: Flernivåperspektivet.....	97
8.4 Forslag til videre forskning.....	99
9. Litteraturliste.....	100
9.1 Offentlige dokumenter.....	103

9.2 Nettsider.....	103
Vedlegg.....	105
Vedlegg 1: Oversikt over datautvalg.....	105
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	105

# 1 Introduksjon

## 1.1 Tema: Søket etter ansvarlighet

Ansvar har lange røtter i forvaltningsrettede forskningsmiljø som et sentralt og utfordrende begrep (Gregory, 2007). Ansvar kan, i grove trekk, forstås på to grunnleggende måter: Ansvar som dyd og ansvar som det å stå som ansvarlig overfor et forum og eventuelt ta konsekvenser (Bovens 1998). I tidlig statsvitenskapelig litteratur er begrepet sentralt i diskusjonen rundt den parlamentariske styringskjeden og maktfordelingsprinsippet, der lovgivende-, dømmende- og utøvende organ holder hverandre gjensidig ansvarlige og dermed forhindrer maktmisbruk. Styringsmodellen innebærer derfor en fundamental ansvarsdimensjon for legitim maktbruk. Max Weber (1919) er blant de tidlige, sentrale bidragsyterne som understrekte behovet for ansvar i statsvitenskapelig litteratur: Han påpekte at politisk aktivitet ikke bare kan basere seg på overbevisning, men at politikere også må ivareta sitt etiske ansvar. Dette forklares med det statlige monopol på legitim maktutøvelse, der etisk utøvelse og opprettholding av ansvar er grunnleggende for et legitimt demokrati. Politikerne skal være ansvarsbevisst for utfallet av politiske handlinger, fremfor å kun fokusere på å overbevise folket (Starr, 1999).

I løpet av 1900-tallet har imidlertid behandlingen og utviklingen av ansvar som begrep fått økt fokus, særlig i studier av offentlig administrasjon (Yang, 2012). Dette kan blant annet tilskrives studien av «Challenger»-ulykken<sup>1</sup> der motstridende og kompliserte ansvarsrelasjoner muliggjorde et svakt beslutningsgrunnlag (Romzek og Dubnick, 1987). I etterkant av denne studien har Mark Bovens videreført teoretiseringen av ansvar gjennom kartlegging av ulike aktører og forum, og på grunnlag av dette dannet kategorier for ansvar. Dette har bidratt til at Bovens for mange er et referansepunkt og en sentral bidragsyter for begrepsdiskusjonen rundt ansvar. Han tar utgangspunkt i ansvar som en relasjonsmessig mekanisme, definert som: «...*a relationship between an actor and a forum, in which the actor has an obligation to explain and to justify his or her conduct, the forum can pose questions and pass judgement, and the actor may face consequences*» (Bovens, 2007:450).

Bovens problematiserer hvordan et mangfold av aktører og forum kan utfordre ansvarliggjøring i offentlig sektor, hvilket blant annet illustreres gjennom *The Problem of many hands* og *The problem of many eyes*. Utfordringene omhandler hvordan man kan utvelge en ansvarlig, hva som betinger

---

<sup>1</sup> 28. januar, 1986, mistet 7 personer livet i en eksplosjon på romskipet «Challenger» under utskytingen. For å forstå og lære av denne ulykken forsøkte en kommisjon å komme med svar på hvordan denne ulykken kunne skje, og begrunnet ulykken med tekniske og menneskelige feil. Ved senere studier blir det påpekt at NASA opplevde ulike krav og forventninger, og at dette muliggjorde en situasjon der beslutningene ble svake (Romzek og Dubnick, 1987).

ansvarlig/uansvarlig atferd og hvordan ansvar kan bidra forebyggende i komplekse organisasjoner (Bovens, 1998). Hans kategorisering av ulike forum beskriver det politiske-, legale-, administrative-, profesjonelle- og sosiale ansvar som en aktør kan oppleve (Bovens, 2007), og disse kategoriene har blitt en referanseramme for senere kategoriseringer. Mangfoldet av ulike typer forum kan ha motstridende og uforenlige krav som setter aktøren i en utfordrende situasjon der vedkommende ikke kan imøtekomme alle forumene og må prioritere. Forumets utvelgning av ansvarlig aktør kan også være utfordrende da det gjerne er et mangfold av aktører som har bidratt til det endelige utfallet, uten at de kan tillegges hele ansvaret for utfallet.

Disse utfordringene ser man i store, komplekse organisasjoner der det er et mangfold av aktører og oppgaver: «*Jo større organisasjonen er, jo færre individer kan tilsynelatende ansvarligholdes*» (van Gunsteren, 1943:3 i Bovens, 1998). Dette reiser flere problemdimensjoner: Det er et praktisk problem å identifisere ansvarlig aktør og videre bevise hvorfor vedkommende kan ansvarligholdes. Det reises et normativt spørsmål knyttet til hvorvidt et kollektiv problem kan reduseres til en enkeltpersons ansvar, da ansatte oftest vil påvirkes av øvrig aktivitet og handlingsnormer i organisasjonen. Til slutt er det et kontrollproblem i form av hvorvidt uønskede utfall kan forebygges (Bovens, 1998).

Siden 80-tallet har politiske reformtrender rokket ved de etablerte ansvarsrelasjonene som det klassiske byråkratiet innebar, og det diskuteres hvorvidt Europa opplever et underskudd av ansvarsrelasjoner og -mekanismer i de nye forvaltningsstrukturene (Bovens, 2007). Strukturell fristilling, fragmentering, samt utvidelse av lederes handlingsrom utfordrer ansvarliggjøring i offentlig sektor. Ved å utvide lederes ansvar undergraver man også betydningen av politisk ansvar som igjen legitimerer staten demokratisk (rokkan.uni.no). Man kan nå avdekke en videre endring i de siste års reformpolitikk som gjeninnfører politisk kontroll og integrering på tvers av organisasjonsgrenser, samtidig som man viderefører ressurseffektivitet som et viktig mål.

Den vitenskapelige kombinasjonen av ansvar som analytisk begrep og helse- og omsorgssektor er ikke et nytt felt i norsk kontekst: VAM-programmet<sup>2</sup>, herunder prosjektet «*Reforming the Welfare State: Accountability, Democracy and Management*», studerer hvordan NPM-prinsipper har påvirket ansvarsstrukturer i norsk helse-, sosial- og velferdssektor. De påpeker at reformer som

2 VAM-programmet er det største, norske samfunnsvitenskapelige forskningsprogrammet som fokuserer på forskningsområdene velferd, arbeidsliv og migrasjon. Programmet er handlingsrettet i den forstand at funnene skal bidra til politikktutforming og offentlig forvaltning (forskingsradet.no<sup>1</sup>). Prosjektet «*Reforming the Welfare State: Accountability, Democracy and Management*» er lokalisert på Rokkansenteret, og studerer forhold knyttet til dynamikk mellom ansvar og reformer gjennom komparative studier (rokkan.uni.no).



fremmer mer ledelse og autonomi danner behovet for å introdusere nye former for statlig kontroll, og de siste års utvikling i ansvarsbegrepet blir derfor viktig (Byrkjeflot, Neby og Vrangbæk 2012:3). Denne problematikken viser seg særlig gjennom økende kompleksitet i rolledistribuering mellom stat, forvaltning og service-tilbydere slik vi ser i helse- og omsorgssektoren. Dette stiller krav til nye ansvarsformer i offentlig sektor og mellom offentlig og privat sektor (ibid). Analysen min er inspirert av dette forskningsprosjektet og jeg ønsker å rette ansvarsrelatert oppmerksomhet mot Samhandlingsreformen som skal medføre relasjonelle endringer i hele helsesektoren.

## **1.2 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen skal gradvis innføres fra 1. januar, 2012 og påvirker forholdet mellom de mange deltjenestene i helsetjenestene, slik at samhandlingen mellom dem skal forbedres. Den betegnes derfor først og fremst som en forvaltningsreform<sup>3</sup> da den endrer relasjonsstrukturene på horisontalt og vertikalt nivå uten å påvirke selve tjenestetilbudet. Hensikten er å skape bedre koordinering av helsetjenester for å gi et mer helhetlig helsetilbud der særlig ivaretagelse av kroniske pasienter må forbedres. Innholdsmessig betraktes tjenesteproduksjonen i helsesektoren som tilfredsstillende da behandlingene bærer preg av høy kompetanse og høy helbredelsesstatistikk. Mandatet bak reformen retter seg heller mot et endret sykdomspanorama som ikke ivaretas på en god måte: Tall fra SSB predikerer at antallet eldre over 80 år vil øke fra 190 000 i 2000 til 500 000 i 2050 (St.meld. 47, 2008-2009:24). Man ser en økning av livsstilssykdommer som diabetes 2 og KOLS, samt en økning av unge brukere med psykiske lidelser (ibid.). Denne endringen i sykdomspanoramaet representerer en økende brukergruppe med behov for mer koordinerte tjenester og et sammenhengende behandlingsforløp der flere tjenesteytere inngår i prosessen. Denne brukergruppen har opplevd ansvarsrelaterte utfordringer knyttet til det helhetlige behandlingsforløpet. Dette gjelder internt i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men særlig mellom de to forvaltningsnivåene. Selv om nivåene eller deltjenestene isolert sett har tilbudt tilfredsstillende tjenester mister disse behandlingene sin verdi dersom man ikke får rett oppfølging i det neste tjenesteledd.

En annen utfordring reformen behandler er utviklingen av sykdomspanoramaet, og derav også behovet for økt innsats på forebyggingsarbeidet. Det er urovekkende at man ser en økning i livsstilssykdommer og kroniske plager, og sektorens bærekraft avhenger av friskere brukergrupper som i mindre grad har behov for helse- og omsorgstjenester. Reformen påpeker derfor at man, i tillegg til å bedre samhandlingen mellom tjenestene, skal prioritere forebygging og folkehelsearbeid

---

<sup>3</sup> Den bærer også noe preg av å være en innholdsreform, da den rutinemessig endrer fokuset på forebygging og helsefremmende arbeid.

på alle nivå og i alle sektorer. På den måten hindrer eller stagnerer man trolig ekspansjonen av pasientgrupper med særlige behov for koordinerte tjenester.

Dermed er det tre sentrale hovedutfordringer formuleres i reformen: Behovet for koordinerte tjenester som ikke besvares godt nok, der pasientene er avhengig av flere underleverandører i behandlingsforløpet sitt. Det settes for lite innsats i å begrense og forebygge sykdom, og dermed heve folkehelsen. Dessuten ser man en endring i sykdomsbildet som vil true helsesektorens bæreevne over tid. Samhandlingsreformen skal gjennom fem hovedgrep sørge for en mer helhetlig helsetjeneste der aktørene har klart definerte oppgaver og ansvar. En klarere pasientrolle skal sørge for at pasientene selv slipper å ta ansvar for egen behandling. Kommunene skal ha økt fokus på, og prioritere, forebyggingsarbeid slik at man i kan holde sykdomsutviklingen i sjakk og dermed sikre sektorens fremtidige bærekraft. Økonomiske insentiver skal sørge for klar oppgavefordeling og sikre kostnadseffektivitet. Spesialisthelsetjenesten skal i enda større anvende og utvikle sin spisskompetanse. Reformen skal også tilrettelegge for tydeligere prioriteringsrutiner i helsesektoren (St.meld. 47, 2008-2009:25).

### **1.3 Problemstilling**

Denne oppgaven ønsker å belyse hvordan ansvarsproblematikk preger forvaltningsreformene i helse- og omsorgssektoren. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan ansvar uttrykkes og anvendes i Samhandlingsreformen og relaterte dokumenter. Reformen omhandler hele den norske helse- og omsorgstjenesten og retter seg dermed mot en stor sektor som er preget av høy kompleksitet, sterke prinsipp- og verdiføringer, sterke fagmiljø, vanskeligstilte brukergrupper, flere forvaltningsnivå og behov for samhandling. Det er rimelig å anta at ansvar kan ha betydning for denne sektorens strukturelle og relasjonelle organisering, men det er ikke nødvendigvis behandlet entydig og konsekvent slik at det gir presise retningslinjer for kommende ansvarsrelasjoner. Som følge av dette vil det være interessant å se hvordan begrepsbruken kan ha utviklet seg i foregående utredninger som belyser samhandlingsproblematikk i helse- og omsorgstjenesten. Problemstillingen for denne oppgaven blir derfor som følger:

- *Hvordan kommer ansvar til uttrykk i Samhandlingsreformen og tilknyttede offentlige dokumenter og hvilke variasjoner finner man eventuelt mellom dokumentene?*

Med «uttrykk» mener jeg hvordan ansvar anvendes og eventuelt forklares på ulike måter, både direkte og indirekte. Dette innebærer både hvordan dokumentene viser til ulike forståelser av

ansvar, men også hvordan og hvorvidt dokumentene behandler problemer og utfordringer knyttet til ansvar. Problemstillingen min legger opp til en casestudie der Samhandlingsreformen blir mitt empiriske case for å studere ansvar. Jeg har valgt å utføre en kvalitativ innholdsanalyse av de offentlige dokumentene der jeg finner direkte og indirekte hentydninger til ansvar. For å gjøre dette kategoriserer og operasjonaliserer jeg ansvar slik at begrepets kategorier kan anvendes som redskap i innholdsanalysen.

### **1.3.1 Begrunnelse for valg av tematikk og problemstilling**

Min motivasjon for å skrive denne oppgaven stammer tilbake til tiden på bachelorstudiet og faget AORG210 *Organisasjonsteori* der jeg fikk min første innføring i diskusjonen rundt ansvar (Bovens, 2005). Betydningen og implikasjonene til begrepet betraktet jeg som spennende og interessant gjennom sin belysning av aktuelle problemstillinger rettet mot offentlig sektor. Helse- og omsorgssektoren har også fascinert meg gjennom studietiden og har vært tema for både obligatoriske oppgaver og bachelor-oppgaven. Norge har en omfattende og velutviklet velferdsstat som den norske befolkningen stiller høye krav til og har høy tillit til. Spenningsområdene er mange som følge av høy kompleksitet, varierte, spesialiserte oppgaver, mangfold av brukere og tjenesteytere, flere forvaltningsnivå og store ressurser. Brukerne som møter velferdsstaten befinner seg ofte i en livskritisk eller vanskelig situasjon, noe som stiller desto høyere normative krav til den daglige virksomheten. Det var derfor et enkelt valg for meg å følge opp forslaget fra forskningsgruppen om å skrive en masteroppgave om ansvarsbegrepet i lys av Samhandlingsreformen.

Også i en samfunnsmessig kontekst fremstår ansvar som et spennende studieobjekt da ansvarliggjøring av politisk ledelse og offentlige tjenester er en grunnsten i det norske demokratiet. Ansvarliggjøring preger i stor grad nyhetsbildet da velgerne må vite at politisk ledelse har stor nok innflytelse på offentlige tjenester at de også kan holdes rettmessig ansvarlig ved kritikkverdige forhold. Det å ta politisk ansvar kan fremvise handlekraft og modenhet, mens unnvikelse og ansvarsfraskrivelse kan medføre tapt tillit. Diskusjoner om ansvars plassering har den siste tiden vært mest synlig i etterdønningene av 22.juli, der regjeringsmedlemmer, justisdepartementet, politidirektoratet har måttet rydde opp i særdeles kritikkverdige forhold. Ansvars plassering fremstår, mener jeg, generelt sett oftest i lys av helse- og omsorgstjenesten. Nordmenns tillit til velferdsstaten er generelt høy, og vi lar oss ofte overraske og ryste over at feil kan forekomme. Derfor fremkommer det mange enkelthistorier om borgeres møte med helsetjenesten i media, og det

diskuteres ofte hvem som har eller skal ta på seg ansvaret.

Ansvar som begrep er et spennende studieobjekt med status som essensielt omstridt begrep (Bovens, 1998), altså et kontroversielt begrep som som er underlagt endeløs diskusjon og derfor også er fruktbart å diskutere (Gallie, 1956). Gjennom grundig diskusjon kan man på sikt oppnå en bedre forståelse av begrepet selv om man har flere tilnærminger til begrepsforståelsen (ibid.). For å kvalifiseres som essensielt normativt begrep må ansvar innebære normative verdier, det må være innholdsmessig tvetydig, komplekst og fleksibelt samt at det skal være deliberativ uenighet rundt begrepet (ibid.). Ansvar kan dermed betraktes som et viktig og relevant studieobjekt i seg selv, da det favner om både normative forhold (f eks Webers tilnærming og ansvar som dyd) samt deskriptive utfordringer. Det er derfor både aktuelt og interessant å utføre en grundigere studie der ansvar i seg selv blir studieobjektet. Her vil diskusjonen rundt begrepets normative og deskriptive relevans utgjøre kjernen for oppgavens analyse. Jeg er først og fremst interessert i ulike forståelse og utfordringer knyttet til ansvar, slik at jeg kan bidra videre i deliberasjonen rundt ansvar som et essensielt omstridt begrep.

En analyse av ansvar kan også bidra til å studere de etablerte ansvarsrelasjonene, og dermed også de eventuelt iboende ansvarsgapene som organisasjonsstrukturer kan medføre. I tillegg påpeker Bovens (1998) at ansvar kan ha en forebyggende effekt på ansatte i den forstand at erkjennelsen av at man kan holdes ansvarlig også vil påvirke arbeidsutførelsen. Når man holdes ansvarlig for uheldige utfall innebærer det som regel også en negativ konsekvens for den som holdes ansvarlig. Erkjennelsen av disse ansvarsforholdene vil da medføre at aktørens virke utøves mer forsvarlig. Ved å stille noen til ansvar kan begrepet også inneha en korrigerende funksjon: Uønsket atferd korrigeres gjennom sanksjoner, og dermed bidra med en læringsfunksjon slik at organisasjonen kan optimalisere sine interne prosesser (ibid.).

Samhandlingsreformen i mindre grad vært anvendt som forskningsobjekt i relasjon til ansvar, da reformen er relativt fersk. Lignende reformer derimot, eksempelvis NAV-reformen, har vært tilegnet mye oppmerksomhet i statsvitenskapelige forskningsmiljøer. Ved Rokkansenteret har man særlig fokusert på ansvar i lys av nyere helsereformer ([www.rokkan.uib.no](http://www.rokkan.uib.no)) fordi nyere strukturelle reformtrender utfordrer etablerte ansvarsrelasjoner. Selv om NAV-reformen har vært sentral for dem har Samhandlingsreformen også fått oppmerksomhet som et viktig og aktuelt studieobjekt. Norsk

Forskningsråd har for eksempel nylig bevilget 25 millioner kroner til 3 prosjekter som skal evaluere Samhandlingsreformen ([www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)<sup>2</sup>). Det er med andre ord ikke tvil om at Samhandlingsreformen er et viktig case i studiet av ansvar, og denne oppgaven vil derfor ha relevans for det øvrige forskningsfeltet. Siden Samhandlingsreformen implementeres gradvis fra 1. januar 2012 vil det i skrivende stund kun være hensiktsmessig å studere prosessene i forkant av implementeringsfasen.

#### **1.4 Disposisjon**

Jeg ønsker innledningsvis å bruke kapittel 2 til å redegjøre for det kontekstuelle rammeverket for oppgaven. Dette innebærer først og fremst reformhistorikk og dens påvirkning på ansvarsrelasjoner og -utfordringer, og viderefører dermed studiene Røkkansenteret utfører om virkningen mellom reformer og ansvar. Videre illustrerer jeg hvordan flernivåstyring gir et kontekstuet rammeverk for å forstå Samhandlingsreformens innhold og dens tilknyttede ansvarsutfordringer. For å forstå flernivåstyring i dette caset går jeg nærmere inn på forholdet mellom stat og kommune, og hvordan tilsynsorganers rolle gir grunnlag for å forstå ansvarshåndtering i helse- og omsorgssektoren.

Kapittel 3 redegjør for det teoretisk beskrivende rammeverket for analysen som bidrar til å utpeke analyseområder for caset og kategorisere teoretiske tilnærminger. Først ønsker jeg å gi en innføring i ansvarsbegrepets historiske utvikling, og sentrale diskusjoner og kategoriseringer knyttet til begrepet om senere skal anvendes metodologisk i innholdsanalysen. Deretter ønsker jeg å redegjøre for policy-syklusen, som bidrar med analytiske faser for det empiriske datagrunnlaget.

Videre skal jeg i kapittel 4 redegjøre for de metodiske valgene som analysen bygger på, og vurdere styrkene og svakhetene for det valgte forskningsdesignet. Deretter skal jeg presentere og forklare aktuelle ansvarskategorier og operasjonalisere dem, slik at jeg kan gjenkjenne ulike uttrykk for ansvar analytisk i innholdsanalysen.

Kapittel 5 og kapittel 6 presenterer de empiriske funnene fra innholdsanalysen i en kronologisk fremstilling. Kapittel 5 fremstiller empiriske funn fra formuleringsfasen, mens kapittel 6 presenterer funn fra beslutningsfasen. I begge kapitlene vil ansvarskategoriene fra kapittel 4 anvendes for å fremkalle empiriske observasjoner, i samsvar med eventuelle øvrige kategorier.

I kapittel 7 vil jeg ta utgangspunkt i den empiriske gjennomgangen fra kapittel 5-6, og drøfte mine observasjoner på et mer overordnet nivå. Dette innebærer å drøfte variasjoner mellom dokumentene, og avdekke eventuelle spenninger ved hjelp av mitt teoretiske rammeverk. Jeg vil særlig drøfte hvordan ansvarsuttrykkene fra dokumentene medbringer bestemte spenninger og dilemmaer.

Kapittel 8 oppsummerer funnene av analysen og besvarer i korte trekk problemstillingen. Jeg

ønsker også å behandle de spenningsområdene som ikke er hovedtema for oppgaven, men likevel relevant i denne sammenhengen. Dette gjelder især kommunens rolle og forhold til staten. Avslutningsvis ønsker jeg å drøfte hvordan denne analysen gir forslag til videre studier. Litteraturliste og vedlegg ligger bakerst i oppgaven.

## 2. Kontekstkapittel

Utfordringer knyttet til samhandling og klarere ansvarsroller har de siste årene blitt stadig mer relevant i den politiske sfæren, og også andre deler av offentlig sektor «skriker» etter bedre samhandling. I skrivende stund er dette mest synlig som en konsekvens av 22. juli-kommisjonen (NOU 2012:14) der politiske aktører og toppdirektører må svare for sine handlinger og eventuelt ta sin del av ansvaret for de mange tingene som gikk galt ved terrorangrepene 22.juli, 2011.

Ansvarliggjøring har lenge preget norske medier: Et hurtigsøk på Atekst finner 405 548 avisartikler som inneholder «ansvar», og hyppigheten øker fra 186 artikler fra 1945 til 33 266 artikler i 2012 (web.retriever-info.com). Nå er det riktignok større artikkelproduksjon i dag, men statistikken illustrerer likevel hvordan ansvar har vært et gjennomgående tema i den offentlige debatt, og at debatten har ekspandert i takt med årene. Det største spranget i antall avisomtaler ser man på 80-tallet der det i 1982 er brukt i 383 artikler som stiger til hele 1449 artikler i 1983 (ibid.)!

Diskusjonen og forståelsen rundt ansvar kan sees i sammenheng med reformtrender som har endret den offentlige forvaltningsstruktur. Reformskiftene kan tenkes å ha endret etablerte ansvarsrelasjoner og dermed forårsaket dagens tilstand med «wicked issues» og ansvarsgap. I denne delen av oppgaven ønsker jeg å se på ansvar i en historisk kontekst knyttet til ulike reformtrender som har påvirket den norske forvaltningsmodellen. Kapittelets kjerneinnhold er tredelt: Først redegjør jeg for Old Public Administration og ansvarbetingelser i den tids forvaltningsmodeller. Deretter ønsker jeg å beskrive hvordan reformbølgene New Public Management og Whole-of-Government kan ha endret strukturelle og relasjonelle forhold i norsk forvaltning i lys av ansvar, især i helse- og omsorgssektoren. Avslutningsvis ønsker jeg å illustrere hvordan flernivåstyring og forholdet mellom kommune og stat kan bidra til å forklare nye ansvarsrelaterte utfordringer, herunder også hvilken rolle tilsynsorganene har som forum i forholdet mellom kommune og stat.

### 2.1 Reformvirksomhet i Norge

Selve reform-begrepet er i seg selv et flertydig og uklart begrep. Tidligere brukte man begrepet som «*tilbakevending til si opphavlege form*» (Ramsdal m.fl 2002). Etterhvert har det skiftet betydning og omtales nå som et tiltak for nødvendig eller ønskelig forbedring. Tradisjonelt sett har begrunnelsen for reformene hatt sitt grunnlag i *hva* staten yter, altså har fokuset vært på produktet som forvaltningen tilbyr borgerne. De siste 30 årene har det derimot vært et skifte i innholdet til reformene, der fokuset omhandler *hvordan* staten kan yte best mulig (Brunsson og Sahlin-Andersson 2000). Reforminitiativet kommer oftest fra overordnet, politisk nivå, men kan i enkelte

tilfeller initieres fra befolkningsgrupper eller operative nivå (Brunsson og Olsen, 1997).

Tradisjonelle reformperspektiv betrakter organisasjonen som et instrument for å oppnå bestemte mål, og den interne strukturen betinger delegering av autoritet og oppgaver. Ved å kanalisere ressurser gjennom en bestemt struktur danner man et rasjonelt system for å oppnå fastsatte mål (ibid.). Komparative studier av reformer fokuserer derfor ofte på reformenes funksjoner eller effekter. Det er imidlertid sjeldnere at reformstudiene adresserer ansvarsproblematikk, selv om reformene også medfører skiftninger i ansvarsmekanismer og normative prioriteringshensyn<sup>4</sup> (Byrkjeflot m.fl., 2011). Reformers påvirkning og implikasjoner for ansvarsstrukturer kan derfor sees i sammenheng med øvrige problemområder som reformer kan medføre (ibid.).

Norsk reformpolitikken har vært preget av reformtrendene i andre vestlige land, men disse prinsippene har blitt justert og tilpasset til de sterke norske prinsippene om rettferdighet, offentlighet og sparsommelighet (Ramsdal m.fl. 2002). Der andre land så behov for større omstillinger var den norske regjeringen stort sett fornøyd med forvaltningsapparatet selv om man kunne ønsket noe mer effektivitet og bedre kvalitet i tjenestene. Norge har derfor tradisjonelt sett vært betraktet som en forsiktig, og gjerne treg, reformator (Olsen, 1996). Fokuset på *hvordan* forvaltningen skulle utformes startet med Willoch-regjeringens program for modernisering av statlig forvaltning i 1986 (Ramsdal m.fl, 2002).

### **2.1.1 Old Public Administration**

Etter 2.verdenskrig ekspanderte den norske velferdsstaten gjennom frivillig virksomhet og lokale tiltak, hvilket medførte at helse- og omsorgssektoren ble mer politisk vektlagt og prioritert (Neby, 2009). Denne utviklingen medførte også, i samsvar med andre sektorer og forhold, til et omfattende forvaltningsapparat. Strukturelt sett baserte denne utviklingen seg på byråkratiske trekk, og kjennetegnes av mange som Old Public Administration (OPA). Gjennom byråkratisk struktur sikret man demokratisk styring og sørget for rettferdighet og nøytralitet i forvaltningen (Johnsen, 2005). Webers idealtypiske byråkrati ble lenge betraktet som synonymt med «god organisering» (ibid.) og impliserer høy formalisering av arbeidsprosesser, faste, profesjonelle ansatte og ikke minst et organisasjonsapparat som danner grunnlag for legitim, politisk autoritetsutøvelse (Olsen, 1996). Byråkratiet kjennetegnes av flere forhold og blant de mest gjennomgående står autoritetshierarkiet. Hierarkiet baserer seg på vertikal over- og underordning, der overordnet aktør kan kreve og instruere bestemt atferd fra underordnede (Christensen m.fl, 2004). Organisasjonen får dermed en klar styringslinje da det er formalisert og kjent hvem som skal rapportere til hvem. Dette innebærer

---

<sup>4</sup> For eksempel fleksibilitet på bekostning av ansvar.



også at noen må være på toppen av denne hierarkiske pyramiden og vedkommende skal ivareta organisasjonens rutinemessige virke samt forhindre uønskede utfall (Strand, 2007). For Weber var det også viktig at lederne i hierarkiet hadde legal-rasjonell autoritet som følge av en legitim kvalifiseringsprosess, slik at øverste leder i hierarkiet var ansatt av rettmessige hensyn. Dette kan være som følge av kompetanse som grunnlag for opprykk (Strand, 2007:44), men også som følge av en demokratisk valgprosess. Her knyttes autoriteten til den formelle, konstitusjonelle rollen man innehar i hierarkiet fremfor vår personlige status (Heywood, 2004).

OPA var preget av byråkratisk struktur som innebærer relativt enkle ansvarsrelasjoner. Det hierarkiske systemet gjør at aktørene forholder seg til en, og bare en, overordnet som fungerer som forum. Den overordnede kan stille aktøren til ansvar i tråd med Bovens definisjon av ansvar som en mekanisme. Relasjonene er i dette systemet enkle da det kun eksisterer ett forum, og forumet har direkte instruksjonsmyndighet og mulighet for å utgi konsekvenser. Hierarkiet preges av regelstyring og det er dermed etablerte, formelle prosedyrer for hvilken atferd man forventer fra aktørene og hvordan man eventuelt kan sanksjonere.

Også utpeking av ansvarlig aktør er relativt oversiktlig i OPA-hierarkiet. Den overordnede har kjennskap til interne rutiner (Strand, 2007) og har derfor også oversikt over hvem som kan holdes ansvarlig for et bestemt utfall. Hierarkisk ansvar er derfor et grunnleggende element i byråkratiet da øverste leder skal sørge for at interne prosesser er gode og at uheldige utfall ikke forekommer. Dersom dette likevel skjer er det legitimt å holde øverste ansvarlig for dette utfallet, da vedkommende har instruksjonsrett og myndighet overfor all underordnet aktivitet. Ministeransvar var derfor på denne tiden en legitim ansvarsmekanisme da ministrene er hierarkisk overordnet i departementene.

Etterkrigstidens forvaltningsstruktur medbrakte dermed ikke store utfordringer knyttet til *Problem of Many hands* og *The Problem of many eyes* da autoritetsstrukturer, forventninger, prosedyrer og ansvarsrelasjoner var godt etablert og formalisert. OPA vektla demokratisk styring og kontroll ved å plassere politisk, folkevalgte aktører på øverste nivå i forvaltningshierarkiene. På dette tidspunktet var sykehusene underlagt fylkeskommunenes administrasjon, slik at hele helse- og omsorgssektoren var integrert i det statlige byråkratiet<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Rettslig sett er kommunene egne rettssubjekt, og dermed ikke direkte, hierarkisk underlagt. Men i lys av det norske forvaltningshierarkiet kan erkjenne at en form for under- og overordning eksisterer.

## 2.1.2 New Public Management

Fra 80-tallet satte reformbølgen New Public Management (NPM) gradvis sitt preg på offentlig sektor i vestlige OECD-land (Johnsen, 2005; Christensen m.fl. 2007). De nye reformelementene NPM medbrakte relateres av mange til oppblomstringen av liberalismen, etter mange år med etterkrigstidens sosialdemokratiske fokus (Johnsen, 2005). Den preges særlig av økonomiske ideer og ledelsesteorier, der man ønsket å minimere ulikhetene mellom offentlig og privat sektor. Nå skulle offentlig sektor i større grad drives etter private organisasjonsmodeller og styringsformer (Christensen m.fl. 2004:136): Gjennom de nye trendene skulle forvaltningens fokus skiftes fra administrasjon og byråkrati til kostnadseffektivitet. Det er flere elementer som inngår i denne «moderniseringen» av offentlig forvaltning, for denne analysen er særlig to virkemidler aktuelle og vil presenteres nærmere.

### **Strukturell fristilling**

Et sentralt element i NPM er strukturell fristilling av offentlige organisasjonsenheter fra forvaltningen for øvrig, slik at de ikke er direkte, hierarkisk underlagt politiske og administrative myndigheter. Da skapte man spesialiserte, funksjonsbaserte organisasjonsenheter der kjerneoppgavene ikke overlappet med andre sektorer (Christensen m.fl. 2007:106). Formelt sett kan de nye organisasjonsenhetene enda betraktes som underlagt myndighetene gjennom andre styringsprinsipper, men avstanden mellom dem øker når man fristiller dem strukturelt. Ved å øke denne avstanden pulveriseres den tradisjonelle, hierarkiske ansvarsrelasjonen da det ikke lenger er like åpenbart hvem som er forum og aktør. Fristilte organisasjoner betegnes som egne rettssubjekter, med ansvar for egen drift og økonomi. Politisk styring skjer da mer indirekte gjennom eierforholdet, i form av generalforsamlinger/foretaksmøter og styringsdokumenter (Christensen et al. 2004:101) og avstanden er større enn tidligere. I hovedsak snakker man om ytre fristilling der oppgaver flyttes ut i egne selskap og foretak, men det kan også forekomme som indre fristilling i form av sterkere spesialisering internt i forvaltningen uten at man behandles som et eget rettssubjekt (Christensen et al. 2007:106). Et av argumentene bak denne desintegreerte forvaltningsmodellen var at man i mindre grad ville være utsatt for rolleklarheter og ansvarsforholdene vil være tydeligere gjennom den sterke spesialiseringen (ibid.). Denne økte fragmenteringen kan gi utfordringer i form av samordningsproblemer.

Et aktuelt eksempel på strukturell fristilling i norsk helse- og omsorgssektor er Sykehusreformen fra 2002 som medførte at eierskapet for sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten, og at man organiserte sykehusene i en foretaksmodell. Med utgangspunkt i de fem helseregionene

etablerte man regionale helseforetak (RHF), som igjen eide flere lokale helseforetak. Det var Regjeringen Stoltenberg 1 som foreslo og fikk sykehusreformen vedtatt, som en løsning på de svakhetene ved sykehusdrift som man opplevde på den tiden: Uklare ansvarsforhold ved styringen, manglende kontroll over utgiftene og dermed også ulikheter i ressursbruk mellom fylkeshelsetjenesten og regionalhelsetjenesten (Romøren 2011a:183). Selv om de regionale, og derunder de lokale helseforetakene, ble direkte underlagt helseministeren, ble foretakene opprettet som egne rettssubjekter som kontrolleres gjennom styrene<sup>6</sup>. Rent praktisk kan departementet styre RHF gjennom foretaksmøtet, som er RHF's høyeste organ, samt styre planlegging gjennom rådsorganet (Ot.Prp. 66 2001:112). Gjennom foretaksutsettelsen la man tilrette for økt handlingsrom for ledere og dermed også ledelsesansvar: «...sykehuslederne skal kunne utøve lederskap og ta ansvar» (Ot.prp. 66 2001:35).

For å kunne plassere ansvar hierarkisk er det en forutsetning at aktøren har reell påvirkningsmulighet og myndighet til å påvirke underordnet atferd (Bovens, 1998). Dersom et sektorområde utskilles i egen organisasjonsenhet vil den øverste ansatte i det nye hierarkiet bli overordnet, ansvarlig aktør. Statsrådets mulighet for påvirkning vil da reduseres til fordel for en administrerende direktør hvilket medbringer en vridning og utfordring knyttet til ansvarliggjøring og demokrati: Det vil ikke være rettferdig å ansvarliggjøre en statsråd for aktivitet utenfor hans underordnede organisasjon, da det kan diskuteres hvorvidt vedkommende reelt sett kunne påvirke utfallet (Bovens, 1998). Det er også essensielt at folkevalgte aktører har kontroll over offentlig virksomhet og det er et demokratisk problem dersom man mister denne kontrollen. Vi ser dermed at økt ledelsesansvar i fristilte organisasjoner nedtoner politisk ansvar, og dette kan betraktes som et demokratisk problem.

### **Mål- og resultatstyring**

Også mål- og resultatstyring (MRS) er et sentralt element i NPM som et ledelsesverktøy. MRS skulle, i motsetning til byråkratisk regelfølgning, bidra med en sterkere mål-middel-orientering og bedre kostnadseffektivitet (Christensen m.fl. 2004:100). Dette kan sees i sammenheng med utsettelse av offentlige oppgaver da sektorer som ble flyttet ut av forvaltningen også fikk et annet målsystem. Målene i MRS er i stor grad kvantifiserbare og det legges tilrette for gode rapporteringssystemer der man kan måle organisasjonens effektivitet kvantitativt. Med

---

<sup>6</sup> I utgangspunktet skulle disse styrene bestå av fagpersonell, men rundt fire år etter implementeringen kom det nye krav til at styrene skulle bestå av politikere (Nyland og Østergren, 2009:241). Intensjonen med sykehusreformen var imidlertid at foretaksstyrene skulle være kvalifisert fagpersonell.

utgangspunkt i resultatrapportene kan man forvente belønning eller straff avhengig av resultatene, som en korleksjon på aktivitetene (ibid.). En grunnleggende kritikk ved dette systemet er at mål- og resultatindikatorerne blir for kvantifiserte, og derfor mister verdigrunnet som preger offentlig sektor. Samtidig vil enkelte mål i offentlig sektor være vanskelig å måle. For eksempel er det et mål i Samhandlingsreformen at kommunene i større grad skal bidra til forebygging av sykdom: det vil være vanskelig å måle de som ikke ble syke.

Det kan reises spørsmål om hvorvidt man mister politisk kontroll ved at administrative ledere i en fristilt organisasjon selv definerer organisasjonens mål. Overgangen fra politisk ansvar til ledelsesansvar blir sentralt gjennom MRS da administrative direktører bestemmer hva offentlig ansatte skal prioritere. Dårlig utarbeidede mål- og resultatindikatorer vil utfordre eventuelle forum i sin bestemmelse for om en aktørs handlinger er forsvarlige eller ikke. Dessuten vil aktørene få spesifiserte indikatorer for hvilke tjenester de skal tilby og vil ikke ha insentiv til å bruke ressurser utover de målene og indikatorene som fastsettes. Man mister da et helhetlig ansvar der noen tar ansvar for de forholdene som ikke er definert gjennom mål og resultatindikatorer.

Vi ser dermed en innebygd spenning med utgangspunkt i NPM, gjennom dens krysning av institusjonell, økonomisk teori og ledelsesteori. Førstnevnte bærer stor preg av kontroll og sentralisert styring av lederne: *make the manager manage*. Det ledelsesteoretiske innslaget i NPM derimot verdsetter desentralisert autonomi på tjenesteledernivå: *let the manager manage* (Christensen m.fl. 2007:99). Lederne skal få et større handlingsrom, og dermed i større grad kunne *utøve* ledelse selv om politisk styring ikke skal være helt fraværende<sup>7</sup>. Man ser altså at det er et spenningsforhold mellom administrativ autonomi og politisk kontroll som vil variere med hvordan man implementerer NPM-inspirerte reformer. NPM brøt med OPAs politisk-hierarkiske kontroll til fordel for større handlingsrom hos ledere (ibid.), med fokus på brukerstyring og markedsretting. Dette skapte alvorlige spenninger og problemer knyttet til det demokratiske grunnlaget for offentlig virksomhet og konsekvensene av dette medførte en ny reformbølge i vestlige land.

### **2.1.3 Whole of Government**

Etter to tiår der NPM i stor grad preget offentlige forvaltningstrender så man etterhvert behovet for nye organisatoriske tilnæringsmåter. Man erfarte at den sterke fragmenteringen og spesialiseringen som NPM innebar medførte et økt behov for samordning, integrering og koordinering (Christensen og Læg Reid, 2007). Mangelen på helhetlig fokus resulterte i et ineffektivt

<sup>7</sup> Samhandlingsreformen kommer etterhvert til å illustrere hvordan dette handlingsrommet kan sees som et sørge-for-ansvar, der målene er satt mens ledelsen har frihet til selv å velge metode.

system der man ikke utnyttet de samlede offentlig ressursene optimalt. Det var også et sentralt poeng at politisk ledelse opplevde tapt kontroll over offentlige selskap selv om de likevel ble holdt politisk ansvarlig for virksomheten i fristilte selskap. Det var også vanskelig å plassere ansvar på en legitim måte i den fragmenterte og differensierte strukturen, der enkeltaktører i større grad utøver skjønn der man tidligere var mer regelstyrt (ibid.). Dette erfarte man særlig gjennom «wicked issues» som stilte krav på tvers av de etablerte organisatoriske og administrative grensene (Christensen og Læg Reid, 2012), og man hadde behov for å tette igjen «ansvarsgapet» (Christensen m.fl., 2012). Whole-of-Government (WG) kom som en motreaksjon fra de landene som var mest aggressive i sin NPM-reformering. Dette betydde ikke at man gikk helt bort fra NPM-elementer og gjeninnførte klassisk, byråkratisk forvaltning. Utgangspunktet fra NPM ble beholdt, men ble ispedd nye reformelementer som skulle sikre samordning, integrering og politisk styring. Videreførte NPM-elementer var blant annet brukermedvirkning, kostnadseffektivitet og ledelse.

WG har ikke klart definerte innholdselementer på samme måte som NPM har, men kjennetegnes oftest som en reaksjon på fragmenteringsproblematikken fra NPM-inspirerte reformer (Christensen og Læg Reid, 2007). Denne problematikken skulle man imøtekomme gjennom en mer helhetlig og integrert forvaltning der man la opp til både vertikal og horisontal samordning. Man skulle integrere på lokalt nivå og samle helheten på overordnet nivå. Gjennom denne omorganiseringen vil ikke politikkføringer for ulike politikkområder konkurrere med hverandre og man utnytter ressursene bedre på overordnet plan. WG medbrakte et orientering mot koordinering av tjenester og samhandling for å gi brukerne en mer helhetlig tjenesteytelse.

I helse- og omsorgssektoren er det flere reformer som kan knyttes til WG da utfordringer knyttet til samhandling og koordinering har vært mange. Fragmenteringsutfordringene stammer imidlertid ikke nødvendigvis bare fra NPM-inspirerte reformer, da man lenge har hatt en todeling av tjenestene på ulike forvaltningsnivå<sup>8</sup>. Det er likevel reformenes målsetning; å bedre samhandling og helhetlig helse- og omsorgstilbud, som grupperer dem som WG-reformer. Både NAV-reformen<sup>9</sup>, Fastlegeordningen<sup>10</sup> og Samhandlingsreformen kan dermed sees i lys av WG da de søker bedre

---

8 Spesialisthelsetjenesten startet i etterkrigstiden etter frivillig initiativ, og har siden blitt flyttet til kommunene, deretter til fylkeskommunene og nå til staten (Byrkjeflot og Neby, 2008).

9 NAV-Reformens organisatoriske hensikt var å gi bedre effektivitet samt gjøre tjenestene mer helhetlige og tilgjengelige overfor brukerne (Fimreite og Læg Reid, 2008). WG søkte å redusere «wicked issues» som følge av sterk institusjonell fragmentering, ved ulike enheter og ulike forvaltningsnivå. Selv om reformen beholder NPM-elementer som brukerorientering og kostnadseffektivitet, ser man i tillegg et sterkt fokus på integrering av tjenester fra ulike sektorer og nivå (Christensen et al., 2012).

10 Målet var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom bedre tilgjengelighet, mulighet for fast legekontakt og kontinuitet og bedre ressursbruk av legeressurser gjennom samordning mellom fastlege og legevakt og andre tjenesteytere i primær- og spesialisthelsetjenesten (Prop. 91L, 2010-2011:238).

samhandling og koordinering av tjenester mellom ulike organisatoriske enheter og/eller forvaltningsnivå.

Dilemmaet mellom politisk og ledelsesansvar blir igjen aktuelt: Hvordan kan man ha både en helhetlig, overordnet styring samtidig som man forventer spesialisert ansvar? Samhandling og koordinering kan føre til ansvarspulverisering med svarteperspill som en naturlig konsekvens. Jo flere som teknisk sett kan holdes ansvarlig, jo flere vil forvente at andre opprettholder og oppfyller ansvaret. Ifølge Christensen og Læg Reid (2007) må WG-inspirerte reformer, i tillegg til budsjett og program, innebære en omstrukturering av ansvarsforholdene. Bevissthet over denne ansvarsproblematikken bør bli en del av ansvarsrelaterte diskusjoner i Samhandlingsreformen: Hvordan vil Samhandlingsreformen rokke ved de etablerte ansvarsstrukturene i Samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser vil dette få for utpeking av aktører og forum i helse- og omsorgssektoren? Denne oppgaven er for begrenset til å svare på dette, men det er viktige hensyn å ta med seg i forståelsen av ansvar og relaterte utfordringer under innholdsanalysen.

Jeg ønsker videre å se på andre forvaltningsmessige forhold som kan tenkes å påvirke ansvarsrelasjonene. På samme måte som at statlig forvaltningsstruktur har blitt påvirket av internasjonale reformbølger har også forholdet mellom forvaltningsnivåene utviklet seg, og dette forholdet har en betydning for ansvarsfordelingen mellom nivåene. Jeg skal videre studere hvordan forholdet mellom stat og kommune har utviklet seg og hvordan det kan forstås i dag. Dessuten ønsker jeg å se noe nærmere på den unike rollen til tilsynsorganene, både i lys av forholdet mellom stat og kommune, men også som et uavhengig forum i ansvarsforhold.

## **2.2 Flernivåstyring**

Da Samhandlingsreformen innebærer en integrering av tjenester på tvers av to forvaltningsnivå; det kommunale og det statlige, vil flernivåstyring bidra til å avdekke og forstå konteksten for reformen og derav også ansvarsrelaterte utfordringer. Flernivåstyring har sitt utgangspunkt i begrepet *governance*: Den tradisjonelle betydningen av begrepet viser til statlige aktiviteter og styringskapasitet, mens den nyere forståelsen viser til en mer kompleks og omfattende forvaltning der omgivelsene til det politiske system inkorporeres (Pierre og Peters, 2000). Selv om det ikke er enighet om begrepets definisjon, kjennetegnes de fleste definisjonstilnærminger av endring av styring gjennom nettverksstyring og en mer tilbaketrukket stat, der privat sektor trekkes inn i reformprosessen. En mulig årsak til variasjon i definisjonstilnærminger kan være hvorvidt man betrakter flernivåstyring som struktur eller prosess (ibid.).

I denne oppgaven vil det være mest aktuelt å betrakte flernivåstyring som en prosess der styring og samordning er sentrale elementer. Dette fordi Samhandlingsreformen ikke innebærer strukturelle endringer av institusjonene men snarere relasjonelle endringer i forholdet mellom stat og kommune. Man kan da si at flernivåstyring i lys av Samhandlingsreformen omhandler ny etablering av en handlingstilstand der det resultatmessige målet er konstant<sup>11</sup> i forhold til tradisjonell offentlig styring, men prosessen mellom mål og resultat vies ny oppmerksomhet (Stoker 1998:17).

Flernivåstyring omhandler både en horisontal og en vertikal dimensjon, der beslutningstaking ikke er begrenset til et bestemt nivå men snarere fordelt mellom flere nivå. Både skillet mellom offentlig og privat sektor, samt skillene mellom statlig- kommunal- og privat sektor betraktes som uklare. Helse- og omsorgssektoren preges av nettopp disse dimensjonene da sektoren involverer flere forvaltningsnivåer og privateide virksomheter. Flernivåstyring kan da bidra til å forstå hvordan de ulike enhetene forholder seg til hverandre og på hvilke premisser de agerer, især hvordan styringsforholdet mellom stat og kommune er organisert.

### **2.2.1 Forholdet mellom stat og kommune**

For å forstå hvordan forvaltningsnivåene forholder seg til hverandre, og dermed også hvilke ansvarsrelasjoner som er relevante, skal vi se nærmere på forholdet mellom stat og kommune. Det interessante her er å se hvilke styringsmuligheter staten har overfor kommune og hvor stort politisk handlingsrom kommunene har til selv å utforme sitt virke. Dette vil videre kunne betinge ansvarsfordelingen mellom de to nivåene i et samhandlingsperspektiv. For å kunne forstå hvordan disse forvaltningsnivåene forholder seg til hverandre ønsker jeg å innta et historisk perspektiv som til dels gjenspeiler reformtrender. Ved å gjøre dette omfavner oppgaven også hva som har preget diskusjonen om forholdet mellom forvaltningsnivåene.

Norge består av 429 kommuner som representerer det laveste nivået i det norske styringssystemet. Kommunenes funksjon er på mange måter todelt: På den ene siden skal den representere folkeviljen innenfor sitt geografiske område og ha frihet til å fatte egne vedtak på bakgrunn av dette, i tillegg til at den har tjenesteproduksjon og iverksetting som sentrale oppgaver (Fimreite og Grindheim, 2004:94). Nærmere 20 prosent av landets sysselsetting hører til kommunesektoren. Kommunene er særlig sentrale i utførelsen av den norske velferdsstaten: «*Kommunene er velferdsstaten i funksjon*» (ibid.).

---

<sup>11</sup> Med unntak av folkehelsearbeidet som styrkes gjennom reformen.

### **Kommunens rolle – Et historisk tilbakeblikk**

Kommunen som et organ for lokalt selvstyre er ikke grunnlovsfestet, men nedfelt som sedvane i tillegg til i lovverket (ibid., :96). Historisk sett kan vi datere den kommunale lokale selvstyreordningen til tidlig 1800-tall, selv om det har eksistert lokale, selvstyrte enheter siden middelalderen (Fimreite og Grindheim, 2004:96). De ble nedfelt i formannskapsloven i 1837 som sentrale oppgaveløsere for statlig nivå, noe som forklarer den hierarkiske forståelsen av kommunen som et underordnet organ. De fikk imidlertid også mulighet til å ta på seg oppgaver som andre enheter ikke var pålagt å løse eller som brøt med lovverket (ibid.: 97). De mest omfattende og sentrale funksjonene til kommunene omhandler utdanning og velferdstilbud. Alt fra grunnskoleopplæring, sykehjem, fastleger og sosialomsorg preger store deler av kommunale budsjettposter (ibid., :102). Kommunenes økning i tjenesteproduksjon har vært omfattende i etterkrigsårene i sammenheng med fremveksten av den norske velferdsstaten. I tillegg til at grunnskolen har ekspandert betraktelig, både i antall elever og lærere, har også tilbud og etterspørsel for velferdstjenester vokst dramatisk (ibid.:103). Denne ekspansjonen av kommunens rolle kan også forstås som en desentraliseringsprosess da kommunene gradvis fikk en betydelig del av offentlig tjenesteproduksjon (Helgøy og Serigstad, 2004).

Kommunene er formelt sett ikke knyttet til det statlige hierarkiet, da de er egne rettssubjekter og er derfor ikke underlagt direkte kommandolinjer fra statlig nivå (Fimreite og Grindheim, 2004:103). Frem til 1900 var det et begrenset antall statlige inngrep overfor kommunene. Den dramatiske veksten av velferdsstaten, og dermed også *velferdskommunen*, gjorde at kommunenes utgifter til tjenesteproduksjon eksploderte. Dette økte ressursbehovet skjedde parallelt med økonomiske nedgangstider som gjorde at kommunene fikk store økonomiske utfordringer på 1920-1930-tallet (Fimreite og Grindheim, 2004:97). Mange kommuner fikk da problemer med å innfri sine forpliktelser overfor kreditorer og ikke minst innbyggere. Dette resulterte i at staten innførte omfattende regulerings- og kontrolltiltak og en fremvekst av statlig kommunepolitikk var en realitet. Behovet for statlig intervensjon var begrunnet i behovet for likhet, der alle innbyggere skal ha lik tilgang til tjenester.

På 1980-tallet ble det initiert et nytt overføringssystem, der kommunene fikk et mer generelt tilskudd med mindre rammebevilgninger. Formålet var at «...*det nivået som hadde ansvaret for praktiske avgjørelser og kontroll over utgifter, også burde være økonomisk ansvarlig.*» (Fimreite og Grindheim, 2004:98). I ettertid av dette har reformene vært åpne for lokale løsninger på kommunalt nivå, selv om oppgavene og målsetningene er universelle. I kommuneloven fra 1992 fremmes en



arbeidsdeling mellom stat og kommune, der kommunens rolle som statlig iverksetter fremmes. Her er referanser til det kommunale selvstyret fjernet fra tidligere ordlyder basert på en forståelse av at stat og kommune har felles interesse og ansvar for offentlig politikk og tjenesteproduksjon (Helgøy og Serigstad, 2004:9). Dette viser en dobbelbevegelse i offentlig sektor: på en måte kan man si at Norge har blitt desentralisert gjennom lokale selvstyreser samtidig som staten tar tilbake kontroll. Man kan nesten si at norsk forvaltning er *sentralisert desentralisert* (ibid.). Staten styrer altså ikke på samme måte som før, da kommunene enda har frihet til oppgaveutførelse, men staten styrer gjennom andre redskaper enn tidligere (ibid.). Denne dobbelvirkingen kan forklares med WG-reformer, der man tar tilbake politisk styring og kontroll samtidig som man legger tilrette for lokale løsninger.

### **Statlig styring av kommunene**

Tradisjonelt sett har staten hatt tre måter å styre kommunene på: Et av de sentrale virkemidlene er de økonomiske der staten kan øremerke tilskudd til bestemte formål. Bruken av øremerkede tilskudd har økt fra 16 prosent av totale overføringer i 1986 til 40 prosent i 2000 (Fimreite og Grindheim, 2004:99). Det andre styringsverktøyet har overfor kommunen er pedagogisk styring, gjennom rådgivning og veiledning. Fimreite og Grindheim (2004:99) påpeker at reformene fra 80- og 90-tallet «...krevde en annen form for samhandling mellom nivåene enn tidligere.», noe som utfordrer både stat og kommune. Den siste metoden for statlig styring går gjennom lover og reguleringer som pålegger kommunene oppgaver, samt gir borgerne rettigheter overfor kommunene (ibid.). Dette verktøyet er i større grad anvendt de siste årene og kan sees i sammenheng med at kommunene har økt sin kompetanse og endret sin formelle struktur, og dermed redusert statens mulighet for pedagogisk styring da de ikke lenger er underlegne kompetansemessig (ibid.). Størstedelen av kommunal virksomhet er forankret i særlovgivningen (Helgøy og Serigstad, 2004:8). Med de mange nye lovene som definerer kommunenes forpliktelser etterfølger også behovet for statlig tilsyn og kontroll for å se til at kommunene følger dem opp (Fimreite og Grindheim, 2004:99).

### **Sørge-for-ansvar**

I norske helse- og omsorgsdokumenter har det utviklet seg et eget uttrykk for ansvar som skal danne grunnlaget for ansvarsforhold i sektoren, nemlig *sørge-for-ansvar*. Sørge-for-ansvar representerer et overordnet ansvar for kommunene der de skal sørge for at borgerne får tilgang til de tjenestene som man har rett til. Kommunene står frie i forhold til hvordan de ønsker å organisere tjenestene og har også frihet til å tilby tjenester utover det man er pliktig til å tilby. På den måten kan kommunene prioritere enkelte tjenester basert på lokale behov, og sørge-for-ansvaret begrunnes derfor

hovedsaklig med lokaldemokratiske prinsipp. Begrepet erstatter på mange måter den tidligere forståelsen av bestiller-utfører-modellen der utfører har ansvaret for tjenestetilbudet. Sørge-for-ansvar signaliserer og understreker at helseforetak og/eller kommuner ikke kan fritas for ansvaret om forsvarlige helsetilbud selv om de ikke står for selve tjenesteproduksjonen selv. Det betyr at kommunens sørge-for-ansvar går utover eget tjenestetilbud, de skal også forsikre seg om at innbyggerne får forsvarlige helsetjenester uavhengig av hvem som er tilbyder. Gjennom oppgaven vil vi se at sørge-for-ansvaret innebærer flere av mine kategorier for ansvar og er derfor utfordrende å tolke og forstå ut fra de offentlige dokumentene.

Sørge-for-ansvar som begrep brukes gjennomgående i flere av dokumentene fra innholdsanalysen og er etablert i den gjeldende helselitteraturen. Begrepet vil derfor fremgå egenhendig i den empiriske gjennomgangen der jeg løpende vurderer hvilken av mine kategorier sørge-for-ansvar faktisk innebærer.

### ***Videre om tilsyn som styringsform***

Tilsynsorganene vil i denne analysen være aktuelle som potensielle forum som ansvarlige aktører må forholde seg til, og er en sentral del av statlig styring overfor kommunene. Tilsynsorganene har, i takt med økningen av lover og forskrifter, økt sitt omfang og dermed også sin relevans som et statlig styringsorgan overfor kommunene, da domstoler og lignende instanser kan overprøve lokalpolitiske organer uten videre hensyn til deres helhetlige situasjon, så sant det er hjemmel i lover og forskrifter (Helgøy og Serigstad, 2004). Tilsynsorganene blir med det et viktig forum for ansvars plassering da de vurderer hvem som, juridisk sett, kan stilles til ansvar ved kritikkverdige forhold.

Statskonsult skiller mellom to former for statlig tilsyn overfor kommunene: Generelt tilsyn baserer seg på virksomhet som er regulert på generell basis, også i privat sektor. For eksempel kan Arbeidstilsynets virksomhet betegnes som generelt tilsyn overfor kommunen da de regulerer andre sektorer og organisasjoner utover kommunene (Helgøy og Serigstad, 2004:10). Forvaltningstilsyn derimot retter seg mot forvaltningsoppgavene som er delegert til kommunene, og omfatter både kommunene og eventuelle tjenesteleverandører som kommunene benytter seg av. Her skiller man gjerne mellom tilsyn av administrativ organisering internt i kommunen og selve tjenesteproduksjonen som kommunen utfører med hjemmel i lov og forskrifter (ibid.). Forvaltningstilsyn er mer uoversiktlig og gjenspeiles i fire ulike styringslinjer mellom stat og kommune: En styringslinje går fra departement til et tilsynsorgan som viderefører linjen til sitt

lokale eller regionale apparat. En annen styringslinje går fra departement eller tilsynsorgan som har instruksjonsmyndighet overfor fylkesmannen. Det går også en åpenbar styringslinje fra departement eller tilsynsorgan til kommunene gjennom lovgivning, der tilsynsorganet innehar myndighet overfor kommunene. Til slutt kan man definere en styringslinje fra departement eller tilsynsorgan med instruksjonsmyndighet overfor ikke-statlige organisasjoner. Sistnevnte kan innebære en instruksjonsrett gjennom kjøp av varer eller tjenester.

Herunder kan det være hensiktsmessig å gjøre et skille mellom begrepene *regulering*, *kontroll* og *tilsyn*. Regulering kan forstås som en «...overordnet offentlig aktivitet som består av å utforme et kontroll- eller tilsynsgrunnlag med det mål for øyet å beskytte og kontrollere aktiviteter samfunnet regner som verdifulle» (Helgøy og Serigstad, 2004:15). Kontroll kan her forstås som både et *mål* for staten, samt også et *middel* for å oppnå disse målene. Kontroll kan derfor sees i sammenheng med makt, da den som har makt også innehar kontroll i staten (ibid.). Tilsyn kan betraktes som en av flere kontrollmekanismer, i tillegg til revisjon. Begrepet tilsyn forstås og defineres på ulike måter, men i denne oppgaven slutter jeg meg til Statkonsult sin definisjon fra 2003, som bygger på hva et tilsynsorgan faktisk er:

*«Et statlig organ som har som formell oppgave å kontrollere (og eventuelt påpeke) overholdelse av plikter som er fastsatt i en norm (lov, forskrift, planvedtak o.l.) og som er bindende for kommunesektoren.»*

(Helgøy og Serigstad, 2004:19)

Der revisjon og tilsyn med hjemmel i lovverket kan betraktes som regelverkskontrollører, kan man også vise til tilsyn i form av resultatkontroll der fagmiljøer kan bidra med veiledning med fokus på resultater og måloppnåelse (ibid.). Dette henger tett sammen med desentraliserende effekter og lokalstyre, men har vist seg vanskelig å utføre i praksis. Det viser seg også at disse tilsynsrollene varierer i omfang blant ulike sektorer. I sosialsektoren oppfatter man seg mer som veiledere, mens helsesektoren forøvrig betraktes seg både som kontrollører og veiledere.

### **2.3 Oppsummering**

Den norske forvaltningen har blitt påvirket av vestlige reformtrender, om enn i mer beskjeden grad, og dette kan sies å utfordre de etablerte rutinene for ansvars plassering. Før 80-tallet var det klare føringer for hvem som hadde ansvaret, og god kjennskap til hvem som kan holde en ansvarlig. Reformen preget av NPM eller WG har imidlertid ført til utfordringer ved å gjenkjenne disse

ansvarsforholdene, og systemene er mer komplekse enn tidligere.

Flernivåstyring belyser kompleksiteten som foreligger i helse- og omsorgssektoren der flere forvaltningsnivå og private aktører er involvert i et helhetlig tjenestetilbud. Styrings- og samhandlingsprosedyrer er avgjørende for det helhetlige tilbudet til de ulike helsevirksomhetene og man må derfor forstå disse prosedyrene for å avdekke ansvarsstrukturene som foreligger i sektoren.

Samhandlingsutfordringene som helse- og omsorgssektoren står overfor må sees i lys av begge disse forholdene. I et flernivåperspektiv vet vi at sektoren har vært organisert på to ulike forvaltningsnivå i etterkrigstiden og samhandlingsproblemer mellom nivåene har vært et tema lenge:

*«Jeg tror at samhandlingsproblemet var der når fylkeskommunene eide sykehusene, fordi det handler i veldig stor grad om at det er to ulike nivå. Det gjorde det jo med det gamle fylkeskommunale systemet også. Så jeg kan ikke helt se at statliggjøring av sykehusene forsterket samhandlingsproblemet. Jeg kan ikke skjønne noe annet enn at det må ha vært der før reformen i 2001.»*

(respondent)

Disse utfordringene kan imidlertid tenkes å ha blitt forsterket gjennom reformbølgene, der nye strukturer og flere aktører hever graden av kompleksitet og dermed også ansvarsforholdene. Dette kan også forklare hvorfor tilsynsorganene har fått en forsterket rolle som forum for ansvars plassering.

### **3 Beskrivende, analytisk rammeverk**

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å presentere det beskrivende, analytiske rammeverket.

Teoriene vil ikke bidra til å forklare prosesser og sammenhenger for oppgaven, men kan betraktes som *organiserende perspektiv*. Generelt sett gir et organiserende perspektiv «...*a framework for analysis that provides a map of how things (inter-)relate and leads to a set of research questions.*» (Bache og Flinders 2005:94), og vil dermed gi rammer for hvordan et komplekst fenomen best kan studeres. Perspektivene kan dermed bidra til å identifisere sentrale analyseområder, selv om de i seg selv ikke kan bidra med videre forklaringskraft.

Da denne oppgaven ikke studerer en spesifikk hendelse eller et fenomen vil det heller ikke være hensiktsmessig å bruke forklarende perspektiv i analysen. Problemstillingen min legger grunnlag for en deskriptiv analyse, som baserer seg på gjenkjenning og kategorisering av ansvarsbegrepet, der beskrivelsen i seg selv er vitenskapelig interessant. Ansvarsbegrepet vil derfor få flere funksjoner for oppgaven: den er det sentrale studieobjektet som jeg utforsker i innholdsanalysen, samtidig som den er et organiserende perspektiv som bidrar med et rammeverk for hvordan det skal studeres. Som et teoretisk begrep er ansvar under utvikling, og denne studien vil bygge videre på tidligere studier og muligens bidra til videreutvikling av begrepet (Roness, 1997:12). Behandlingen av ansvarsbegrepet vil av disse grunnene behandles både i dette teoretiske kapitlet, men også i metodekapitlet. Jeg vil her redegjøre for det teoretiske rammeverket ansvar bidrar med. Metodekapitlet vil behandle begrepet mer analytisk, der jeg danner aktuelle kategorier som et redskap i innholdsanalysen.

Også policy-syklusen vil være et organiserende, teoretisk bidrag for analysen ved å avdekke tidsmessige analyseområder, som kan bidra til å kategorisere datamaterialet og dermed avdekke eventuell variasjon i funnene analysen medbringer. Jeg ønsker derfor å vise hvordan policy-syklusen bidrar til denne analysen avslutningsvis.

#### **3.1 Ansvar**

I denne delen ønsker jeg først å utrede ansvarsbegrepets historiske utvikling for å lede opp til dagens ulike forståelser av ansvar. Jeg vil videre se hvordan forskningsfeltet har behandlet begrepet, og hvilket fokus forskningen har hatt i studiet av ansvarsbegrepet. Herunder fremstiller jeg de to sentrale dimensjonene for ansvarskategorisering som baserer seg på utvelgning av aktør eller potensielle forum, samt de mest anerkjente og gjennomgående kategoriseringene av ansvar. Denne teoretiseringen vil jeg bygge på i metodekapitlet når jeg utvikler og operasjonaliserer ansvar i et

eget kategoriskjema, som skal være utgangspunktet for innholdsanalysen<sup>12</sup>.

### 3.1.1 Et historisk tilbakeblikk

Begrepet "accountability" impliserer en mekanisme der andre aktører kan holde en ansvarlig. Det kan tilbakeføres til 1000-tallet, der det kan betraktes som bokføring: I England ble det påkrevd at borgere skulle tallfeste sine eiendeler og rapportere dette inn til kongen, både av hensyn til beskatning og etablering av grunnlaget for kongelig regjering (Bovens 2007). Siden den gang har forståelsen av begrepet endret seg til å omhandle langt mer: Begrepet har endret seg relasjonsmessig ved at det nå er den overordnede som ansvarligholdes, ikke den underordnede. Bovens (ibid.) påpeker at denne konseptuelle endringen kan sees i sammenheng med NPM: Offentlig administrasjon gikk fra tradisjonell bokføring og økonomisk ansvar til å innebære offentlig ansvar. Denne videreføringen av begrepet "accountability" kan derfor sies å være et engelsk-amerikansk fenomen og forklarer hvorfor begrepet på det engelske språket har fått en videreført betydning; det beskriver en mekanisme som gjør offentlige institusjoner mer responsive til offentligheten (Bovens 2007; Willems og Van Dooren, 2011).

### 3.1.2 Ulike forståelser av ansvar

Hart (i Bovens, 1998) utviklet fire kategorier for forståelsen av ansvar, der accountability representerer en av de fire kategoriene: Han presenterer ansvar sett som en *årsakssammenheng*, der ansvar plasseres etter kausale kriterier: Der et utfall er et resultat av en aktørs handling, kan vedkommende da sies å være ansvarlig for det bestemte utfallet. Ansvar kan også betraktes som *prosessen* ved å stilles til ansvar, hvilket utredes nærmere under «accountability»-begrepet. Dessuten er *kapasitetsaspektet* viktig i relasjon til ansvar, det vil si at hvorvidt man kan være ansvarlig henger sammen med den reelle muligheten til å påvirke utfallet. Til slutt fremmer han ansvar som en *oppgave*, der for eksempel en stillingsbeskrivelse eller en rolle i seg selv innebærer det å være ansvarlig. Denne forståelsen av ansvar relateres også til det å inneha den kompetanse som er nødvendig, og dersom man ikke er kompetent kan man heller ikke holdes ansvarlig. Bovens legger til en siste kategori til Hart sin firedeling, nemlig ansvar som *dyd*<sup>13</sup> (Bovens 1998).

Det norske begrepet «ansvar» kan oversettes til to begrep på engelsk: «responsibility» og «accountability». Begrepet «responsibility» kan fonetisk kobles til det norske begrepet, da det viser til aktiviteten til å *respondere* på noe (Bovens 1998:23): Det er en fonetisk sammenheng mellom det

---

<sup>12</sup> Figur 1, side 52

<sup>13</sup> Knyttet til «responsibility»

norske begrepet «ansvar» og det engelske begrepet «answer». «Responsibility» viser i litteraturen til en moralsk standard eller dyd, og impliserer ikke nødvendigvis en mekanisme der eksterne aktører holder en ansvarlig (Uhr 1993:4). Denne formen for ansvar betraktes som sentral i en organisasjons kontekst, da den omhandler hvorvidt de ansatte opplever og oppfører seg ansvarlige (Bovens 1998). Hvorvidt ansatte tar sine rolleforpliktelser seriøst, og oppfatter og vurderer normsettet i organisasjonen vil påvirke deres atferd i organisasjonen. Bovens betrakter dette som *aktiv ansvarlighet (ibid.)*.

Litteraturen fokuserer imidlertid mer på det Bovens betrakter som *passiv ansvarlighet*, som knyttes til «accountability»-begrepet. Dette er fordi passivt ansvar, som relevant i studiet av komplekse organisasjoner, bidrar til å avdekke ulike former for ansvarsmekanismer. Denne formen legitim, og gjerne juridisk, ansvarliggjøring innebærer et sett kriterier: Det bør være en kausal sammenheng mellom aktørens handling og utfallet, vedkommende må være klandreverdig for å holdes ansvarlig, og handlingen vil som regel også innebære et normbrudd. I noen tilfeller kan ansvaret legitimt videreføres til andre, for eksempel vil foresatte stå ansvarlige for deres barns atferd. Jeg ønsker derfor videre å studere hvordan bidragsytere har studert accountability-begrepet.

### **3.1.3 Accountability – en definisjonstilnærming**

Accountability fungerer ofte i akademisk dagligtale som et samlebegrep for flere ideer, normer og verdier, og betraktes som et essensielt omstridt begrep. Ved å inkludere flere innholdselementer som gjennomsiktighet, trofasthet, kontrollerbarhet, ansvar som dyd og respons blir det vanskelig å etablere tilstedeværelsen av accountability empirisk. Bovens utviklet derfor en smalere definisjon slik at man kan anvende begrepet i statsvitenskapelig forskning:

*”Accountability is a relationship between an actor and a forum, in which the actor has an obligation to explain and to justify his or her conduct, the forum can pose questions and pass judgement, and the actor may face consequences”.*

(Bovens 2007:450)

Aktør og forum kan her referere til et individ og til en organisasjon. Forholdet mellom dem vil ofte være av prinspal-agent-form, men forumet kan i tillegg forekomme som eksterne aktører som ikke er strukturelt overordnet aktøren. Forpliktelsen kan være både formell og uformell. Informasjonen som presenteres for forumet omhandler hvordan oppgaver og prosedyrer har ført til et bestemt utfall, og forstås derfor ofte som en rettfærdiggjørelse av handlingsmønster. Forumet skal ha

mulighet til å stille spørsmål ved informasjonen som kommer frem, før de foretar en vurdering/domfellelse som kan innebære konsekvenser for aktøren.

(Bovens 2007)

### **3.1.4 Hvordan identifisere aktør og forum?**

Hvordan ansvarligheten forekommer avhenger av hvem som er aktør, hvem som er forum og handlingens- og forpliktelsens natur. Det er flere mekanismer for hvordan man kan plassere ansvar, og hvem som kan holde oss ansvarlig. Det er to dimensjoner som er aktuelle i kategoriseringen av ansvarsbegrepet: Den ene omhandler hvordan man kan utpeke ansvarlig aktør, der flere aktører har vært involvert i prosessen som ledet til et utfall. Den andre dimensjonen belyser hvilke forum som potensielt kan ansvarligholde en aktør, og dermed gi grunnlag for motstridende og uklare forventninger. Begge disse dimensjonene belyser problematiske sider ved ansvar, og utfordringer knyttet til ansvarlig atferd og ansvars plassering. Det er særlig den sistnevnte dimensjonen som anvendes i forskningsfeltet, men begge disse vil være aktuelle for denne analysen da også utpeking av ansvarlig aktør er utfordrende i lengre behandlingsprosesser som Samhandlingsreformen skal påvirke.

#### ***The problem and many hands – Hvordan utpeke en aktør?***

*The problem of many hands* (POMH) illustrerer hvordan et mangfold av aktører bidrar på ulike måter og i ulik grad til beslutningstaking og oppgaveutførelser (Thompson 1980).

Hovedtankegangen bak POMH er at flere aktører ofte bidrar til beslutninger og handlinger, og det er derfor vanskelig å identifisere hvem som er ansvarlig for utfallet av disse handlingene. «*Jo større organisasjoner er, jo færre individer kan tilsynelatende ansvarligholdes*» (van Gunsteren 1974:3 i Bovens 1998:46). Det er flere dimensjoner ved denne problematikken: For det første er det et praktisk problem da det er vanskelig å identifisere og oppspore de ansvarlige. Dessuten er det et normativt problem at et kollektivt handlingsforløp reduseres til enkeltpersoner ansvar. Til slutt er det også et kontrollmessig problem, da bevissthet om ansvarliggjøring kan antas å hindre uansvarlig atferd (Bovens 1998). Det er flere metoder for utvelging av ansvarlig aktør i komplekse organisasjoner, alle med sine fordeler og ulemper. Det er ikke slik at man kun bør anvende en metode, man kan gjerne rangere dem og bruke elementer fra de ulike fremgangsmåtene.

Det finnes fire mekanismer for ansvarliggjøring der flere aktører har påvirket utfallet. Gjennom *korporativ ansvarliggjøring* betraktes organisasjonen som en selvstendig aktør som i seg selv kan holdes ansvarlig for sine handlinger (Bovens, 1998). Dette er imidlertid ikke aktuelt her, da helse-



og omsorgstjenesten overlapper mellom organisatoriske grenser, og aktuelle aktører vil være spredt deretter. Man kan også velge ut aktør gjennom *kollektiv ansvarliggjøring* (alle for en), der en person kan ansvarligholdes på vegne av resten av kollektivet. Dette kan gjøres i varierende grad: En person kan ansvarligholdes på vegne av alle andre, eller ansvarligholdes proporsjonalt med sin stilling i organisasjonen. Denne metoden er imidlertid komplisert i en sektor med mange, organisatorisk avgrenset, tjenesteytere, og heller ikke denne blir aktuell for denne analysen.

En andre metode for utvelging av ansvarlig aktør er gjennom *hierarkisk ansvar* (en for alle), der topplederen holdes ansvarlig av eksterne aktører. Denne metoden vil fungere preventivt i form av at topplederen da har større incentiv for å utøve kontroll over sine underordnede. Dette er typisk for offentlig ansvarliggjøring gjennom prinsippet om ministeransvar, der øverste politiske ledelse kan ansvarligholdes for forvaltningens atferd<sup>14</sup>. Når samhandlingsproblemer fremmes gjennom enkeltsaker i media, er det som regel toppledere og statsråder man stiller til ansvar. Man forventer at de folkevalgte har reell påvirkningsmulighet, og har tillit til at de sørger for en forsvarlig tjenesteyting i forvaltningen. Problemet med denne metoden er imidlertid at det kan være normativt uforsvarlig å ansvarligholde en aktør for noe den selv ikke har forårsaket direkte. Den vil også undergrave fremtidig læring dersom man ikke leter etter den kausale årsaken til utfallet. Det kan også diskuteres hvorvidt lederen har reell mulighet til å utøve kontroll, da mange ledere ofte er «outsidere» i egen organisasjon. Hvorvidt denne metoden er forsvarlig kan derfor diskuteres, og vil variere mellom ulike typer organisasjoner og leders kontroll over ansatte, men den er likevel typisk. (Bovens, 1998)

Den siste metoden for utvelging av aktør er *individuell ansvarlighet* (enhver for seg selv). Her holdes enhver aktør ansvarlig for sine egne handlinger, uavhengig av hvilket hierarkisk nivå man opererer på. Ved første blick er denne metoden ideell da den i stor grad oppfyller normative og kontrollerende hensyn. Det er imidlertid et praktisk problem å avdekke hvilke handlinger som er den kausale faktoren, og hvem som har utført disse handlingene. Dersom flere aktører har deltatt i behandlingen av en pasient, kan det være problematisk å stille noen ansvarlig for et samlet utfall. Det samme gjelder i sammenhengen mellom tjenester: Dersom man har fått en behandling på sykehus, men ikke får nødvendig rehabilitering i ettertid er det vanskelig å ansvarliggjøre aktørene for utfallet. Operasjonen kan være faglig god og kan derfor ikke klandres, og rehabiliteringstjenesten har ikke utført behandling som kan kobles til behandlingsforløpet. POMH belyser her hvor utfordrende det er å plassere ansvar på en legitim måte. Enkeltaktørers handlinger

---

14 I noen tilfeller kan det å *ta* politisk ansvar være et politisk retorisk grep for å oppnå positiv respons hos borgerne.

kan også begrunnes i organisatorisk struktur og kultur, noe som kan påvirke handlingsmønsteret og dermed også utfallet. Individuell ansvarliggjøring er med andre ord heller ikke optimal, men kan under enkelte forhold være akseptabelt.

(Bovens, 1998)

I Samhandlingsreformen blir *The Problem of Many Hands* en aktuell problemstilling, da den diskuterer hvordan flere tjenesteytere danner et «ansvarsgap» for helheten i behandlingsforløpet. Reformen peker på lengre prosesser, der ingen av aktørene innehar det helhetlige ansvaret og dermed sørger for god koordinering av tjenestene. Samhandlingsproblemet som reformen adresserer kan derfor knyttes tett til POMH på grunn av manglende helhetstenkning og ansvarsplassering.

### ***The problem of many eyes – Hvem kan utpeke en aktør?***

Der POMH illustrerer utfordringer knyttet til mangfoldet av potensielle aktører, påpeker *The problem of Many Eyes* (POME) hvordan aktørene risikerer ansvarligholding fra et mangfold av forum, som kan innebære motstridende krav og forventninger. Dette kan resultere i at aktørene må gjøre en avveining over hvilket forum de skal prioritere sin lojalitet ovenfor. Helse- og omsorgssektoren overvåkes og ansvarligholdes av tilsynsorganer og domstoler, departement og politisk ledelse, brukere og pasienter, internasjonale organer og lovverk, brukerorganisasjoner og media.

Med bakgrunn fra POME kan man identifisere flere mekanismer for å holde en aktør ansvarlig. Det er mange tilnærminger til disse mekanismene og denne fremstillingen er på ingen måte uttømmende. Utviklingen og justeringen av etablerte kategorier baserer seg på tilpasning til offentlig sektor påvirket av NPM eller WG: Hierarki og regelstyring (OPM) har blitt erstattet med større grad av ledelse og autonomi (NPM) samtidig som offentlig forvaltning i større grad påvirkes av markedet (Vrangbæk, 2011). Dette kan forklare hvorfor denne dimensjonen har fått særlig stor relevans i forskningsfeltet. Ifølge Willems og van Dooren (2011) har den siste tids forskning især identifisert to nykommende forum som kan holde oss ansvarlig: Offentligheten og markedet. Regjeringer kan stilles til ansvar gjennom kritiske debatter i det offentlige rom, for eksempel media. Etter en lengre periode med NPM-baserte reformer påpekes det også at offentlige organisasjoner kan stilles til ansvar fra markedet gjennom aksjeholdere og kundegrupper (Willems og van Dooren, 2011).

Schillemans (2011) fremmet en metode gjennom å skille mellom vertikale og horisontale

ansvarsrelasjoner. Den vertikale representerer de relasjonene der det er en hierarkisk relasjon mellom aktør og forum, der forumet er overordnet aktør. Den horisontale kategorien representerer de ansvarsrelasjonene som går utenom en hierarkisk struktur: Dette kan være en fristilt organisasjon som opplever et departement som et forum, selv om de ikke nødvendigvis er formelt sett underordnet. Bovens (2007) legger til en tredje kategori her, nemlig den diagonale ansvarsrelasjonen der forumet har sanksjoneringsmakt selv om den hierarkisk sett ikke er overordnet. Jeg vil nå redegjøre for seks sentrale og anerkjente kategorier som definerer ulike forum:

Jeg ønsker videre å presentere Bovens sine kategorier for å kartlegge potensielle forum for offentlig virksomhet (Bovens, 2007).

*Politisk ansvar* innebærer en sentral ansvars plassering i offentlig sektor, der aktørene er ansvarlige overfor sine ministre, ministeren er ansvarlig overfor Stortinget som igjen er ansvarlige overfor folket. Dette innebærer en prinsipal-agent-kjede av ansvarsrelasjoner som er sentrale for demokratiets eksistens, og kan sees i sammenheng med hierarkisk ansvar (Bovens 2007). Det sentrale her er at borgerne utgjør et viktig forum for offentlig sektor, og forumet vil ofte uttrykkes gjennom media, politiske parti og interessegrupper.

Man kan holdes *legalt ansvarlig* overfor domstolene og tilsynsorgan. Her er forventninger og krav til aktøren er formalisert i lovtekster. Legalt ansvars relevans har økt i takt med statlig ekspansjon av styring gjennom lovverk og forskrifter, og kan derfor tenkes å være sentralt for dette flernivå-caset. Legalt ansvar betraktes også som høyst forsvarlig da tilliten til formaliserte regler og domstoler/tilsynsorgan har høy tillit blant befolkningen (Christensen og Læg Reid, 2011).

*Administrativt ansvar* viser til hvordan offentlig sektor kan holdes administrativt ansvarlig som følge av budsjettkontroll og prosedurale rutiner (Bovens, 2005). Offentlig virksomhet medfører normative forventninger til hvordan man administrerer oppgavene<sup>15</sup>, og kan derfor kontrolleres og stilles til ansvar basert på administrative prinsipper. Tilsynsorganene er sentrale forum for slik prosedural kontroll, i tillegg til revisorer og kontrollere, og forekommer oftest gjennom diagonale dimensjoner.

Det *profesjonelle ansvaret* viser til hvordan fagpersonell kan stilles til ansvar basert på faglig kvalitet i tjenesteyting. I denne sammenheng innebærer det eksempelvis hvordan leger kan ansvarliggjøres når en tjeneste vurderes som faglig uforsvarlig. Forum må her ha fagkompetanse til å vurdere kvaliteten, og forekommer i denne sektoren gjennom Helsetilsynet som er representert i

---

15 Dette ses man for eksempel i det offentlige ethos (Strand, 2007), om at offentlig sektor skal være etterrettelig, sparsommelig og rettferdig.

fylkeskommunene.

Til slutt innebærer *sosialt ansvar* involvering av interessegrupper, brukerorganisasjoner og det sivile samfunn. Offentlig forvaltning og virksomhet skal jobbe på vegne av innbyggerne, og har derfor et ansvar for å inkludere og informere aktuelle innbyggergrupper om praksis (Bovens, 2007). Forum kan i denne sammenhengen være interesse- og brukerorganisasjoner og medier.

### **3.1.5 Videreføring av ansvarsbegrepet i innholdsanalysen**

For å gjenkjenne ulike uttrykk for ansvar i innholdsanalysen må jeg utvikle bestemte kategorier, og operasjonalisere dem slik at de kan anvendes analytisk. Jeg ønsker å basere mine kategorier på Bovens, Schillemans og VAM-programmet, der accountability-relasjonen er sentral.

Når jeg skal bruke ansvar som et analytisk redskap avhenger jeg av godt definerte og avgrensede kategorier for å kunne gjøre en forsvarlig analyse. De mest etablerte kategoritilnærmingene tar utgangspunkt i hvem som er forum, men i denne sammenhengen vil det være villende og utfordrende. Når offentlige dokumenter vurderer ansvarsforhold er det sjelden avgrensninger av hvem som er forum, da mangfoldet av forum vil sameksistere med implementeringen av samhandlingsreformen. Siden man ofte diskuterer ansvar ut fra hvem som innehar det, og siden en aktør kan ha et mangfold av forum, vil det være utfordrende å plassere uttrykk for ansvar basert på forum. Jeg ønsker derfor å fokusere på aktøren i ansvarsforholdet for å kategorisere ulike uttrykk for ansvar, det vil si at når tekstene diskuterer *hvem* som har ansvaret vil dette være utgangspunkt for plassering i kategorier. Som et redskap for å kategorisere og plassere ansvar ønsker jeg å benytte meg av Strand (2007) sine lederroller for offentlig sektor. Jeg mener de kan bidra med å plassere uttrykk for ansvar ved å identifisere aktører med utgangspunkt i ulike arenaer og funksjoner, som gir meg utgangspunkt for fire ansvarskategorier basert på aktør.

*Policypåvirkeren* jobber med overordnede prinsipper og rammer, og setter kursen for hvordan offentlig virksomhet skal utformes. Vedkommende vil være avhengig av å kunne skape oppslutning og ha stor gjennomføringsevne. Policypåvirkeren kan ha tre funksjoner: Han kan være en pådriver som fremmer sin sak, han kan være sponsor som støtter, godkjenner og eventuelt finansierer annen aktivitet og han kan være en dirigent med autoritet som skaper og opprettholder gode nettverk.

*Forvalteren* utøver en mer administrativ rolle, der han fungerer som en kontrollerende byråkrat, i tillegg til at vedkommende skal bistå policypåvirkeren i saksutredning og planlegging. Selv om forvalteren er i en lederrolle i sin organisasjon, med underordnede og arbeidsgiveransvar, er han først og fremst en administrator som i liten grad utøver skjønn i sitt virke. Vedkommende skal

vektlegge det offentlige ethos ved å ivareta rettferdighet, etterrettelighet og sparsommelighet, og han skal være nøytral og politisk lojal. Praktisk sett kan man betrakte forvalteren som bindeleddet mellom politikk og publikumsrettede tjenester.

*Tjenestelederen* er den som er nærest det operative nivået, og er leder i mer tradisjonell forstand gjennom arbeidsledelse, personal- og resultatansvar. Rollen skiller seg fra produksjonsledelse i privat sektor ved at man er avhengig av menneskelig arbeidskraft, leder ofte autonome profesjonsgrupper eller fagområder og etterspørselen baseres ikke på marked, men monopol på tjenester. Noen tjenesteledere er selv deltakere i tjenesteproduksjonen, for eksempel overleger, mens andre er løsere koblet men har direkte nærhet, for eksempel rektoren. Muligheten for ledelse kan diskuteres, og har trolig blitt noe påvirket av reformtrendene, men den møter mange og motstridende krav, både fra politisk ledelse, forvaltning og ikke minst brukerne.

(Strand, 2007: 339-343)

Disse lederrollene er mitt utgangspunkt når jeg oppretter fire ansvarskategorier som danner grunnlaget for innholdsanalysen i kapittel 4. Her vil jeg også inkludere en fjerde rolle/kategori som definerer aktør, nemlig *tjenesteyteren* som er underordnet tjenestelederen og den som produserer helsetjenestene. I denne omgang vil jeg imidlertid forlate ansvarsbegrepet og gå nærmere inn på hvordan jeg ønsker å sortere det empiriske materialet mitt ved hjelp av noen teoretiske avgrensninger for faser i en reformprosess.

### **3.2 Policy-syklusen**

Problemstillingen min spør: «*Hvordan kommer ansvar til uttrykk i Samhandlingsreformen og tilknyttede offentlige dokumenter, og hvilke variasjoner finner man eventuelt mellom dokumentene?*». Jeg skal derfor se hvordan dokumentene skiller seg fra hverandre i lys av problemstillingen. Jeg ønsker å skille dokumentene også på et overordnet nivå, basert på hvilken fase i reformprosessen man befinner seg i.

Policy-syklusen er en metaforisk teori om hvordan reformprosesser generelt foregår, og deler prosessen inn i fem faser: Agendasetting, formulering, beslutning, iverksetting og evaluering. Disse fasene er kun teoretisk analytiske prosessavgrensninger, da det i virkeligheten ikke nødvendigvis er like selvfølgelig at disse fasene er klart avgrenset eller kommer i en bestemt, kronologisk rekkefølge. Likevel er de analytiske skillelinjene praktiske i analysesammenheng, og kan bidra til å vise eventuelle skiftninger og sentrale aktører i de ulike fasene.

Da Samhandlingsreformen skal implementeres gradvis fra 1. januar 2012 blir analysen min

begrenset til å omhandle de fasene som teoretisk sett er avsluttet. Det vil være for tidlig å studere implementeringsfasen, da den pågår i skrivende stund, og det vil være problematisk å evaluere en reform som ikke er ferdig implementert<sup>16</sup>. De aktuelle fasene jeg står igjen med blir dermed agendasetting, problemformulering og beslutning.

Da denne analysen ikke har sitt hovedformål i å studere reformfasene mer inngående, har jeg begrenset mulighet til å få oversikt og kunnskap om agendasetting og problemformulering, og ikke minst vurdere hvor overgangen mellom dem har foregått. Samhandlingsproblematikk går mange år tilbake i forvaltningshistorikken, og det vil være svært krevende å finne svar på hvordan problemet kom på dagsorden. Jeg velger derfor å slå dem sammen til en fase, der jeg diskuterer begrepsbruk og ansvarsforståelse i sentrale dokumenter frem mot beslutningsfasen. Denne oppgaven sorterer derfor det empiriske datamaterialet i to prosessfaser: Agendasetting/problemformulering og beslutning. Dette empiriske materialet vil, for ordens skyld, skilles ut i egne kapitler basert på policy-fase: Formuleringsfasen og beslutningsfasen. Jeg vil imidlertid behandle agendasetting og problemformulering hver for seg i teorifremstillingen slik at jeg får med meg den innsikten og forståelsen hver av fasene medbringer.

### **3.2.1 Agendasetting**

Hvem definerer *hva som er problematisk* og hvem bestemmer *om det er problematisk nok* til å få politisk oppmerksomhet? Det er et mangfold av problemer og løsninger uten problemer, men kun et fåtall av dem presenteres på den politiske dagsorden. Agendasettingsfasen belyser nettopp denne prosessen, og kan gi en forståelse av hvordan samhandling ble anerkjent som et offentlig problem i helse- og omsorgssektoren av regjeringen.

De fleste saker som tas opp på regjeringens dagsorden er av negativ karakter, det vil si at de anerkjennes som et problem som krever en løsning. Det er faglig uenighet i hvordan disse «problemene» oppstår: Noen betrakter dem som objektive problemer som konstrueres av sosiale forhold og strukturer. For eksempel er det en tendens at land som har liknende økonomiske og teknologiske forhold, ofte står overfor likeartede typer problemer. En motstridende forståelse betrakter problemene som sosialt konstruerte av politiske aktører og rollen til paradigmer (Howlett m.fl. 2009). Særlig knyttes verdenssyn, prinsipiell tro og kausale ideer til konstruksjonen av problemer. For eksempel kan en oppfatning av hvordan noe har forårsaket en tilstand ha stor betydning for hva som er problemet i en sak. I forbindelse med Samhandlingsreformen ser man at

---

<sup>16</sup> Norsk Forskningsråd har på tross av dette igangsatt evalueringer av Samhandlingsreformen allerede i 2012 ([www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)<sup>2</sup>).

Norge opplever lignende samhandlingsproblematikk som andre land som innføre NPM-reformer, som har sin bakgrunn i organisatoriske forhold og strukturer, og det vil derfor være naturlig å kategorisere samhandlings- og ansvarsproblemet som objektive problemer av negativ karakter.

Hvordan problemet defineres og konstrueres i denne fasen kan ha stor betydning for hvilket fokus saken har idet den beveger seg over til formuleringsfasen. Her kan det være spennende å se hvorvidt makt utøves for å hindre at enkelte saker tas opp på dagsorden, eller gjennom forming av hvordan sakene presenteres og behandles på dagsorden. Agendasettingsfasen kan involvere et bredt mangfold av aktører og flere tverrgående prosesser i problemdannelsen. Dette gjør det krevende å studere og analysere hvordan problemet oppstår og hvilke aktører som deltar.

Samhandlingsreformen involverer en stor sektor, med mange faggrupper, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og forvaltningsnivå. Samhandlingsproblematikken kan tenkes å ha utviklet seg over tid gjennom gjentatte erfaringer av uheldige forhold og «ansvarsgap». Det krever altså en intensiv studie for å analysere de ulike aktørene som kan tenkes å påvirke problemdannelsen og agendasettingen av Samhandlingsreformen.

Siden det er problematisk og utfordrende å definere når agendasettingen faktisk starter vil denne fasen innordnes i formuleringsfasen. Dette gjør jeg fordi det er problematisk å plassere enkelte dokumenter i den ene eller andre fasen, og jeg vil uansett ikke kunne dekke agendasettingsfasen på en uttømmende måte. Derfor ønsker jeg å ta med meg den teoretiske tilnærmingen om agendasetting i sammenheng med formuleringsfasen, slik at begge blir inkludert i en felles fase.

### **3.2.2 Formulering**

Når en sak oppnår politisk oppmerksomhet, og dermed anerkjennelse for at politisk handling bør følge, går man teoretisk sett inn i formuleringsfasen. Denne fasen omhandler prosessen der man identifiserer, avgrensner og formaliserer mulige løsninger på det aktuelle problemet, der de sentrale aktørene generelt sett er forvaltningen. I Samhandlingsreformen vil dette innebære drøfting av hvilke løsninger eller virkemidler som best kan få bukt med samhandlingsproblemet, og vil hovedsaklig foregå i helse- og omsorgsdepartementet med innspill fra aktuelle høringsinstanser.

Når man utreder hvilke handlingsalternativer en har, er kjennskap til de tilgjengelige iverksettelsesinstrumentene av stor betydning: Forvaltningens utforming vil legge føringer for hvilke handlingsalternativ som faktisk er tilgjengelige, og dermed gjennomførbare. Man skal med andre ord koble sammen potensielle policy-instrumenter med policy-problemet (Howlett m.fl. 2009).

Christopher Hood har kategorisert fire typer policy-instrumenter: De informasjonsbaserte instrumentene illustrerer hvordan informasjonsressurser kan disponeres av regjeringen. Dersom de ønsker endring i befolkningen kan de fremme informasjonskampanjer eller forsøke formaninger for å endre adferd. Herunder brukes «benchmarking» ved å sammenlikne seg med andre land, slik at man kan anskaffe grundigere informasjon og dermed kunne ta en bedre alternativvurdering. Man kan også anvende autoritetsbaserte policy-instrumenter gjennom regulering ved kontroll, selvregulering eller bruk av rådgivende komiteer. De økonomi-baserte instrumentene kan anvendes gjennom subsidier, negative incentiver og gjennom midler til bestemte grupper, for eksempel interessegrupper, tenke-tanker og lignende. Til slutt presenterer han de organisasjonsbaserte policy-instrumentene som kan anvendes gjennom direkte bestemmelser, offentlige enterpriser, hybrid-organisasjoner, partnerskap, markedsdannelse, sosiale organisasjoner som familier, samfunn og frivillige organisasjoner samt offentlige organisasjoner gjennom eventuelle reorganiseringer. (Howlett m.fl 2009)

I tilfellet med Samhandlingsreformen anvendes flere av disse verktøyene for å oppnå det endelige målet: Helsedirektoratet får ansvar for utforming av faglige standarder, og driver dermed informasjonsbasert påvirkning. Departementet åpner for kontroll av kommunehelsetjenesten, selv om de i utgangspunktet ikke uttrykker behov for å overstyre. Tilsynsorgan som Helsetilsynet kan også gjennom sin autoritet påvirke og styre kommune- og spesialisthelsetjenesten. Organisasjonsmessig skal de ulike forvaltningsnivåene inngå samarbeidsavtaler med hverandre, for klargjøring av ansvar. Sist men ikke minst står de økonomiske virkemidlene veldig sterkt i Samhandlingsreformen, for å oppmuntre til bedre kapasitet og forebygging i kommunehelsetjenesten.

I denne analysen kan det være interessant å se hvordan man faktisk vurderte de ulike alternativene før lovforslagene ble fremlagt for Stortinget, og dermed avdekke hvordan de statlige departementene oppfatter sin styringsmulighet og -ønske overfor kommunalforvaltningen.

### **3.2.3 Beslutning**

Når man har utredet et utvalg av handlingsalternativer beveger man seg over til prosessen ved å godkjenne et alternativ som videre handlingskurs. I policy-prosesser har de fleste av oss en forestilling om at politisk valgte aktører tar beslutningene (Howlett m.fl 2009:13). Dette er et grunnleggende, normativt aspekt ved demokratiet, nemlig tanken om at det folkevalgte Stortinget tar beslutninger på befolkningens vegne. I virkeligheten er det imidlertid ikke nødvendigvis slik at



de politiske aktørene er alene om beslutningsprosessen, andre ikke-politiske aktører kan også ha en sterk stemme i denne fasen selv om de ikke har plass på Stortinget. Siden denne oppgaven ikke har kapasitet til å analysere beslutningsprosessen mer inngående, kommer jeg ikke til å fokusere på hvilke andre aktører som kan tenkes å delta i beslutningsprosessen. Det ligger imidlertid stor beslutningsmakt hos embedsverket i helse- og omsorgsdepartementet som har formulert lovforslagene for Stortinget, så deres påvirkningskraft bør ikke ignoreres i Samhandlingsreformen.

Vi kan skille mellom tre typer beslutninger: Negative, positive og ikke-beslutninger.

Samhandlingsreformen kan betraktes som en positiv beslutning, der man ønsker å forbedre den eksisterende tilstanden ut ifra de problemene man erfarer. Beslutningen forstås i denne oppgaven som lovforslagene som ble fremlagt for Stortinget 8.april 2011 (Prop. 90 L og Prop. 91L, 2010-2011), og godkjent i statsråd samme dag. Selv om proposisjonene også inneholder diskusjon om handlingsalternativ, argumenterer de mer for de beslutningene som er tatt enn å vurdere de ulike alternativene.

I analyser av beslutningsfaser diskuterer man ofte selve prosessen bak beslutningen. I klassisk organisasjons- og ledelsesteori tok man ofte utgangspunkt i beslutningsprosessen som en rasjonell kalkulering, slik det instrumentelle perspektivet beskriver. Hatch (2006) presenterer (med utgangspunkt i Thompson og Tuden 1959) en matrise med fire modeller for beslutningstaking, der variablene baserer seg på hvorvidt aktørene er enige eller uenige om mål og metode ved beslutningstaking. Den rasjonelle beslutningsmodellen viser til en prosess der det er fullstendig enighet om både mål og metode. I praksis er det derimot mer sannsynlighet at uenigheter fører til andre beslutningsprosesser. Dersom man er uenig om metode men enig om målene kan det tenkes at beslutningene preges av utprøving i søken etter en god metode. Man anvender da en mer inkrementell beslutningsprosess der man prøver seg frem med mindre endringer. Dersom man er uenige om målene kan det tenkes at koalisjonsdanning preger beslutningsprosessen, noe interessehevdingperspektivet belyser. Dersom man er uenig om både mål og metode kan det tenkes at beslutningsprosessen er mer vilkårlig, hvilket søppelbøttemodellen belyser (Hatch 2006:304).

### **3.3 Oppsummering**

Jeg har nå lagt det teoretiske grunnlaget for innholdsanalysen, som bidrar til å kategorisere det empiriske materialet og ikke minst ulike ansvarsuttrykk. Ved å se på de sentrale diskusjonsområdene fra aktuell litteratur tilknyttet ansvarsbegrepet har jeg et grunnlag for å identifisere spenninger og funksjoner knyttet til begrepet utover det ansvarskategoriene alene vil

gjøre. Særlig diskusjonen om *The Problem of Many Hands* og *The Problem of Many Eyes* avdekker problematiske sider ved ansvars plassering i vestlige forvaltningsmodeller, men også ansvar som kulturelt betinget og som et læringsredskap gir god innsikt til å vurdere ulike uttrykk og diskutere forventninger og implikasjoner av ansvars plassering. Siden det er mange aspekter og forhold tilknyttet ansvar har jeg valgt å fokusere på aktøren i ansvarsforholdet, og ønsker å bruke Strand sine lederroller for offentlig sektor for å plassere de ulike ansvarsuttrykkene i de offentlige dokumentene. Jeg har presentert dem her sammen med øvrig teori om ansvar, og vil plukke det opp igjen i det påfølgende metodekapittelet.

Det er også hensiktsmessig å behandle Samhandlingsreformen teoretisk som en reformprosess for å avdekke sentrale analyseområder og aktuelle spenninger knyttet til fasene. Jeg skal derfor ikke bare se hvordan ansvarsuttrykk varierer mellom de enkeltstående dokumentene, men også se hvordan eventuelle variasjoner kan forklares med de teoretiske reformfasene. De fleste dokumentene som inngår i datautvalget vil kategoriseres i formuleringsfasen, da de vurderer problemområder, målsetninger og potensielle virkemidler og tiltak. Kun to dokumenter inngår i beslutningsfasen, nemlig lovproposisjonene som ble vedtatt som følge av Samhandlingsreformen. Disse ble godkjent i statsråd og ble dermed formelt sett vedtatt og klargjort for implementeringsfasen.

## 4 Metode

I dette kapitlet ønsker jeg å redegjøre for de metodiske valgene som skal bidra til å svare på problemstillingen min på en tilfredsstillende måte. Allerede i problemstillingen min er valget om en casestudie tatt, ved å spørre spesifikt om forhold knyttet til Samhandlingsreformen. Jeg vil derfor innledningsvis vise hvordan denne oppgaven kan forstås som casestudie, og derav vise hvilken funksjon caset vil ha for denne oppgaven. Jeg skal videre redegjøre for forskningsdesignet, herunder valg og vurdering av forskningsopplegg og datamateriale.

Da jeg skal utføre en kvalitativ innholdsanalyse med utgangspunkt i ansvarsbegrepet, vil dette begrepet også anvendes som et metodisk redskap. Jeg skal derfor bygge videre på ansvarskategoriene fra 3.kapittel, og danne et kategoriseringsskjema som skal danne grunnlaget for innholdsanalysen.

### 4.1 Casestudie

Begrepet «case» kommer fra det latinske «casus» som på norsk oversettes til *saken*<sup>17</sup>, en oversettelse som også beskriver den generelle oppfattelsen av casestudier. En casestudie defineres oftest ved at datautvalget består av en eller få analyseenheter, som analyseres mer intensivt og detaljert enn ved større utvalg (Grønmo 2004:414). Denne oppfatningen er utfordret av flere bidragsytere som viser til casestudier som omhandler hundrevis av case (Yin, 1993; Hamel 1993 i Andersen, 1997), og som derfor peker på casestudier som blant annet forbundet med forskningsmetodikken fremfor enhetsutvalget. Selv om casestudiet som forskningsmetode er utbredt innen flere disipliner er det altså ingen fellesforståelse over hva de innebærer, hverken mellom disiplinene eller internt (Andersen 1997:9). Grunnen til at akkurat denne oppgaven tolkes som en casestudie bygger på begge begrunnelsene: Den (a) baserer seg på et enkelt case, Samhandlingsreformen, og (b) er av kvalitativ art der en fordyper seg ekstensivt i analyseenheten.

Variasjoner i casestudiene kan defineres gjennom deres forhold til teori: De kan være a-teoretiske, teoretisk fortolkende eller teoriutviklende (Andersen 1997). Teoretisk fortolkende casestudie innebærer en teoretisk fortolkning ved hjelp av eksisterende teorier og begreper, der man kan vektlegge datamaterialet i ulike teoretiske lys uten ønske om å utvikle teorier (ibid:68). Denne analysen kan dermed betraktes som et teoretisk fortolkende case, da problemstillingen går ut på å belyse empirisk datamateriale med etablert teoretisk rammeverk (ansvar).

---

<sup>17</sup> Oversatt av Google Translate

Når man diskuterer bruken av case-studier diskuteres det ofte også hvorvidt et enkelt case faktisk kan overføres til et større univers. Et av de mest sentrale problemområdene for et casestudie vil være å overføre kunnskapen man får fra caset til andre fenomen. Men ifølge Yin (2003) gir case-studier først og fremst innspill til teorier og utvikling av hypoteser, noe som i større grad påpeker grunnlaget for denne masteroppgaven: Ved å studere ansvarsuttrykk i Samhandlingsreformen bidrar jeg til å danne grunnlag for videre studier av ansvarsmekanismer og -utfordringer som reformen medfører. Hensikten med studien kan på mange måter betraktes som en presisering av et viktig og spennende forskningsfelt, uten at den i seg selv søker mulighet for videre generalisering.

## **4.2 Datagrunnlag**

En casestudie bygger ofte på et kvalitativt forskningsopplegg, slik at man oppnår mer helhetlig forståelse av det ene studieobjektet. Kvantitative opplegg egner seg bedre for komparative studier med to eller flere studieenheter, der man er avhengige av felles variabler for sammenligning. Denne studien har sitt utgangspunkt i et kvalitativt opplegg, da jeg ikke har behov for å sammenligne variabler. Dessuten medfører problemstillingen en fortolkning og vurdering av datamaterialet, slik at jeg kan plassere uttrykkene etter de ulike ansvarskategoriene. Disse kan ikke forventes å uttrykkes entydig og eksplisitt etter mine kategorier, da datakildene ikke produseres av hensyn til kategoriene. Jeg kombinerer kvalitative data med noe kvantitativ data, ved å summere hvor ofte ansvarsbegrepet forekommer i de ulike kildene. Dette gjør jeg fordi ansvarsbegrepet anvendes flere ganger, uten at det nødvendigvis kan kobles til en kategori. Det vil derfor være interessant å se hvor ofte begrepet faktisk forekommer, for å illustrere hvor sentralt begrepet er i de ulike kildene.

For å svare på problemstillingen min har jeg derfor gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse av sentrale offentlige dokumenter som kan sees i sammenheng med Samhandlingsreformen. Analysen innebærer en systematisk gjennomgang av tekst, der jeg søkte å kategorisere aktuelle innholdselementer (Grønmo 2004:187). I denne analysen har jeg benyttet meg av to nivåer av kategorisering: Det ene skiller ut ulike kategorier for ansvarsuttrykk som jeg kan forvente å finne, samtidig som jeg ikke utelukker øvrige ansvarsuttrykk. Dette bidrar til å besvare første del av problemstillingen. Det andre nivået utskiller datamaterialet i to empiriske grupper basert på hvilket tidsmessige stadiet i prosessen enhetene representerer. På den måten avdekket jeg eventuelle skiftninger i holdninger og fokus i relasjon til ansvarsbegrepet for Samhandlingsreformen, og besvarer dermed andre del av problemstillingen.

### **4.2.1 Utvalg**

Da caset for oppgaven er en reform ønsket jeg å basere datautvalget mitt på offentlige dokumenter som hovedkilde, på grunn av deres høye reliabilitet og validitet samt tilknytning til problemstillingen. Problemstilling spør etter forhold i selve reformen, og jeg søkte derfor etter datakilder som kommer fra samme hold som reformen (altså helse- og omsorgsdepartementet (HOD)). Ved en slik avgrensning dekker jeg de interne forholdene for reformen på en god måte, selv om det også kunne være interessant å se hvordan forhold ved reformen uttrykkes hos andre aktører. Datautvalget mitt består derfor hovedsaklig av stortingsmeldinger, proposisjoner og NOU-er bestilt eller levert av HOD. Jeg ønsket å supplere dette datamaterialet med intervjuer av sentrale aktører, slik at eventuelle forhold som ikke fremstilles av dokumentene kan komme frem av intervjuene.

Ifølge Grønmo vil datautvalget i kvalitative innholdsanalyser ofte justeres underveis i analysen, så utvelging av dokumenter forekommer ofte parallelt med analysen (Grønmo, 2004). Dette gjelder også for denne oppgaven, da de offentlige dokumenter selv oppgir hvilke tidligere dokumenter de bygger på. Universet av offentlige dokumenter som kan knyttes til Samhandlingsreformen var stort, særlig på grunn av særlovgivning for avgrensede områder for helse- og omsorgssektoren. Jeg kunne likevel planlegge noen kilder på forhånd, deriblant de mest sentrale dokumentene samt aktuelle intervjuobjekter.

De mest åpenbare dokumentene for analysen ble selve reformen (St. Meld. 47, 2008-2009), og de påfølgende lovforslagene som følge av reformen (Prop. 90L, 2010-2011 og Prop. 91L, 2010-2011). I alle disse dokumentene fremgikk det at de hadde sitt utgangspunkt i Wisløff-utvalgets utredning (NOU 2005: 3), og i noen grad Bernt-utvalgets utredning (NOU 2004:18). I tillegg til disse sentrale dokumentene ønsker jeg å inkludere Nasjonal helseplan for den aktuelle perioden, for å kunne se hvordan de betraktet samhandlingsutfordringene i sin helhetlige visjon for sektoren. I tillegg til disse dokumentene kunne jeg studert særlovgivninger som i noen grad påvirker den helhetlige reformen, og utredninger knyttet spesifikt til folkehelseperspektivet. Men på grunn av tidsbegrensning og relevans for problemstillingen måtte disse dokumentene denne gangen velges bort.

### **4.2.2 Supplerende datakilde**

Utgangspunktet for datautvalget var å basere meg på offentlige dokumenter, og supplere disse med

intervjuer av aktuelle aktører. Dette skulle innebære sentrale høringsinstanser som kunne forventes å ha innspill til ansvarsstrukturene som Samhandlingsreformen medfører. Jeg ville dermed kunne kontrollsjekke tolkningene mine fra innholdsanalysen med sentrale aktørers faktiske oppfatning, slik at analysen ville styrkes. Jeg sendte derfor ut forespørsel om deltakelse til intervju til tidligere statsråd i HOD, samt utvalgte aktører i KS, Helse Vest RHF, kunnskapssenteret og medlemmer av ekspertutvalget bak Samhandlingsreformen. Dessverre viste det seg vanskelig å få tilgang til de intervjuene jeg betraktet som aktuelle for oppgaven, og supplerende kilde begrenser seg til tidligere statsråd i HOD. Aktøren i KS ønsket ikke å stille til intervju, jeg fikk ikke tilbakemelding fra Helse Vest RHF og medlemmer fra ekspertgruppen og Kunnskapssenteret svarte for tett opp til innleveringsdato. Jeg vurderer likevel det ene intervjuet som viktig for oppgaven, da analysen særlig ser etter ansvarsforståelser i HODs behandling og utforming av Samhandlingsreformen.

Intervjuer kan være formelle eller uformelle, avhengig av strukturen for gjennomføring (Grønmo 2004:159). Jeg valgte å utføre et uformelt intervju der en intervjuguide<sup>18</sup> strukturerte samtaletemaene. Denne metoden åpnet for at respondenten kunne vektlegge de forhold vedkommende selv oppfattet som relevante, og jeg fikk mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål.

Oversikt over dokumenter og informant som inngår i analysens datagrunnlag ligger vedlagt<sup>19</sup>.

### **4.3 Vurdering av opplegg – utfordringer og svakheter**

Forskningsdesignet mitt bygger på de vurderingene som jeg mener er mest hensiktsmessig for å kunne besvare problemstillingen min på en tilfredsstillende måte. Det er likevel viktig å betrakte de utfordringer og svakheter som designet kan medføre, og vurdere i hvor stor grad disse kan svekke tilliten til analysen. Jeg ønsker derfor videre å peke på potensielle utfordringer og svakheter, og vurdere hvorvidt jeg kan forebygge og minimere disse svakheterne.

#### **4.3.1 Tilgang**

I ethvert forskningsopplegg må man vurdere hvorvidt relevant datamateriale er tilgjengelig slik at man kan besvare problemstillingen på en best mulig måte. I dette tilfellet er det ikke problematisk å få tilgang til ønsket datamateriale, da man i Norge har rett til innsyn i offentlige dokumenter i henhold til Offentlighetsloven. Utfordringer knyttet til tilgang er derfor mindre i denne oppgaven, da jeg har fått tilgang til de dokumentene som er sentrale for min analyse. Det har imidlertid vært problematisk å få tilgang til de informantene som jeg helst hadde ønsket, da flere av respondentene

---

18 Vedlegg 2

19 Vedlegg 1

ikke var villig til å stille på intervju. Det intervjuet jeg fikk var imidlertid svært aktuelt for denne analysen, da den kunne utfylle formuleringene fra HOD i de offentlige dokumentene, så den respondenten jeg fikk tilgang til var viktig for analysen. Jeg har derfor opplevd noe utfordringer med tanke på tilgang, men jeg vurderer dem ikke som omfattende nok til å svekke analysen.

### **4.3.2 Datakvalitet**

Kvalitetsvurdering av datautvalg har to sentrale kriterier som forskeren bør vurdere: Validitet og reliabilitet. Disse kriteriene utfyller hverandre på en god måte, ved at datautvalg som har høy validitet og høy reliabilitet kan anses som å ha høy kvalitet som datamateriale for analysen (Grønmo 2004:220-222).

#### ***Reliabilitet***

Datautvalgets reliabilitet avhenger av dets pålitelighet, noe som oftest sees i hvorvidt det er samsvar mellom ulike datainnsamlinger som har samme forskningsenhet og forskningsdesign. Dette samsvaret kan måles i form av hvorvidt datakildene er stabile og hvorvidt de er ekvivalente (Grønmo 2004:222). I denne sammenhengen kan datagrunnlaget vurderes til å ha høy reliabilitet, da de offentlige dokumentene ikke kan endres etter publisering. Dersom andre ønsker å studere Samhandlingsreformen vil de ha tilgang til de samme dokumentene som jeg velger å bruke, og datamaterialet vil derfor samsvare med mitt. Reliabiliteten til respondenten kan derimot betraktes som svakere, da subjektive oppfatninger ofte endres over tid. Respondenten peker selv på at det er fire år siden arbeidet startet, og at det dermed er utfordrende å huske alt (Respondent). Det er også en mulighet for at respondenten vil gi ulike svar i andre sammenhenger, avhengig av blant annet kontakt mellom intervjuer og respondent. Intervjuet må derfor betraktes som supplerende datakilde, og ikke danne grunnlaget for analysen.

#### ***Validitet***

Datautvalgets validitet viser til hvorvidt datamaterialet man studerer faktisk er relevant for den aktuelle studien og problemstillingen. Høy validitet viser til høy relevans for studien. Dette innebærer at selv om datamaterialet har høy reliabilitet, har det ikke nødvendigvis høy validitet og trenger derfor ikke å være optimalt som datakilde (Grønmo 2004:231). En slik validitetsvurdering er ofte vanskelig å avgjøre før man behandler datakildene, da de er komplekse og omfattende, og derfor er det ikke unaturlig å supplere med nye kilder underveis i analysen. I denne sammenhengen er enkelte dokumenter åpenbart valide for problemstillingen, deriblant stortingsmeldingen (St.mld. Nr 47, 2008-2009) og de påfølgende lovforslagene (Prop. 90L og Prop. 91L, 2010-2011). I utredningen av disse vises det også til tidligere NOU-er som derfor må sees i sammenheng med

reformen, og derfor inkluderes i utvalget. Ved å følge opp nye kilder på denne måten sikrer jeg at datautvalget kan vurderes til å inneha høy validitet. Respondenten jeg fikk intervjuet vurderer jeg også som valid, da han har vært sentral aktør i utformingen av de aktuelle dokumentene og derfor kan supplere dem på en tilfredsstillende måte.

### **4.3.3 Øvrige utfordringer**

Et kvalitativt forskningsopplegg medfører også utfordringer knyttet til selve utføreren: Det er grunnleggende at utføreren skal fortolke dataene for å sette dem i system, noe som svekker studiens objektivitet. Dette krever trening og erfaring utover det en mastergradsstudent normalt vil ha. Det kan derfor ikke utelukkes at metodiske feilslutninger kan svekke påliteligheten til denne oppgaven som følge av min uerfarenhet. Dette gjelder både utvelgelse av datamateriale, tolkninger i innholdsanalysen og gjennomføring av intervju. Særlig gjennomføring krever trening og erfaring, da man avhenger av det å oppnå god kontakt med respondenten, og evnen til å stille gode oppfølgingsspørsmål. Selv om jeg oppfatter intervjuet som vellykket, da respondenten fremstår som fortrolig, er det ikke utenkelig at en erfaren kvalitativ forsker ville fått mer ut av intervjuet enn det jeg gjorde.

### **4.3.4 Alternative forskningsdesign**

Grunnet problemstillingens metodologiske implikasjoner er forskningsdesignet på mange måter satt, basert på valg av case samt gjenkjenning av et bestemt begrep. Problemstillingen kunne imidlertid blitt besvart på flere måter, ved hjelp av andre forskningsopplegg. Et nærliggende alternativ kunne vært å gjennomføre en kvantitativ innholdsanalyse, der jeg i større grad hadde talt opp benevnelser av enkelte begrep, for eksempel «ansvar», «sørge for», «ledelsesansvar», «politisk ansvar» og lignende relaterte begrep. Ved å telle opp begrepsbenevnelser kan man si noe om hvor sentralt ansvarsbegrepet er i de ulike dokumentene, og man kan vurdere hvilke ansvarsuttrykk som brukes mer eller mindre gjennomgående. Jeg ville da fått større kapasitet med tanke på utvalg, og kunne inkludert flere dokumenter som har noe relevans for Samhandlingsreformen. Jeg har likevel valgt å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse, da jeg mener at dette vil gi en mer inngående forståelse av datamaterialet i forhold til hvordan man forstår og behandler ansvarsbegrepet (ikke bare hvorvidt man bruker det).

## **4.4 Metodologiske kategorier for innholdsanalysen**

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å plukke med meg de teoretiske tilnærmingene til ansvar og ulike ansvarsmekanismer for utvelgelse av aktør og forum. For at jeg skal kunne plassere uttrykk for ansvar i innholdsanalysen avhenger jeg av kategorier som er avgrenset, definert og relevante. Siden



de teoretiske kategoriene om ansvarsmekanismer gjerne har sitt utgangspunkt i å definere forum eller aktør, ønsker jeg å fokusere på hvem som er aktør. Dette gjør jeg fordi uttrykkene ikke utelukker noen former for forum, og derfor kan overlape med flere av de tradisjonelle kategoriene. Jeg ser imidlertid at dokumentene omtaler ansvar knyttet til aktørene, og dette blir derfor det beste utgangspunktet for kategorisering, kategoriidentifisering og plassering.

Bovens kategorisering for plassering av ansvar, altså utvelgning av aktør, er problematisk å bruke i en innholdsanalyse da den ikke identifiserer selve aktøren men peker på ulike prosesser for utvelgning av en potensiell aktør. Jeg ønsker derfor å bruke Strand sine lederroller i offentlig sektor for å skille ut fire sentrale aktører, basert på arena og funksjon, som kan holdes ansvarlig fra ulike forum. Disse rollene er gode til å identifisere hvilken kategori man befinner seg i, og med dette diskutere hvilke forhold ved ansvarliggjøring som er typisk i den aktuelle kategorien.

Det innholds- og begrepsmessige i de fire kategoriene bygger på Rokkansenteret sin tilnærming i sine studier av ansvar og helse- og velferdsreformer. Dette er demokratisk-, administrativ-, ledelses- og klinisk ansvar. De to første bygger på det Bovens omtalte som demokratisk ansvar: Der administrasjon og politikk tidligere var tett koblet gjennom etablerte byråkratier, har NPM-reformer bidratt til et større skille mellom politiske og administrative aktører, der administrative ledere (forvaltere) utøver mer ledelse og skjønn i sine stillinger samtidig som de forholder seg til demokratiske krav. De siste to kategoriene viser til organisasjoner som er mer løskoplet fra forvaltningen, for eksempel sykehusene. Ledelsesansvar viser til det operative tjenestenivået, der aktørene (tjenesteledere) svarer til høyere forvaltningsnivåer basert på resultatorientering. Dette kan for eksempel omhandle sykehusdirektørene som svarer til helseforetakene og helse- og omsorgsdepartementet i form av behandlingskapasitet. Den siste kategorien viser til det kliniske ansvaret som profesjonene (tjenesteyterne) innehar, tidligere omtalt som profesjonelt ansvar. Avhengig av hvilken kategori jeg plasserer ansvarsuttrykkene i, kan forum, substans, retning og konsekvenser variere.

Hovedkriterium for plassering av uttrykk bygger altså på *hvem* som er aktøren, basert på nærhet til tjenestene. De ulike aktørkategoriene vil ha generelle tendenser knyttet til forum, substans, retning og konsekvenser selv om disse forholdene ikke er uttømmende. Jeg skal videre presentere de fire kategoriene enkeltvis, og vise hvilke kriterier jeg fastsetter for å plassere ansvar i den aktuelle kategorien. Disse fire kategoriene er utgangspunktet mitt for innholdsanalysen, og oppsummeres i en tabell. Deretter vurderer jeg kort hvordan jeg eventuelt vil plassere øvrige uttrykk for ansvar som

er synlige men ikke kan kobles til de etablerte kategoriene.

#### **4.4.1 Demokratisk ansvar**

Demokratisk ansvar tar utgangspunkt i aktører som er policyledere, og bygger på forholdet mellom befolkning og politisk valgte, der politikere kan holdes ansvarlig av sine velgere (Byrkjeflot, Neby og Vrangbæk, 2012). Aktørene i denne kategorien er politiske aktører som, grunnet god valgoppslutning, tar beslutninger på vegne av sine innbyggere, og de vil ofte ha stor avstand til tjenestelinjen de er ansvarlige for. Dette kan være regjeringsmedlemmer, Stortingsrepresentanter, ordførere, bystyremedlemmer og lignende. Forum vil hovedsaklig kunne være velgere i et geografisk område, gjerne via media eller interesse- og brukerorganisasjoner. Retningen på ansvarsforholdet vil betraktes som hierarkisk, da politiske ledere jobber på vegne av innbyggerne, og substansen vil bygge på hvorvidt aktøren har oppnådd politiske resultater, utøvd politisk kontroll eller holdt sine løfter fra valgkampen. Demokratisk ansvar kan medføre konsekvenser som i hovedsak retter seg mot politisk overlevelse, nemlig tapt tillit som igjen fører til lav valgoppslutning. I noen tilfeller kan ansvarliggjøringen også medføre at man blir erstattet, eller selv må forlate stillingen som en symbolsk handling ved å ta ansvar.

Demokratisk ansvar vil kjennetegnes som politiske ledere som tar overordnede beslutninger og som forholder seg til velgere som forum. Dette vil innebære regjeringsmedlemmer og kommunestyrerepresentanter.

#### **4.4.2 Administrativt ansvar**

Administrativt ansvar tar utgangspunkt i aktører som er forvaltere, og vektlegger forholdet mellom politikk og administrasjon der man, gjennom delegert myndighet, skal iverksette og forvalte etter politiske styringssignaler. Aktørene finner man derfor hovedsaklig i forvaltningsorganer som er direkte underlagt politisk styring, herunder departementer og kommuneadministrasjoner, men også i fristilte organisasjoner tilknyttet forvaltningen, slik som tilsynsorganer som håndhever politiske vedtak. Forvaltere skal fremvise politisk lojalitet og nøytralitet i sitt virke, som består av å iverksette og gjennomføre de politiske målsetningene, og hvorvidt de oppnår dette vil prege substansen i ansvarsforholdet. Forum kan forekomme hierarkisk fra politisk ledelse, eller diagonalt gjennom tilsynsorganer og domstoler som kontrollerer prosedurale forhold. For eksempel vil tilsynsorganene vil kontrollere at implementering og gjennomføring svarer til de politiske intensjonene.

Administrativt ansvar vil kjennetegnes av at aktøren er en forvalter, som har som oppgave å utrede, forberede, gjennomføre og følge opp politiske vedtak. Dette vil innebære departementer, tilsynsorganer, direktorater og kommuneadministrasjon.

#### **4.4.3 Ledelsesansvar**

Ledelsesansvar har sitt utgangspunkt i aktører som tjenesteledere, som leder arbeidsprosessene på tjenestenivå. Også denne aktøren har som oppgave og følge opp politiske vedtak, men rollen kan tenkes å være noe endret som følge av NPM-reformer som fremmer økt ledelse på tjenestenivå. Dette kan innebære tjenesteledere i mer eller mindre fristilte enheter, herunder administrerende direktører på sykehus og i helseforetakene men også avdelingsledere ved kommunale tjenestevirksomheter. Ansvaret deres bygger på resultater og ressursbruk, samt de formelle avtalene som enheten forplikter seg til. Disse aktørene forholder seg til flere forum: De skal svare til den hierarkisk overordnede forvaltningen, de er ansvarlige for tjenestene som leveres og er derfor også ansvarlig overfor brukerne og deres interesseorganisasjoner, de er proseduralt ansvarlige overfor tilsynsorganer og domstoler og de er ansvarlige overfor fagmiljøene ved å tilrettelegge for god tjenesteproduksjon. Jeg velger derfor å kjennetegne dem som lederne som er nærest brukerne og tjenesteyterne, der de representerer det høyeste hierarkiske nivået i den bestemte avdelingen/enheten.

Ledelsesansvar vil kjennetegnes som ledere i tjenestevirksomhetene, som er hierarkisk overordnet i sin organisasjon og har nærhet til brukere og tjenesteytere. Dette vil innebære sykehusdirektører, ledelse i helseforetak og lederne i kommunale tjenestevirksomheter.

#### **4.4.4 Klinisk ansvar**

Klinisk ansvar tar utgangspunkt i tjenesteyterne som aktører, altså helsepersonellet, og er de aktørene i helsesektoren som er nærest brukerne. Helsepersonell består av mer eller mindre utdannede aktører, som skal inneha og anvende en viss kompetanse knyttet til lisensen for yrkesutøvelse. Substans i ansvarsforhold vil derfor bygge på innholdet i tjenesteproduksjonen, både faglig sett men også rollemessig. Ansvarsretningen kan være både vertikal, horisontal og diagonal: Forum kan være fagmiljøet som aktøren er tilknyttet, tilsyn og interesse-organisasjoner<sup>20</sup> og hierarkisk overordnet leder (altså tjenestelederen). Konsekvenser kan innebære suspensjon eller frataskelse av yrkeslisens, frataskelse av arbeidsoppgaver og tapt tillit.

---

<sup>20</sup> De med overprøvelsesmyndighet, som har mulighet til å suspendere eller fjerne yrkeslisens. Øvrige faller inn under horisontale ansvarsretninger.

Klinisk ansvar vil kjennetegnes som tjenesteyterne, som produserer tjenestetilbudet og har direkte kontakt med brukerne. Aktørene kan være helsepersonell, herunder profesjoner og helse- og sosialarbeidere.

	<b>Aktør</b>	<b>Forum</b>	<b>Substans</b>	<b>Konsekvens</b>	<b>Retning</b>	<b>Avstand</b>	<b>Rolle</b>
<b>Politisk ansvar</b>	Politisk ledelse - Regjering - Bystyre/ ordfører	- Folket - Media - Bruker- og interesse- organisasjoner	- Politisk kontroll - Politisk måloppnåelse	- Dårlig valgoppslutning - Avsettelse - Tapt tillit	- Vertikal	Stor	Policyleder
<b>Administrativt ansvar</b>	Forvaltning - Byråkrat - Rådmann - Forvalter Tilsyn	- Tilsyn - Politisk ledelse	Prosesorientert - Politisk lojalitet - Følge lovverk - Implementering - Kontroll/tilsyn	- Avsettelse - Advarsel	- Vertikal - Diagonal	Middels	Forvalter
<b>Ledelsesansvar</b>	- Adm.dir - Tjenesteleder	- Forvaltning - Tilsyn - Domstol	Resultatbasert - Ressursbruk - Måloppnåelse - Kontraktering	- Avsettelse	- Vertikal - Horizontal - Diagonal	Liten	Tjenesteleder
<b>Klinisk ansvar</b>	Helsepersonell - Profesjon - Helsearbeider - Sosialarbeider	- Adm.dir - Fagmiljø - Fagtilsyn	- Klinisk kvalitet - Arbeidsprosess	- Advarsel - Oppsigelse - Tapt lisens	- Vertikal - Horizontal - Diagonal	Liten	Tjenesteyter

Figur 1: Kategoriseringskjema

#### 4.4.5 Øvrige ansvarsuttrykk

Selv om de fire kategoriene fra Figur 1 var utgangspunkt for innholdsanalysen ønsket jeg også å være åpen for øvrige uttrykk. De øvrige uttrykkene vil ha mindre relevans for ansvarsregimet som Samhandlingsreformen medfører, men de belyser likevel forhold ved ansvarsforståelsen og -diskusjonen. Jeg ønsker her å spesifisere hvordan de øvrige kategoriene skal gjenkjennes i de offentlige dokumentene.

Det *sosiale ansvaret* peker på tillitsforholdet mellom forvaltning og sivilsamfunnet, herunder frivillige-, bruker- og interesseorganisasjoner. I helse- og omsorgssektoren utgjør disse organisasjonene viktige funksjoner for befolkningen, og samarbeid med dem danner bedre grunnlag for samarbeid og bedre tillitsforhold. Disse organisasjonene fungerer som potensielle forum ved å belyse kritikkverdige forhold i helse- og omsorgstjenestene. Gjenkjenning av sosialt ansvar vil her bygge på dokumentenes anerkjennelse og inkludering av frivillig sektor sin medvirkning.

Selv om man i forskningsfeltet behandler accountability-begrepet mer inngående, betyr ikke det at *ansvar som dyd* (responsibility) ikke kommer til uttrykk i dokumentene. Ansvarsbegrepet vil for mange omhandle normative forhold, der det å *være ansvarlig* er en egenskap aktører kan inneha.

Det omhandler derfor ikke en strukturell dimensjon der man studerer det relasjonelle ved begrepet, men heller det kulturelle aspektet. Ansvar som dyd vil her gjenkjennes ved at man betrakter institusjonelle holdningsaspekter som førende for aktørenes atferd, der ansvar fungerer som kulturell forebygging.

*Individuelt ansvar* er ikke behandlet i det aktuelle forskningsfeltet, muligens fordi statsvitenskapelige fag fokuserer på kollektive forhold fremfor individuelle. Individuelt ansvar kan forstås på mange måter, men i dette caset fremkommer det som borgernes ansvar for egen helse og situasjon, der kroppen kan tolkes som forum som gir individet fysiske konsekvenser av kritikkverdig atferd. Det er derfor tjenestemottakeren som er aktør overfor seg selv. Denne ansvarsforståelsen har stor relevans i Samhandlingsreformen, da sykdomspanoramaet preges av livsstilssykdommer som kan være selvforskyldt. Kosthold, trening, tobakk og alkohol er alle variabler som individene selv kan regulere, og dermed skape et bedre helsemessig utgangspunkt for egen kropp.

#### **4.5 Oppsummering**

Jeg har nå redegjort for det metodologiske utgangspunktet for analysen, der jeg har utredet forskningsdesignet og dets svakheter. Selv om jeg vurderer en kvalitativ innholdsanalyse av offentlige dokumenter som mest hensiktsmessig for å besvare problemstillingen, medfører forskningsdesignet enkelte svakheter. Det mest åpenbare knytter seg til min uerfarenhet som forsker, som kan gi utslag i intervjusituasjonen og ikke minst i innholdsanalysen. En kvalitativ studie avhenger i stor grad av min tolkning av uttrykk i datamaterialet, og det er derfor en fare for mistolking.

For å redusere de svakhetene som min uerfarenhet medbringer har jeg utviklet noen klare kategorier for ansvarsuttrykk, som er avgrenset og operasjonalisert. På den måten vil kategoriene, forhåpentligvis, bidra til å systematisere innholdsanalysen og redusere muligheten for mistolking. Disse kategoriene er derfor et grunnleggende redskap for presentasjonen av resultatene fra innholdsanalysen.

## 5 Empirisk presentasjon - Formuleringsfasen

I de neste to kapitlene ønsker jeg å presentere resultatene fra innholdsanalysen av de dokumentene som faller inn under formuleringsfasen. Denne reformfasen kan trekkes langt tilbake, og involverer derfor et lengre tidsmessig strekk og flere typer dokumenter. Jeg har måtte sette grensen til 2004 da utredningene som danner grunnlaget for Samhandlingsreformen, og fasen strekker seg dermed fra 2004 til 2009.

Siden jeg gjennomfører en kvalitativ innholdsanalyse vil fremstillingen bygge på mine forståelser av hva som er fremtredende i dokumentene, og hva som er mindre fremtredende. I noen tilfeller vil dette fremkomme direkte i tekstene, og jeg kan derfor henvide til min tolkning med direkte sitater. Andre ganger bygger min tolkning på indirekte antydninger om ansvar, og blir derfor fremstilt mer generelt. Dokumentene vil først bli presentert med tanke på formål med teksten og når og hvordan den ble fremlagt, samt en liten introduksjon av hva dokumentet omhandler. Siden dokumentene ikke har ansvar som uttalt hovedtema er det viktig å huske hvorfor dokumentet fremlegges og hvilken funksjon det har. Deretter vil jeg diskutere hvorvidt dokumentet behandler problematikk og utfordringer tilknyttet ansvar. Jeg vil videre redegjøre for de uttrykkene jeg gjenkjenner i dokumentene, hovedsaklig basert på kategoriseringsskjemaet mitt<sup>21</sup> der jeg plasserer ansvarsuttrykk med utgangspunkt i hvilken aktør dokumentet omtaler i relasjon til ansvar. Først vil jeg presentere de kategoriene jeg finner som mest gjennomgående og vektlagt i det aktuelle dokumentet. Deretter vil jeg vurdere hvorvidt dokumentet viser antydninger til de øvrige ansvarskategoriene, og eventuelt også de som ikke inngår i mitt kategoriseringsskjema og som derfor ikke bærer preg av en ansvarsmekanisme der man holdes ansvarlig av et forum.

### 5.1 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

«Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene» er en Norsk Offentlig Utredning (NOU), der et utvalg ledet av Jan Fridthjof Bernt (Bernt-utvalget) fikk et mandat til å utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Innstillingen var enstemmig, med få unntak<sup>22</sup>, og ble overlevert departementet 11. oktober, 2004.

Utvalgets mandat for harmonisering av lovverket begrunnes i forenkling av regelverk, mer helhetlig tjenestetilbud og ikke minst å forhindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer (NOU 2004:18:9). Nytt lovforslag skulle baseres på kommunal frihet til selv å utforme og organisere tjenestene samt ta hensyn til behov for og plikt til samarbeid mellom kommune- og

<sup>21</sup> Side 52

<sup>22</sup> Noen av medlemmene hadde merknader til enkelte bestemmelser, men hele utvalget stilte seg bak innstillingen.

spesialisthelsetjenesten, slik at videre samarbeid styrkes. Utredningen foregikk parallelt med NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt» som fokuserer på helhet mellom forvaltningsnivåene, og fokuserer derfor hovedsaklig på interne forhold i kommunal sektor.

På sine 176 sider anvendes ansvarsbegrepet 356 ganger (2 per side) uten at det defineres grundigere. På et tidspunkt kan man derimot gjenkjenne en klar formening om ansvar som «accountability» der man må være forberedt på å møte et forum med sanksjonsmuligheter: «*Hvis rettsgrunnlaget mangler, er handlingen ulovlig. Det kan medføre ansvar i form av straff, erstatning eller ugylldighet*» (NOU 2004:18:87). For øvrig er antall ansvarsbenevnelser kunstig høyt i forhold til hvorvidt det diskuteres som en mekanisme eller problem, da det fremgår hyppig i diskusjonen om barn og umyndige tjenestemottakere der *foreldreansvar* er sentralt men ikke relevant for denne analysen. Ansvarsproblematikken er i liten grad diskutert eller fremtredende, og i enkelte kapitler er begrepet helt fraværende. Likevel kan man kjenne igjen ansvarskategoriene i noen av diskusjonene, der klinisk ansvar er betydelig mer fremtredende enn øvrige: Utredningen fokuserer i stor grad på ansvarsforhold knyttet til tjenestenivå, især rollen til tjenesteyter og vedkommendes kliniske ansvar.

### **Anerkjennelse av ansvarsproblematikk**

Anerkjennelsen og problemforståelsen av ansvarsproblematikk er anerkjent allerede som en del av mandatet, og danner et utgangspunkt for utvalgets videre arbeid. Utvalget viser selv videre til en tilsynsrapport fra Fylkeslegen i Troms for å understreke utfordringene man står overfor:

*«Tilsynet avdekket at helsetjenesten er stykket opp i enkelttjenester og at ingen har hovedansvaret. (...) Deltjenestene er ikke portåpnere eller veivisere inn i hjelpeapparatet. De har bare ansvar for sitt område.»* (NOU 2004:18:8).

I et firesiders kapittel om forholdet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten viser de også til at flytende grenser i ansvarsområdene medfører uklarheter om hvem som har ansvaret (ibid.:97). De mener at hovedlinjene av disse grensene bør fastsettes i lov, mens nærmere konkretisering bør skje i forskrift. Likevel påpeker de at samarbeid er en forutsetning for samhandling, og ønsker at en harmonisering av lovverket kan bidra til en felles kulturell forståelse (ibid.:8). Her fremheves ansvar som dyd som en god løsning på samhandlingsproblemet, der man ønsker å endre kulturelle forhold som en betingelse for bedre samhandling.

### **Fokus: Klinisk ansvar**

Utredningen diskuterer hovedsaklig ansvar i relasjon til tjenestelinjen, der tjenesteyterne fremgår

som aktører i eventuelle ansvarsforhold, og har derfor sitt hovedfokus på klinisk ansvar. Det diskuteres ulike dilemmaer og forhold der tjenesteyteren er den ansvarlige aktøren, herunder spørsmål om rett til medbestemmelse, journalføring, bruk av tvang/makt og utarbeidelse av individuell plan. I alle disse sammenhengene fremhever og tydeliggjør utvalget at tjenesteyterne har et ansvar, og skal derfor kunne holdes klinisk ansvarlig dersom de ikke ivaretar dette ansvaret på en forsvarlig måte. For eksempel: Selv om pasienter har rett til medbestemmelse skal ikke dette gi rom for ansvarsfraskrivelse fra tjenesteyter, de skal gi god informasjon om tilstand og alternativ slik at medbestemmelsesretten anvendes på en forsvarlig måte. Flere av disse ansvarsdiskusjonene understreker det kliniske ansvaret, men gir et begrenset grunnlag for å hindre uklare ansvarsforhold og bedre samhandling. Det eneste unntaket er utarbeidelse av individuell plan, der klinisk ansvar skal bidra til å avklare og plassere ansvarsforhold mellom tjenesteytere (NOU 2004:18:17).

I det kliniske ansvaret som tjenesteyterne innehar, inngår også normative forhold: *«Tjenesteyteren har et ansvar for at tjenestene blir utøvd i samsvar med aksepterte faglige normer»* (ibid.:55). Tjenesteyteren kan oppleve et moralsk dilemma i forbindelse med rett til medbestemmelse, da tjenesteyteren ikke har ubegrenset beslutningsmyndighet men innehar likevel det fulle ansvar. Utvalget mener at dette er positivt da *«...medvirkning kan (...) være klargjørende i forhold til hva som er tjenestemottakers ansvar.»* (ibid.:87).

### **Øvrige ansvarskategorier som uttrykkes**

Selv om det kliniske ansvaret er mest fremtredende i utredningen, kan man også se noen signalementer for politisk ansvar knyttet til politisk handlingsrom og kontroll. Utvalget tar opp en spennende og viktig diskusjon knyttet til hvordan ansvarsfordeling og -plassering skal være mellom stat og kommune. Mandatet legger opp til at kommunene skal ha et sørge-for-ansvar, og utvalget ønsker derfor å begrense statlig kontroll: *«...en for detaljert statlig kontroll vil i for sterk grad gjøre tjenestene til et statlig nasjonalt ansvar på bekostning av det lokale ansvar.»* (NOU 2004:18:20). De fremhever derfor det kommunale politiske ansvaret, der kommunestyret som aktør skal bruke sitt beslutningsrom, og understreker at en kommune ikke kan videredelegere dette ansvaret gjennom interkommunalt samarbeid. Dette tar de også med seg i utformingen av nytt lovforslag: *«Forenkling av regelverket skal bygge på en grunnleggende forståelse av at når kommunene får ansvaret for å løse en oppgave, vil de også være ansvarlig for å finne måter å organisere oppgaveløsningen, delegere etter behov, planlegge tjenesten, og ansette kompetent personale.»* (ibid.:43).

Ved første øyekast kan dette fremtøne seg som uttrykk for politisk ansvar, da utvalget selv omtaler



det som «politisk ansvar» og understreker kommunenes lokalpolitiske frihet som utøves i kommunestyret. Det kan imidlertid diskuteres i hvilken grad kommunene faktisk har denne friheten: «*Kommunenes handlefrihet er begrenset av de økonomiske rammebetingelsene de opererer under*» (ibid.: 42). Utvalget påpeker selv at det politiske ansvaret til syvende og sist ligger på statlig nivå:

*«Velferdsstaten bygger på idealet om en nasjonal minstestandard når det gjelder sosial- og helsetjenester for alle borgere, uavhengig av hvor de bor, og dette idealet er det et rettslig og politisk ansvar for de sentrale myndigheter å ivareta, også for tjenester som er lagt ut til kommunene.»* (NOU 2004:18:43).

Utvalget konkluderer videre med:

*«Det er særlig hensynet til nærhet til tjenestemottakeren, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene gis og organiseres. Når det derimot gjelder hvilke typer tilbud som skal være tilgjengelig, og minimumsstandarden på disse, vil hensynet til sosial- og helsepolitiske målsetninger tilsi en eller annen form for statlig kontroll og regulering.»*

(NOU 2004:18:43)

Utvalget fremhever derfor det statlige politiske ansvaret, ved at øverste politiske nivå skal fastsette minstestandarder og økonomiske rammebetingelser som vil påvirke det reelle handlingsrommet til kommunestyret. Det er imidlertid interessant at utvalget foreslår å endre begrepsbruk i lovforslaget, fra «kommunestyre» til «kommune», i hele fem forskrifter. Dette begrunnes med at kommunen er et eget rettssubjekt, og kommunestyret vil delegerer oppgaven i betydelig utstrekning til administrasjonen. Likevel kan dette signalisere at ansvaret flyttes fra det kommunale politiske organ til kommuneadministrasjonen, der forvalterne fremstår som aktører fremfor politikerne.

Administrativt- og ledelsesansvar er ellers i svært liten grad fremtredende, og det er få tilfeller der uttrykk kan plasseres i disse kategoriene. Administrativt ansvar kan på mange måter sees i sammenheng med lokalpolitisk sørge-for-ansvar og til dels også i diskusjonen om tilsynsvirksomhet der forvaltere i kommuneadministrasjon og tilsynsorgan vil være potensielle aktører. Det er imidlertid kun en formulering som direkte kan kobles til administrativt ansvar: «*Kommunens ansvar for å etablere systemer som beskytter taushetsbelagte opplysninger mot innsyn...*»

(ibid.:116), der kommuneadministrasjonen blir ansvarlig aktør for å etablere gode systemer for underordnede virksomheter. I lys av tilsynsvirksomhet fremstår ansvaret som mer politisk enn administrativt: «*Det overordnede kontrollansvaret er (...) lagt til kommunestyret. (...) Skillet mellom styring/ledelse og kontroll/tilsyn er i denne sammenhengen flytende.*» (ibid.:120). Ved å plassere tilsyns- og kontrollansvaret til kommunestyret plasseres det på politisk dagsorden, og kan derfor fremstå som politisk ansvar. I virkeligheten vil denne aktiviteten imidlertid foregå i kommuneadministrasjonen, der aktørene som fører tilsyn kan betegnes som forvaltere. Dette ansvaret kategoriseres derfor som administrativt ansvar der politisk ledelse er forum, ikke aktør.

Ledelsesansvar diskuteres i svært liten grad, men uttrykkes enkelte steder der man påpeker ansvaret til eiere eller ledere for virksomheter, altså tjenesteledere. Dette gjelder rutiner for beslutning om bruk av tvang eller makt, journalføring, og ikke minst «*..har den ansvarlige ledelse plikt til å sørge for at de rutiner som etableres, er forsvarlige. Denne plikten innebærer også at for eksempel eier og ledelsen av virksomhet som gir helsetjenester, har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.*» (NOU 2004:18:67).

### **Øvrige uttrykk**

Utredningen omtaler også det individuelle ansvaret som tjenestemottaker skal og bør ha som en sentral norm i helse- og omsorgssektoren: «*Tjenestemottakere skal gis ansvar for, og mulighet til, å bestemme over og mestre sin egen livssituasjon.*» (NOU 2004:18:14). Det fremheves «*...verdien av at individet beholder kontrollen over og tar ansvar for sin egen tilværelse så langt som mulig.*» (ibid.:52), og utvalget påpeker med det hvor viktig det er at individet beholder muligheten for individuelt ansvar og dermed skal være aktør overfor seg selv. Også ansvar som dyd fremtoner seg noe i begrunnelsen om hvorfor lovforslagene alene ikke kan betinge samhandling. En felles kulturell forståelse og samarbeid fremheves som viktige betingelser for en helhetlig tjenestene, og man ser dermed den kulturelle tilnærming til samhandling og dermed også ansvarsproblematikk.

### **Oppsummering**

Alt i alt er utvalgets diskusjon rundt ansvarsproblematikk beskjeden, selv om man tidlig anerkjenner utfordringer knyttet til ansvar. Den høye forekomsten av ansvar som begrep reflekterer derfor ikke hvorvidt ansvarsproblematikken behandles og diskuteres. Klinisk ansvar forekommer gjennomgående, fordi utvalget fokuserer på ansvarsområder tilkoblet tjenesteyterne, men utvalget gir i liten grad innspill til hvordan tjenesteyterne kan takle ansvarsutfordringer og skape bedre samhandling. Utredningen begrenser seg altså til å understreke og utdype det kliniske ansvaret tjenesteyterne skal ivareta, samt erkjenne ansvaret også må være kulturelt betinget, men de gir

tjenesteyterne få innspill til hvordan man kan løse ansvarsutfordringer. Dette kan muligens forklares ved at utredningen heller ikke omtaler store utfordringer tilknyttet ansvar.

Utredningens diskusjonen om plassering av politisk ansvar og kommunenes lokalpolitiske frihet er spennende. Ansvarsforholdet mellom forvaltningsnivåene medbringer en underliggende spenning om kommunen fremgår som et lokalpolitisk organ eller som et forvaltningsorgan som iverksetter oppgaver på vegne av staten. Utvalget signaliserer selv at gjennom sørge-for-ansvar skal man vektlegge lokalpolitisk frihet, og dette prinsippet fremgår allerede i utvalgets mandat. Det å erstatte «kommunestyret» med «kommunen» i flere av bestemmelsene signaliserer imidlertid en motstridende holdning, nemlig at kommunen heller skal forstås som et eget rettssubjekt, fremfor et lokaldemokratisk organ. Dette kan tolkes som en formell avdemokratisering av kommunene, hvilket strider med argumentasjonen bak sørge-for-ansvaret.

## **5.2 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste**

«Fra stykkevis til helt» er en Norsk Offentlig Utredning der et utvalg ledet av Nils Fredrik Wisløff (Wisløff-utvalget), fikk et mandat til å vurdere samhandlingen i helsetjenesten og derfor også vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandling. Innstillingen var enstemmig vedtatt, og ble overlevert til departementet 1. januar 2005.

Utvalget forstår det slik at det er særlig samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten de skal undersøke, men ser også på interne samhandlingsutfordringer på de to forvaltningsnivåene. Bernt-utvalget utreder samhandling i kommunal helse- og omsorgssektor, men det er også behov for å se på samhandlingsproblematikk internt i spesialisthelsetjenesten. Utvalget skal også i større grad se på mulighet for samarbeidsløsninger over kommunegrenser. Wisløff-utvalget understreker at de tar utgangspunkt i pasientperspektivet for å best kunne lykkes med å finne gode løsninger for samhandling.

På sine 149 sider nevner utredningen ansvarsbegrepet 313 ganger (2,1 per side), uten at det defineres eller utredes mer inngående. Generelt sett behandles begrepet relativt overfladisk, uten nærmere spesifisering av hvilken betydning man tillegger det. Det har derfor, enkelte ganger, vært utfordrende å knytte det til mine ansvarskategorier.

### **Problemforståelse**

Problemforståelsen i «Fra stykkevis til helt» (NOU 2005:3) er gitt gjennom utvalgets mandat, nemlig at samhandlingen i helsetjenesten ikke er tilfredsstillende. Utvalgets vurderinger bygger på

en videreføring av dagens strukturelle organisering med to forvaltningsnivåer: «*Utvalget ser ikke at dyptgripende endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene vil kunne løse samhandlingsutfordringene*» (NOU 2005:3:16). De oppfordrer imidlertid til å utforske mulighetene for at kommuner og foretak sammen kan opprette strukturelle enheter som sammen kan tilby et mer helhetlig tilbud. Problemforståelse knyttet til ansvarsbegrepet omhandler ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene: «*Når både kommune og helseforetak har en selvstendig plikt (...), fører dette gjerne til at ingen tar ansvar; - man venter og ser om den annen part starter opp arbeidet.*» (NOU 2005:3:74).

### **Fokus: Ledelsesansvar og klinisk ansvar**

Det kan synes som at ledelsesansvar vektlegges sterkt i denne utredningen, da ledelsesbegrepet fremkommer gjennomgående i hele dokumentet. De fleste av disse benevnelsene kan knyttes til ledelsesansvar, fordi utvalget refererer til ledere på tjenestenivå, altså er tjenestelederen aktør i ansvarsforholdet: «*...ledelsen på avdelingsnivå må stå ansvarlig for den praktiske gjennomføringen*» (NOU 2005:3:85). Tjenestelederen som aktør omtales også i sammenheng med ansvar for å følge opp bruk av individuell plan for pasienter, ivareta og opprette strukturelle og økonomiske samarbeidsavtaler med andre enheter og sikre prioritering og rehabilitering (ibid.), og kan derfor plasseres i min kategori om ledelsesansvar. Utredningen understreker at et viktig aspekt ved ledelse er «bestilleransvaret», som innebærer å ha kjennskap til egne behov for å kunne danne gode samarbeidsavtaler med andre aktører: «*...finansieringsansvaret rettes inn mot dem som er ansvarlige for videre beslutninger om ressursbruk, og som skal være ansvarlige for resultatene i de enkelte virksomhetene*» (ibid.:120). I disse sammenhengene vil både forvaltning, tilsynsorgan og brukerorganisasjoner kunne opptre som forum.

Med aktøren som utgangspunkt for ansvars plassering blir også klinisk ansvar fremtredende i utredningen: Det kliniske ansvaret fremkommer av det sterke fokuset på tjenesteytere, herunder fastlegene og pasientansvarlige leger i spesialisthelsetjenesten:

*«Fastlegen skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientenes situasjon og har en rolle som portvakt og portåpner til det mer spesialiserte nivå. Dette gir fastlegen en naturlig rolle i samhandlingen. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste»* (NOU 2005:3:15).

Fastlegenes fremheves dermed som en adresse for ansvar, og dermed som aktører, som er portåpner

og portvakt inn til spesialisthelsetjenesten (ibid.:79). I dette kliniske ansvaret inngår også et veiledningsansvar overfor pasientene (ibid.:140). Utvalget ønsker å videreføre bruken av pasientansvarlig lege for pasienter med koordineringsbehov, der bestemte sykehusleger har ansvar for oppfølging og koordinering internt i spesialisthelsetjenesten. Utvalget retter derfor et sterkt fokus på tjenesteyterne som aktører i et ansvarsforhold, og fremviser mange aspekter som inngår i det kliniske ansvaret.

Det at den klinisk ansvarlige på operasjonelt nivå i helsetjenesten skal ha tette oppfølging peker mot en utvidelse og styrking av det kliniske ansvaret: Selv om det er naturlig å tenke at legene kun skal helbrede, presiserer utvalget<sup>23</sup> at legestanden også har et koordinerende ansvar. Dette kan begrunnes faglig, på grunn av kjennskap til behandlings- og oppfølgingsbehov. Det kan dessuten forsvares ved at fastlegene er brukernes dør inn til helsesektoren, og de vil derfor fange opp behov tidligst og over et lengre tidsperspektiv. Dette betyr at substansen i ansvarsforholdet her kan basere seg på faglig forsvarlighet knyttet til koordinering, og forum kan bygge på logistiske og administrative forhold der ledere, administrasjon og tilsyn kan opptre som forum.

### **Øvrige kategorier: Politisk- og administrativt ansvar**

Også de øvrige kategoriene uttrykkes i noe grad i utredningen, men omtales overfladisk og kobles gjerne til ledelsesbegrepet: «...*virksomheter som driver god samhandling, kjennetegnes av at det er etablert strukturer for samhandling som er tydelig ledelsesforankret, både på politisk og administrativt nivå*» (NOU 2005:3:72).

Det politiske ansvaret fremkommer hovedsaklig av kommunens rolle: «*Kommunehelsetjenesten skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov*» (NOU 2005:3:28). Den lokalpolitiske friheten og handlingsrommet ligger i tilpasningen og prioriteringen av *lokale behov* som gjør at kommunen kan holdes politisk ansvarlig for de overordnede valgene og kontrollen de utøver overfor sin kommunehelsetjeneste. Det er kommunen som best kjenner behovene hos egne innbyggere, og det lokale prioriteringsansvaret bør derfor også tillegges kommunene (ibid.:74). Dermed kan altså kommunestyret ansvarliggjøres for de valgene og vurderingene som tas på lokalpolitisk nivå.

Utvalget påpeker også at kommunen bør være totalansvarlig for helsetjenestene, og at kommunen i praksis må ta på seg de ansvarsområdene som spesialisthelsetjenesten ikke dekker. Altså

---

23 ...og også Fastlegeordningen

anerkjennes og spesifiseres det at spesialisthelsetjenesten definerer grenseskillet for kommunens ansvar: «*Resultatet er at kommunene må ta det ansvaret som spesialisthelsetjenesten ikke anser som sitt*» (NOU 2005:3:97). Hvorvidt dette er politisk- eller administrativt ansvar kan imidlertid diskuteres. Dersom ansvarsgrensene fastsettes i samarbeidsavtalene vil lokalpolitiske aktører kunne påvirke hvor grensene går, og dermed også være ansvarlig for grenseforholdet. Dersom det derimot innebærer at kommunen skal iverksette de tiltakene som spesialisthelsetjenesten i praksis ikke gjør, vil denne prosessen foregå i den kommunale helsetjenesten, der forvaltere vil inneha ansvaret for å følge opp grenseforholdet.

Administrativt ansvar er i begrenset grad uttrykt i utredningen, og fremkommer mest i form av at tilsynsorganene er aktører. Utvalget påpeker at de ønsker et sterkere pasientombud som tilsynsorgan, heller enn at også fylkeskommunene skal drive tilsynsvirksomhet. Tilsyn påpekes som viktig i å påpeke svikt, men utvalget mener at tilsynsansvaret ikke bør være todelt (ibid.:39). Det omtales også hvordan kommuneadministrasjonen har ansvar for å organisere sine tjenester på en god måte, og uttrykker derfor også administrativt ansvar i kommunene der forvalterne er sentrale aktører: «*Kommunen er selv ansvarlig for å organisere seg hensiktsmessig for å løse sine lovpålagte oppgaver*» (ibid.:82). Utredningen omtaler dermed det administrative ansvaret for å ivareta og følge opp lokalpolitiske føringer i tillegg til statlige retningslinjer, og er derfor et bindeledd mellom statlig- og lokalpolitisk politikk og tjenestelinjen. Her vil tilsynsorganer og domstoler, samt statlig forvaltning kunne opptre som forum overfor kommuneadministrasjonen.

### **Øvrige uttrykk**

Sett bort fra de fire ansvarskategoriene som innholdsanalysen tar utgangspunkt i, er det særlig en annen kategori som er fremtredende i utredningen: Utvalget legger ikke opp til strukturelle endringer i helse- og omsorgssektoren, både grunnet mandatet som ikke ønsker strukturelle endringer og egne anbefalinger, men søker forsterket ansvar som dyd:

*«Det vil også kreve en grunnleggende forståelse og holdningsendring omkring hvorfor og hvordan man må samhandle. Dette dreier seg om en aldri så liten «kulturrevolusjon», med større vekt på ansvar, helhet, sammenheng og samspill.»*

(NOU 2005:3:103)

Utvalget peker på en holdningsproblematikk hos klinisk helsepersonell, særlig legestanden, som motsier seg ansvaret for koordinering og samhandling, og mener at en institusjonell

holdningsendring kan løse samhandlingsproblemene. Denne «kulturrevolusjonen» skal skje gjennom flere sentrale aktører som kan tenkes å påvirke profesjonsnormer og kultur:

Utdanningsinstitusjonene har en viktig rolle i utformingen av helsepersonell sine faglige og etiske standarder, og allerede her bør samhandlingskultur fremmes dersom den skal institusjonaliseres i fagkrinsen. Det krever også en «...sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur (...).» (ibid.:19), og leder må dermed fremstå som symbol og rollemodell for å påvirke underordnet atferd.

### **Oppsummering**

«Fra stykkevis til helt» bruker ansvarsbegrepet gjennomgående i hele dokumentet og behandler ansvarsproblematikk både direkte og indirekte. Utvalget er tydelige på at ansvarsrelaterte utfordringer ikke skal møtes gjennom strukturelle og relasjonelle endringer, selv om de er positive til å utforske nye løsninger. De fokuserer i veldig stor grad på forståelse og ivaretagelse av ansvar på tjenestenivå, altså klinisk- og ledelsesansvar. Klinisk ansvar gjenkjenner man i det utstrakte fokuset på tjenesteyterne, især fastlegene og deres koordineringsansvar, knyttet til utføringen av helsetjenester. Ledelsesansvar gjenkjennes ved at utvalget ofte omtaler ansvaret tjenestelederne skal ivareta, blant annet ved å inngå gode, formaliserte avtaler med andre virksomheter, drive egen avdeling på en god måte og med internkontroll. Utvalget ønsker attpåtil en «kulturrevolusjon» på tjenestenivået, særlig hos tjenesteyternemen gjerne via tjenestelederne. Ansvar som dyd vektlegges og fremheves derfor i like stor grad som klinisk- og ledelsesansvar, mens øvrige kategorier er i ingen eller begrenset grad uttrykt i utredninger.

### **5.3 Nasjonal helseplan (2007-2010)**

Nasjonal helseplan for 2007-2010 er en del av Statsbudsjettet for 2006-2007, uttrykt i Stortingsproposisjon nr. 1 (2006-2007) som ble fremlagt 15. september 2006 og godkjent i statsråd samme dag. Her fastsetter regjeringen sine helsepolitiske mål og satsningsområder for den kommende regjeringsperioden.

Helhetstenkning og samhandling fremstilles som en sentral utfordring, og derav også satsningsområde for de kommende årene: «*Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester er kanskje den største utfordringen helsetjenesten står overfor*» (St.prp. 1, 2006-2007:275). Dette understøttes i evalueringsrapporter, tilbakemelding i arbeidet med nasjonal helseplan og ikke minst også fra Wisløff-utvalget. Et av de sentrale tiltakene for å klargjøre roller og ansvar, og dermed fremme samhandling, er å etablere et

nasjonalt råd for kvalitet og prioritering (ibid.:281). Her skal formelle ansvarsbærende aktører i helsetjenesten være representert, der aktørene skal være likestilte.

Helseplanen preges generelt sett av en diskusjon av normative vurderinger knyttet til kontroll versus delegert myndighet:

*«I arbeidet med kvalitet og prioritering står man hele tiden overfor utfordringer knyttet til balansen mellom lokal frihet og regional og nasjonal styring og mellom faglig forankring og lederstyring. Denne balansen er krevende, og kan skape ansvarsuklarheter, og i enkelte tilfeller et «svarteperspill» for å flytte ansvar og kostnader til andre.»*

(St.prp. 1, 2006-2007:281)

Det anerkjennes også at grensen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er flytende (ibid.:257). Helseplanen fokuserer i relativt stor grad på ansvarsutfordringer, og begrepet brukes dermed også gjennomgående. Over 76 sider nevnes ansvarsbegrepet 132 ganger (1,7 ganger per side) uten at det redegjøres for hva man legger i begrepet.

### **Fokus: Politisk ansvar**

Det mest fremtredende uttrykket for ansvar synes å være politisk ansvar, ved å stadig vektlegge politiske aktører sin betydning: *«Regjeringen vil bygge videre på at helsetjenesten skal være politisk styrt (...)»* (St.prp. 1, 2006-2007:244). Ansvaret innebærer overordnede aktiviteter som igangsettes av policylederne, herunder oversikt over sykdomspanorama, kunnskapsutvikling og oppfølging av folkehelseperspektivet. Selv om gjennomføringen av disse aktivitetene skjer gjennom forvaltningen, understreker regjeringen av politisk ledelse skal ha overordnet ansvar for aktivitetene, og tar på seg aktørrollen i ansvarsforholdet. Synlige forum vil her være folket, gjerne gjennom media og bruker- og interesseorganisasjoner.

Det politiske ansvaret synliggjøres gjennom den generelle vektleggingen av politisk styring både på nasjonalt, regionalt og nivå, men særlig på kommunalt nivå:

*«Desentralisering av oppgaver og delegering av avgjørelsesmyndighet til kommunene legger forholdene til rette for lokalt selvstyre og for en større grad av brukerorientering i tjenestene. Kommunene, med sin nærhet til tjenestene og brukerne, forutsettes å være bedre i stand til å prioritere ressursene i samsvar med lokale behov og forutsetninger enn det regionen eller*



*staten er»*

(St.prp. 1, 2006-2007:258)

I tillegg til den lokalpolitiske kommunen, skal også statlig politisk ansvar være grunnleggende i helsesektoren. Regjeringen fremhever at sterke styringsvirkemidler overfor kommuner og spesialisthelsetjenesten er viktig, der særlig Helse- og Omsorgsdepartementet er sentralt for å sikre at sektoren ivaretar et helhetlig perspektiv: «*God samhandling må ta utgangspunkt i at staten har forskjellige styringsvirkemidler overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten*» (ibid.:244).

### **Øvrige uttrykk: Ledelses-, klinisk- og administrativ ansvar**

Nasjonal helseplan fokuserer også gjennomgående på tjenestelederen i helsesektoren, og dermed også ledelsesansvaret: «*Ledere i sektoren har et særskilt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling der det er nødvendig*» (ibid.:244). Lederne har ansvar for implementering av de nasjonale retningslinjene, og de må sørge for at aktivitetene deres er i henhold til lov forskrifter. Ved flere av disse benevnelsene kan ansvaret knyttes til både politisk ledelse, administrativ ledelse og tjenesteledelse, og er med det ikke nødvendigvis overførbart til mine kategorier. Imidlertid kan vi se at min forståelse av lederansvar uttrykkes i noe grad, der tjenestelederne er ansvarlig for at underliggende aktiviteter er i henhold til lov og forskrifter (selv om dette også kan overføres til administrativ og politisk nivå i form av kontroll og tilsyn). I noen sammenhenger knyttes ansvaret direkte til tjenestelederne, og er derfor et direkte uttrykk for ledelsesansvar: «*Ledere i helsetjenesten har et ansvar for å implementere nasjonale retningslinjer i egen virksomhet*» (St.prp. 1, 2006-2007:283).

Også klinisk- og administrativt ansvar kommer til uttrykk helseplanen. Særlig påpekes det at tjenesteytere har et ansvar for kvalitetsforbedring av egne tjenester, gjennom etablerte fagmiljø og nettverk (ibid.:279). Også det administrative ansvaret uttrykkes gjennom kommunenes oppfølging av fastlegene, samt et overordnet ansvar for rusfeltet og smittevernberedskap, som tillegges forvalterne i kommuneadministrasjonen. Administrativt ansvar kommer også til uttrykk på statlig nivå, særlig for Sosial- og helsedirektoratet som skal bidra til videreutvikling av partnerskap som arbeidsform samt følge opp anbefalinger fra nasjonalt råd som en koordinerende aktør. Direktoratet inngår i den statlige forvaltningen, og kategoriseres dermed under administrativt ansvar.

### **Oppsummering**

Hovedfokuset til regjeringen i Nasjonal Helseplan for 2007-2010 bygger på det politiske ansvaret

på alle forvaltningsnivå. Regjeringen ønsker å videreføre hensynet og verdien av lokalpolitikk der kommunestyrene har handlingsfrihet knyttet til egen organisering og oppgaveløsning, mens de samtidig fremhever behovet for statlig kontroll og ansvar for å sikre helhet, rettferdighet og en akseptabel minstestandard utover kommunegrensene. Jeg forstår fremtoningen av dokumentet som politisk ansvar da det retter seg mot kommunestyre og delvis også regjering. Likevel kan det statlige ansvaret også forstås slik at forvaltningen, herunder departement og direktorat, i virkeligheten vil ivareta ansvaret. Man uttrykker i så tilfelle administrativt ansvar, da forvaltere vil være aktørene i ansvarsforholdet, ikke politisk ansvar på statlig nivå. Statlige forvaltningsorganer skal bidra til å tydeliggjøre ansvarsområder og sette faglige standarder for hele sektoren, mens underordnede nivåer, herunder forvaltere, tjenesteledere og -yttere innehar et ansvar for å følge de retningslinjene som settes på statlig nivå.

Regjeringens signalisering om videreføring av lokalpolitisk ansvar, samtidig som de ønsker økt statlig kontroll, innebærer en spenning ved at de to dimensjonene er nærmest gjensidig motstridende. Lokalpolitisk handlingsrom vil automatisk begrenses av større statlig kontroll og vice versa. Man kan derfor ikke se bort fra at regjeringen er retoriske ved å signalisere egen politisk kontroll over helse- og omsorgssektoren, samtidig som de ønsker å videreføre lokal frihet. Begge disse politiske retningene frir til velgerne, for å fremstå som noen som håndterer overordnet ansvar men ikke har behov for å overstyre kommunene.

#### **5.4 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen uttrykkes i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), som en tilrådning fra Helse- og Omsorgsdepartementet, under Regjeringen Stoltenberg II, til Stortinget 19.juni, 2009. Den ble godkjent i statsråd samme dag.

I forordet påpeker helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen at vi ikke får nok helse ut av hver krone som ilegges helsetjenestetilbudet, og ønsker derfor å tilrettelegge for bedre ressursutnyttelse. Reformen peker på tre sentrale utfordringer i helsesektoren: Manglende samhandling og koordinering mellom tjenester, lite fokus på forebygging og demografisk utvikling av sykdomspanoramaet som kan true den økonomiske bæreevnen. Hovedgrepene som reformen tilråder er: Klarere pasientrolle for bedre koordinering, ny kommunerolle knyttet til forebygging, etablere økonomiske insentiver, spesialisthelsetjenesten skal i enda større grad spesialiseres, tilrettelegge for tydeligere prioriteringer og noen mindre tiltak for å understøtte tiltakene i samhandlingsreformen.

( St.mld.47, 2008-2009:13-16)

### **Problemforståelse**

På sine 149 sider nevnes begrepet «ansvar» hele 167 ganger (1,1 per side), uten at det gir noen redegjørelse for begrepet. Oppmerksomheten på ansvarsrelaterte utfordringer ser man i flere av utfordringene som reformen påpeker: « *I dag er ansvaret fragmentert og delt mellom mange aktører og institusjoner*» (St.mld.47, 2008-2009:135), « *Det er ikke mulig å utforme en endelig detaljert grensedracting i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten*» (St.mld. 47, 2008-2009:77). Også respondenten påpekte at «*...noen utfordringer knyttet til problemer i helsetjenesten i dag er at den er så siloorganisert.(...) Når en pasient har mange sykdommer får han problemer fordi han ikke passer inn i denne siloorganiseringen.*» (respondent).

Ansvarsproblematikken gjør seg også synlig i drøftingen av samarbeidsavtaler mellom kommune, der gjensidig ansvar gjennom kontrakt gjør det utfordrende for innbyggere å stille noen til ansvar (St.mld.47, 2008-2009:76). «*Samhandlingsreformen er et forsøk på å tydeliggjøre oppgaver og ansvar. Og kanskje i veldig stor grad ansvar.*» (respondent). Det er med andre ord åpenbart at Samhandlingsreformen tar inn over seg den ansvarsproblematikken som preger helse- og omsorgssektoren, og gjennom nye virkemidler og tiltak skal ansvarsforholdene forsøkes å tydeliggjøres.

### **Fokus: Administrativt- og politisk ansvar**

Det er en gjennomgående tendens at ansvar anvendes i sammenheng med oppgave, noe som kan signalisere at den som har oppgaven også har ansvaret: «*Dagens oppgave- og ansvarsfordeling...*» (St.mld.47, 2008-2009:62). Dette presiseres videre ved at « *...uavklarte ansvarsforhold fører til unnlatelse av oppgaver*» (ibid.:50). I hovedsak plasseres nå disse oppgavene hos kommunene, som blir tillagt det helhetlige ansvaret for brukernes pasientforløp. Kommunen skal stille med en kontaktperson som skal følge opp hele behandlingsforløpet til den enkelte pasient, og har med det ansvaret for å koordinere tjenestene. Kommunenes helhetlige ansvar utvides ytterligere gjennom flere oppgavetildelinger, i form av at de også skal avlaste spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng presenteres og presiseres kommunenes økonomiske ansvar også betydelig, i sammenheng med de oppgavene som skal utføres:

«*Det er økonomien som kanskje er det sterkeste styringsredskapet du har for å sørge for ansvar på en god måte. (...) Og pengesporet var vi så bastante på at da vi fikk førsteutkastet fra embedsverket til ny reform, så var det ikke sterkt nok. Det var bare jus, og det holder ikke. Det er ikke godt nok.*

*Det skjer lovbrudd, antakeligvis, hver eneste dag i den norske helsetjenesten. Sånn at det ble først fres på det når pengene følger med.»*

*(respondent)*

Siden Samhandlingsreformen skal tydeliggjøre ansvarsforhold, og iverksetter økonomibaserte tiltak for å gjøre dette kan man skimte en holdning om at ressurser kan understreke og plassere ansvar:

*«Gjennom økonomiforskrifter og det med at utskrivningsklare pasienter er kommunen sitt ansvar og de må betale, det tydeliggjør ansvaret. (...) Skal du tydeliggjøre et ansvar, så må det føre penger med et ansvar.»*

*(respondent)*

I lys av dette kan man stille spørsmål til hvilken rolle, og derav hvilket ansvar, man tillegger kommunen. Dette helhetlige ansvaret som tildeles kommunen kan tolkes som både politisk- og administrativt ansvar, det eneste vi kan stadfeste er at dette ansvaret ikke pålegges tjenestenivået og øvrige ansvars kategorier. Siden ansvarsbegrepet sees i sammenheng med oppgave tolker jeg det slik at kommunene betraktes som en iverksetter av gitte oppgaver, med implementerings- og kontrollfunksjon på vegne av politisk ledelse, og ansvaret plasseres derfor på kommuneadministrasjonen og tilhørende forvaltere. Det fremstår derfor som administrativt ansvar i denne sammenheng på grunn av oppgavetilknytningen, da kommunestyret ikke gjennomfører oppgaver men gjør politiske vedtak. Det administrative ansvaret kan sees i sammenheng med omtalen av finansieringsansvar, der man foreslår at ressursfordeling, særlig av økonomiske midler, også tydeliggjør og understreker ansvar. Forum vil være både politisk ledelse, brukerorganisasjoner og tilsynsorganer.

Enkelte av formuleringene viser imidlertid også til overordnet, helhetlig styring av sektoren og lokale prioriteringer, og politisk ansvar blir med det også fremtredende i meldingen: *«Det ligger i prinsippene for organisering av offentlig sektor at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere sine helse- og omsorgstjenester.»* (St.mld.47, 2008-2009:55). Det påpekes at så sant kommunene følger lovforskriftene og gir sine innbyggere det de har krav på, kan de selv vurdere hvordan tjenestene skal organiseres i praksis, og man ser derfor et uttrykk for politisk ansvar der kommunestyrene får handlingsrom og ansvar for helsetjenestetilbudet.

Politisk ansvar trekkes også frem i mer tradisjonell forstand, nemlig det statlige, overordnede

ansvaret. De politiske prioriterings- og verdispørsmålene skal behandles på overordnet nivå:

*«Det er behov for en klarere nasjonal strategisk styring og ledelse av utviklingsarbeidet. I dag er ansvaret fragmentert og delt mellom mange aktører og institusjoner og dette gir ikke tilstrekkelig kraft for utviklingsarbeidet.» (St.mld.47, 2008-2009:35).*

I tillegg har staten, herunder regjeringen, politisk ansvar for å muliggjøre kommunene, slik at de er i stand til å ivareta sine oppgaver, gjennom å tilby ressurser som økonomiske tilskudd, kunnskapsutvikling og veiledning (ibid. :26). Til slutt påpekes det at statens tilsynsansvar skal intensiveres, hvilket gir et uttrykk for et administrativt ansvar tillagt statlige tilsynsorganer, initiert av politiske aktører.

### **Klinisk- og ledelsesansvar**

De øvrige kategoriene fremkommer i svært liten grad i forhold til politisk- og administrativt ansvar, men man kan også gjenkjenne noen uttrykk for klinisk ansvar. Problemforståelsen og utfordringene reformen tar sikte på fokuserer ikke på det faglige tilbudet som kommune- og spesialisthelsetjenesten leverer, da man i utgangspunktet er fornøyd med kvaliteten på helsetjenestene:

*«Det faglige ansvaret var forsåvidt greit, altså i lovverket knyttet til pasientens rettigheter, helsepersonelloven som regulerer legers ansvar og sykepleieres ansvar. (...) Et eksempel på det tror jeg vi så veldig godt 22.juli, fordi at den norske helsetjenesten er veldig god på øyeblikkelig hjelp. (...) Hvis du blir syk og trenger øyeblikkelig hjelp så får 98 prosent hjelp innen 24 timer, som er kravet i henhold til forskriften om fristbrudd. Og for meg er det et veldig klart tegn på at på at da fungerer fagansvaret i helsetjenesten veldig godt. Det som ikke fungerer så godt er knyttet til logistikk og gjennomføring hvis du har behov for tjenester fra flere forvaltningsledd og innenfor spesialisthelsetjenesten.»*

(respondent)

Siden de faglige forholdene ved helse- og omsorgssektoren ikke er fokus for reformen, kan det også virke logisk at klinisk ansvar blir lite uttrykt da fagutøvelse tilknyttes tjenesteyteren. I den grad klinisk ansvar uttrykkes omhandler det at enkeltaktører ikke skal fortrenge det kliniske ansvaret når andre blir ansvarlig for den helhetlige oppfølgingen. I tillegg ønsker man å utvide fastlegenes, sykepleiernes og hjelpepleieres kliniske ansvar ved å avlaste sykehuslegene, og dermed skaffe

rimeligere tjenestetilbud. Det vises med andre ord til de faglige arbeidsinstruksene til helsepersonell, der kliniske ansvarsområder overføres internt mellom helsepersonell. Uavhengig av intern overføring av arbeidsoppgaver mellom helsepersonell, vil de samme forumene overføres i sammenheng med oppgavene.

Ledelsesansvar uttrykkes i svært liten grad i meldingen, og fremkommer såvidt avslutningsvis. Det er tydelig at politiske styringssystemer og retningslinjer skal gi grunnlag for bedre ansvars- og oppgavestrukturer, og den tradisjonelle tjenestelederrollen innskrenkes tilsvarende. Når ledelsesansvaret først uttrykkes vises det til at tjenesteledere, særlig i spesialisthelsetjenesten, må ha tydelig plassert ansvar for å kunne lykkes med samhandling. Dette fordi «...oppgavene forventes løst av personell som ikke har tilstrekkelige fullmakter og ansvar» (St.mld.47, 2008-2009:140), og tjenestelederen skal derfor bidra til å muliggjøre ansvarlig tjenesteytelse og samhandling.

### **Øvrige uttrykk**

I tillegg til et sterkt fokus på politisk- og administrativt ansvar, omtaler meldingen det individuelle ansvaret gjentatte ganger:

*«Et viktig element omkring arbeidet med pasientrolle, og særlig knyttet til den vekt som nå skal legges på forebygging, er hvordan det kan finnes gode former for også å sette fokus på befolkningens ansvar for egen helse og helseutvikling.»*

(St.mld.47, 2008-2009:26)

Selv om kommunen har ansvar for tilrettelegging og muliggjøring for god folkehelse, har borgerne selv et åpenbart ansvar knyttet til egen helse, der de selv er aktører i ansvarsforholdet.

Sosialt ansvar uttrykkes ikke direkte, men det er åpenbart at departementet tar dette ansvaret alvorlig ved å tildele et helt kapittel til samarbeid og samhandling med frivillige organisasjoner (ibid.:1443-144). Dette signaliserer en holdning om at frivillige organisasjoner er en hjørnesten i helse- og omsorgssektoren, og at det offentlige tilbudet skal samarbeide med og bruke dem. Ansvar som dyd er imidlertid relativt fraværende, og man ønsker å organisere sektoren slik at det ikke skal være grunnlag for gråsoner der kultur vil betinge samhandling: *«Vi lagde et mandat som sa at handling skulle skje på grunn av systemet, ikke på tross av systemet. Og da skulle man se på hvilke juridiske og økonomiske virkemidler som skulle til for at nettopp det skulle skje.»* (respondent).

## **Oppsummering**

Samhandlingsreformen synes generelt å ha en forståelse av at ansvar har en sammenheng med det å ha en oppgave, og uklartheter knyttet til ansvarsforhold kan tilskrives dårlig oppgavefordeling. Oppgavene i helse- og omsorgssektoren tildeles hovedsaklig kommunene, som har et ansvar for å gjennomføre dem på en forsvarlig måte. Det er imidlertid vanskelig å forstå hvem i kommunen som har dette ansvaret, og derfor er det også problematisk å plassere uttrykkene i en ansvarskategori. Tankegangen om at den som har oppgaven også har ansvaret kan signalisere administrativt ansvar, der oppgavene er gitt og kommuneadministrasjonen har et ansvar for å gjennomføre dem. Men kommunestyret vil uansett også ha oppgavene gitt på forhånd, ved at de skal tilby det som befolkningen har krav på fastsatt ved lov. Ansvar for oppgavefordeling kan derfor også være en sak for kommunestyret, i vurderingen av hvilken grad man ønsker å bruke private virksomheter i tjenestetilbudet, og hvorvidt man ønsker å inngå interkommunale samarbeidsavtaler.

Likevel bærer problemforståelsen preg av utfordringer knyttet til ansvarsunntakelse og -pulverisering. Dette medfører ikke krav kommunestyrene i forhold til saksbehandling og vedtak, men til kommuneadministrasjonen som skal sørge for at noen tar ansvaret for de ulike deloppgavene og dermed selv besitter overordnet ansvar. Derfor tolker jeg det slik at reformen fokuserer hovedsaklig på administrativt ansvar, der forvalteren er sentral aktør, men at dette er tett relatert til lokalpolitisk ansvar.

Politisk ansvar fremkommer mer egenhendig i enkelte sammenhenger, først og fremst på statlig nivå gjennom fastsetting av minstestandarder, sikring av en helhetlig sektor og retningslinjer for iverksettere. Regjeringen utøver også et sosialt ansvar ved å inkludere og anerkjenne betydningen av frivillige organisasjoner, ved å tildele dem et eget kapittel i reformen. Det er åpenbart at departementet fremhever behovet og verdien av samarbeid og brukervedvirkning fra frivillig sektor. Også det lokalpolitiske ansvaret uttrykkes mer konkret gjennom verdsetting og anerkjennelse av lokale tilpasninger av helsetjenestene vedtatt av kommunestyret.

## **6 Empirisk presentasjon - Beslutningsfasen**

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å presentere empiriske utdrag og uttrykk fra innholdsanalysen for det utvalget som faller inn under beslutningsfasen, herunder lovforslagene som fremlegges for Stortinget basert på St.meld. nr. 47 (2008-2009). Fremstillingen utføres som i kapittel 5, der jeg først gir en innføring i hvilken type dokument som kommer og hva hovedtemaet er. Deretter diskuterer jeg problemforståelse tilknyttet ansvarsutfordringer, før jeg fremstiller mer og mindre uttrykte ansvarskategorier.

Presentasjonen vil bli lengre enn i kapittel 5, hovedsaklig fordi dokumentene er mer omfattende i størrelse og innhold. Som lovforslag kreves det en grundig redegjørelse for hver eneste endring som blir foreslått, samt en vurdering og forklaring for de paragrafene som videreføres fra tidligere lovverk. Her inngår også en redegjørelse for høringsinstansenes tilbakemelding på de ulike endringsforslagene, og jeg vil derfor også presentere dem dersom de er relevante for denne analysen sitt hovedtema. Jeg låser meg heller ikke til kategoriseringskjemaet mitt på samme måte som i kapittel 5, da sørge-for-ansvar viser seg å være et sentralt begrep enkelte steder, men jeg viderekobler dette til mine kategorier. Analysen bygger derfor enda på mine fire ansvarskategorier, men jeg kan ikke overse sørge-for-ansvaret som begrep da det er veldig fremtredende.

Begge proposisjonene ble fremlagt av Helse- og omsorgsdepartementet, under regjeringen Stoltenberg II, til Stortinget 8. april 2011, og ble godkjent samme dag.

### **6.1 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Nytt forslag til Helse- og omsorgstjenestelov uttrykkes i Proposisjon 91L (2010-2011). Loven ble godkjent i statsråd samme dag, og skal erstatte både kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Den medfører også endringer i andre lover, blant annet pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Den er en videreføring av Samhandlingsreformen, og følger også opp NOU 2004:18 «Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten» og NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt».

Målsetningen til proposisjonen er å redusere sosiale forskjeller, gjennom et likeverdig helsetjenestetilbud, samt effektivisere ressursbruk og sikre en bærekraftig utvikling av sektoren. Lovforslaget ønsker å slå sammen eksisterende lovverk på helse-, omsorgs- og sosialtjeneste, i den hensikt å harmonisere lovverket og gjøre det mer oversiktlig for brukere, pasienter og tjenesteytere.



Endringene som foreslås følger opp forslagene fra Samhandlingsreformen om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Dessuten foreslår den at brukere eller pasienter med behov for koordinerte tjenester skal få oppnevnt en koordinator i kommunen, som skal sørge for helhet i behandlingsforløpet. Gjennom disse endringene skal kommunens overordnede ansvar tydeliggjøres.

I løpet av proposisjonens 557 sider nevnes «ansvar» hele 1316 ganger (2,3 per side), uten at begrepet i seg selv utredes. Det defineres derimot i enkelte betydninger, for eksempel defineres «overordnet ansvar» som ansvar «...for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen (red: individuell plan) (Prop. 91L, 2010-2011:500), men det spesifiseres ikke inngående hva man legger i selve ansvarsbegrepet.

### **Anerkjennelse og oppfølging av ansvarsproblematikk**

Anerkjennelse av ansvarsproblematikk plukkes opp, og diskuteres, gjennomgående i hele proposisjonen. Departementet påpeker at tidligere lovendringer, som har prøvd å detaljert angi hva som ligger i det kommunale ansvaret, har resultert i «...en lovgivning med liten fleksibilitet og som i begrenset grad fanger opp den faglige utvikling. Denne lovgivningsteknikken har heller ikke klart å hindre overlappende ansvarsområder hvor det kan oppstå usikkerhet om ansvars plassering i forholdet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. (...) ...man må erkjenne at det eksisterer «gråsoner» (...), og at fordelingen av ansvar mellom de to nivåene ikke fullt ut kan løses gjennom lov eller forskriftsregulering.» (Prop. 90L, 2010-2011:73).

Departementet betrakter fastlegene som sentrale for å nå målsetningene, og de ønsker å utvide det overordnede ansvaret (sørge-for-ansvar) i kommunene. Ansvarsforholdene skal derfor ikke avklares i lovtekst, men gjennom samarbeidsavtalene kommunene inngår med andre tjenesteytere og opprettelse av kommunal koordinator: «Klar ansvars plassering vil redusere muligheten for ansvarspulverisering mellom ulike tjenester, og kan bidra til å gjøre det lettere for brukere og pasienter å få oppfylt sine rettigheter.» (ibid.:365). «Klar ansvars plassering» kan da forstås som en anerkjennelse av en bestemt aktør i ansvarsforholdet, og denne aktørrollen tillegges kommunene.

### **Fokus: Sørge-for-ansvar**

Den mest gjennomgående bruken av ansvarsbegrepet knyttes til det som betegnes som «sørge-for-ansvar». Dette ansvaret pålegger kommunen å sørge for å tilgjengeliggjøre tjenester som brukere/pasienter har rett på, og uttrykkes gjennom ansvarsbestemmelsen §3-1, første ledd: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og

*omsorgstjenester.»* (Prop. 91L, 2010-2011:522). Sørge-for-ansvar fremstår derfor som et overordnet ansvarsprinsipp, der kommunalpolitisk ledelse har frihet til å utforme tjenestene etter eget ønske så lenge borgerne får de tjenestene de har rett på. *«Med overordnet ansvar menes ansvar for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen.»* (ibid.:500). Det kan derfor synes som om ansvars plasseringen retter seg mot kommunestyret, og dets lokalpolitiske aktører, og vi kan da forstå uttrykket som politisk ansvar.

Enkelte forhold ved sørge-for-ansvaret bærer imidlertid preg av administrativt ansvar, da det retter seg mot aktiviteter i kommuneadministrasjonen, som ivaretas av forvalterne: *«Kommunene kan (...) ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud.»* (ibid.:139). Altså kan ikke ansvaret for tjenestene overføres til private virksomheter eller interkommunale enheter, det er til syvende og sist kommunen sitt ansvar å sørge for at tjenestetilbudet sikrer borgerne deres rettigheter. Dette fremkommer tydelig i proposisjonen:

*«Kravet om at kommunen skal vite at den alternative hjelpen vil bli ytet, innebærer at den ansvarlige i kommunen må ha fått forsikring om at andre vil yte hjelpen. Det er ikke tilstrekkelig at den ansvarlige antar, tror eller håper annen hjelp vil bli ytet.»*

(Prop. 90L, 2010-2011:492)

Dette retter seg åpenbart ikke mot politiske aktører, men mot forvaltere som skal overta koordineringsansvaret og følge opp brukerne.

Sørge-for-ansvar, som er så grunnleggende i utformingen av helse- og omsorgssektoren, blir dermed problematisk å kategorisere og det kan være vanskelig å vite hvem som er tenkt å være aktør i ansvarsforholdet. Det er liten tvil om at departementet ser dette i sammenheng med lokal frihet og politisk ansvar, men substansen i sørge-for-ansvar kan også peke på administrativt ansvar som skal ivaretas i kommuneadministrasjonen, ikke kommunestyret. Ifølge departementet innebærer sørge-for-ansvar følgende faser: Planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Avhengig av hvilken fase man utfører vil også aktørene variere. Jeg forstår departementet slik at politisk ledelse har ansvar for utforming og evaluering av tjenestene, og skal i disse fasene utforme tjenestetilbudet slik de mener er den beste lokale løsningen. Aktørene her er politisk valgte aktører, som kan holdes ansvarlig av borgere, media og interesseorganisasjoner. Gjennomføring og korrigerende skjer i kommuneadministrasjonen, og innebærer heller administrering og organisering enn beslutning og prioritering. Her implementerer og iverksetter man politiske beslutninger, og fungerer dermed i

rollen som forvalter. Politisk ledelse og tilsynsorganer kan i disse fasene opptre som forum.

Dermed ser man at proposisjonen fremhever og uttrykker to kategorier for ansvar, der hensikten er å øke det politiske ansvar og -handlingsrom: «*Ansvaret for et kvalitativt godt tjenestetilbud påhviler kommunen, og i siste instans kommunens folkevalgte ledelse.*» (Prop. 90L, 2010-2011:272). Dette begrunnes med at det «*..er et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet*» (ibid.:49). Både politisk- og administrativt ansvar skal derfor danne grunnlag for et ansvarlig og helhetlig tjenestetilbud, der ansvarsrelasjoner og -forhold skal være presisert i de lokale tilpasningene.

Prinsippet om sørge-for-ansvar får i utgangspunktet bred støtte, men høringsinstansene etterlyser klarere ansvarsfordeling. De ønsker å opprette et uavhengig organ som kan være behjelpelig i ansvarstvister, fordi disse uansett vil oppstå (Prop. 90L, 2010-2011:73-74). Helsedirektoratet bekymrer seg for en overordnet lovgivning, og påpeker at statlige styringsverktøy for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er svært ulik. Staten har klare styringslinjer overfor spesialisthelsetjenesten, men styringsverktøyene overfor kommunene er mer begrenset, og en overordnet lovgivning vil svekke styringsmuligheten ytterligere (ibid.:136). Med ulik organisering av helse- og omsorgstjenestene vil tilbudene være geografisk ulike, noe som utfordrer retten til lik behandling. Et minstekrav til tjenestene fører også til bekymring om økonomiske hensyn fremfor kvalitet i tjenestene. Norges Handikapforbund påpeker at kommunalt selvstyre fremstår mer som et mål i seg selv, enn et middel for å tilby gode tjenester (ibid.:389).

Når det gjelder sammenhengen mellom sørge-for-ansvar i kommunesektoren og deres relasjon til helseforetakene påpeker departementet at her er det mindre rom for lokale løsninger men at oppklaring gjennom rammeavtalene er nødvendig:

*«I den gjeldende og den foreslåtte helse- og omsorgstjenestelovgivningen er ansvaret til kommunen og ansvaret til spesialisthelsetjenesten fastslått. Det er også fastsatt bestemmelser om hvilke funksjoner og oppgaver de respektive nivåene skal ha ansvar for. Likevel vil det eksistere overlappende ansvarsområder der det i det daglige, praktiske arbeidet kan oppstå spørsmål om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som skal tilby tiltak (...). Det vil være en fordel både for pasient, bruker og tjenestene om man, (...), blir enige om oppgavefordelingen.»*  
(Prop. 90L, 2010-2011:323)

### **Øvrige kategorier: Ledelses- og klinisk ansvar**

Også ledelsesansvar uttrykkes som begrep gjennomgående i lovforslaget som en viktig del av kvalitetssikring og forsvarlighet i helse- og omsorgstjenestene, men kan sjelden knyttes til min kategori om ledelsesansvar rettet mot tjenestelederen. Ledelsesansvaret kobles innledningsvis til kommunenes øverste folkevalgte ledelse, altså policylederne. Etterhvert dreier imidlertid begrepsbruken seg mot virksomhetslederne og dermed også til det jeg her betegner som ledelsesansvar, nemlig ledelse på tjenestenivå. Tjenestelederne har ansvar for iverksetting og oppfølging av forsvarlighetskrav, internkontroll og implementering av nasjonale faglige retningslinjer: *«På de områdene hvor det er utviklet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, er det et ledelsesansvar å sikre at disse blir implementert i virksomheten.»* (Prop. 90L, 2010-2011:272). Herunder inngår også organisering av pasientsikkerhetsarbeid, arbeidsgiveransvar i relasjon til kompetansesikring og innhenting av politiattest der det er påkrevd og ikke minst gode rammevilkår for at koordinatorene skal kunne oppfylle sitt ansvar (Prop. 91L, 2010-2011). Helse- og omsorgssektoren er preget av mange tjenesteytere som ikke er organisert i en felles enhet, og lederne blir derfor sentrale for at virksomhetene skal drive forsvarlig etter minstestandard og kommunens ønske.

Klinisk ansvar omtales også noe gjennomgående i lovforslaget, men i hovedsak knyttes det til helsepersonelloven og dermed stiller ikke denne proposisjonen noen videre krav eller bestemmelser om klinisk ansvar (Prop. 91L, 2010-2011: 161). Proposisjonen berører ikke de kvalitetsmessige aktivitetene i helsetjenesten, da tilfredsheten med selve tjenestetilbudet er høyt. Tjenesteyterne omtales heller knyttet til fastlegenes sentrale rolle i det koordinerende arbeidet: *«Etter departementets vurdering har fastlegene en helt sentral rolle for å nå målsetningene for samhandlingsreformen.»* (ibid.:27). Altså er tjenesteyterne aktører i det koordinerende arbeidet, gjennom en videreføring og presisering av fastlegeordningen.

Klinisk ansvar blir imidlertid også relevant da proposisjonen åpner for profesjonsnøytralitet i helsetjenestene, slik at kommunene ikke er pliktet til å ansette en bestemt profesjon for et bestemt tjenestetilbud<sup>24</sup>: *«Departementet vil påpeke at dersom kommunen bindes opp med bestemte profesjons- eller bemanningskrav, vil det kunne komme til fortrensel for andre personellgrupper som også kan dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte.»* (ibid.:160). Kommunene står fri til å selv vurdere hvilken kompetanse de ønsker, og det argumenteres med at dette vil hjelpe mindre

---

<sup>24</sup> Eneste unntak er legene i naturlige sammenhenger.

kommuner som ikke har tilgang på den kompetansen de tidligere måtte ha ved lov. Dette er en interessant bevegelse knyttet til klinisk ansvar, da man i noen sammenhenger reduserer betydningen av kvalifisert utdanning og etablerte fagmiljø, og tjenesteyterne har mindre definerte fagkrav. Helsepersonell som har blitt autorisert gjennom utdanning innehar en spesifikk kompetanse og et sett fagnormer knyttet til oppgaveutførelse, og man vet dermed hva man kan forvente av de ulike profesjonsgruppene hva gjelder kompetanse. Ved å åpne for andre yrkesgrupper i helsetjenestene knyttes ikke et spesifikt kompetanseområde og -ansvar til stillingen, og fagmiljøene får redusert betydning som forum. Det å holde en tjenesteyter klinisk ansvarlig medbringer krav om at vedkommende har passende kompetanse for å kunne opptre ansvarlig, hvis ikke har ikke forum et grunnlag for ansvarliggjøring. Profesjonsnøytralitet undergraver derfor dette ansvarsforholdet, og gjør klinisk ansvarliggjøring mer utfordrende.

### **Øvrige uttrykk**

Departementet uttrykker i liten grad andre former for ansvar, men vi kan se noen tendenser til øvrige uttrykk. Ansvar som dyd nevnes i sammenheng med samhandling mellom forvaltningsnivåene: «*Det må bygges en god kultur for åpenhet og dialog mellom nivåene utover hva som er mulig å definere i lovverket.*» (ibid.:330). De viser derfor til at gode ansvarsavklaringer må medfølges av en samarbeids- og ansvarskultur for å skape bedre samhandling mellom nivåene. Individuelt ansvar blir også uttrykt i proposisjonen: Høringsinstansene påpeker at man ikke kan belaste kommunen med alt ansvaret, og dermed glemme at innbyggerne selv må ta ansvar for egen helse. Man er til syvende og sist aktør for egen helse, og har de beste forutsetninger for å fremme egen helsetilstand. Kommunen kan bidra, men ansvaret ligger først og fremst på enkeltindivider.

### **Oppsummering**

Proposisjon om ny helse- og omsorgstjenestelov anerkjenner i stor grad de ansvarsutfordringene som sektoren står overfor, og forklarer blant annet dette med et detaljert regelverk som virker mot sin hensikt. Derfor ønsker departementet å utforme et nytt lovverk som i større grad åpner for lokale løsninger, der det helhetlige ansvaret festes til bestemte aktører, nemlig kommunene. Det skal derfor aldri være vil om hvem som kan holdes ansvarlig, for kommunen skal uansett stå ansvarlig for det helhetlige tjenestetilbudet. Kommunene får med dette ansvaret muligheter til å selv inngå og definere avtaler med andre tjenesteytere, nabokommuner og helseforetak, der ansvarsforholdene avklares gjennom avtalene. Hvorvidt det er kommunestyret eller kommuneadministrasjonen som vil fremstå som ansvarlig aktør er imidlertid mer flytende, og jeg vil tro at dette også vil variere

mellom kommunene avhengig av størrelse og økonomi i tillegg til fasene som departementet definerer. Det lokalpolitiske handlingsrommet er åpenbart avhengig av kommunens økonomiske ressurser, og i dette tilfellet vil mer ressurser bety mer mulighet til å tilby tjenester utover minstekravet. De fattigere kommunene derimot vil muligens ha mer enn nok med å tilby de tjenestene de er pliktet til å tilby borgerne, og politisk ledelse vil ha begrenset handlingsrom knyttet til utformingen av tjenestene. Ansvar vil her ligge i hvordan man klarer å organisere seg slik at man utnytter ressursene på best mulig måte, og fremstår derfor som mer administrativt. Hele denne diskusjonen preges også av en undertone av hvorvidt kommunene i realiteten er politiske organ, eller om de kun er administrative iverksettere. Dette dilemmaet ønsker jeg å håndtere grundigere i analysen, og denne proposisjonen gir gode vilkår for å diskutere dette. Sørge-for-ansvar fremstilles som en overføring av politisk handlingsrom til kommunene, uten at det nødvendigvis blir slik i praksis.

Klinisk- og ledelsesansvar blir i mindre grad uttrykt, men forekommer i noen grad for å understøtte sørge-for-ansvaret og blir dermed en del av ansvarsregimet. Tjenestelederne har i den forstand kontrollansvar overfor egen virksomhet, der de er ansvarlig overfor kommunen gjennom avtalene som er inngått. Fastlegene er særlig sentrale her, for å understøtte det kommunale ansvaret for en koordinert behandling.

## **6.2 Folkehelseloven**

Forslag til ny folkehelselov uttrykkes i Proposisjon 90L (2010-2011). Lovforslaget ble godkjent i statsråd samme dag. Lovforslaget er en videreføring av Samhandlingsreformen, og legges frem i sammenheng med forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov. Den henviser ikke spesifikt til andre offentlige dokumenter, sett bort fra samhandlingsreformen, men peker til vurderinger av folkehelseperspektivet fra tidligere stortingsmeldinger.

Lovforslaget er hovedsaklig en videreføring av den eksisterende loven, men den søker å fremheve betydningen av folkehelsearbeidet da man opplever at det har blitt nedprioritert til fordel for andre oppgaver: «*Ansvar for kommunens planarbeid på folkehelseområdet foreslås dermed knyttes nærmere opp mot kommunens politiske nivå enn i dag hvor ansvaret i stor grad ligger til kommunehelsetjenesten*» (Prop. 90L, 2010-2011:116). Fokuset på folkehelsearbeidet økte i prosessen frem mot Samhandlingsreformen og påfølgende lovforslag: «*Et mye tydeligere ansvar for forebyggingsperspektivet ble bare sterkere og sterkere etterhvert som vi jobbet med Samhandlingsreformen*» (respondent). Gjennom folkehelseloven skal ansvaret for

folkehelsearbeidet lovfestes til dagsorden i kommune og fylkeskommune, og økt innskudd skal gi ressursoverskudd til å kunne prioritere folkehelsearbeidet (Prop. 90L, 2010-2011): «...sett fra staten sin side, så har ikke staten instruksjonsmyndighet overfor primærhelsetjenesten, annet enn at du kan styre dem gjennom lover og forskrifter. Men det jeg er overbevist om at virker best, det er økonomi. Cash is king, og i samhandlingssystemer er det bemerkelsesverdig hvordan det styrer adferden» (respondent).

Formålet med å styrke folkehelsearbeidet er erkjennelsen av at helsetjenestetilbudet ikke er bærekraftig i henhold til endringene man observerer i sykdomspanoramaet. Store deler av behovene stammer fra livsstilssykdommer, og kan derfor begrenses med preventive tiltak før sykdom oppstår. Klarer man å motvirke denne utviklingen, vil dette i sin tur resultere i et mer bærekraftig helsetjenestetilbud som er mindre ressurskrevende. For eksempel pekes det til forsøk der fysioterapi og trening har halvert forekomsten av fallskader hos eldre. Utgiftene til fysioterapi er en brøkdel av hva et lårhalsbrudd koster for kommunen, og økt bruk av fysioterapi og veiledningstilbud kan dermed medføre en friskere eldrebølge som i mindre grad avhenger av tjenestetilbudet. Poenget er altså at ved å bruke noe ressurser på forebygging vil man i neste runde spare mye ressurser fordi man ikke trenger helsetjenestetilbudet, men dette krever en startfase med økt innskudd for å kunne ivareta både helsetilbud og forebygging. Det er utfordrende å definere når man kan forvente resultater av folkehelsearbeidet, og vil trolig variere med de lokale utfordringene de ulike kommunene opplever.

Det påpekes imidlertid at folkehelsearbeid må forekomme i alle sektorer, ikke bare helsetjenesten: «Folkehelseloven plasserer ansvaret for folkehelsearbeidet inn på de tverrfaglige og tverrsektorielle arenaer. (...) Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen fremfor kommunens helsetjeneste.» (Prop. 90L, 2010-2011:11-12). Derfor lovfestes folkehelsearbeidet til politisk dagsorden i planarbeidet, og må derfor behandles årlig på overordnet, politisk nivå. For at politisk ledelse skal kunne planlegge god forebygging må likevel helsefaglige aktører bistå i arbeidet: «Helsesektoren har et særlig ansvar for å synliggjøre helsekonsekvenser av politikk og tiltak og samarbeide med andre sektorer for å nå mål på folkehelsearbeidet.» (ibid.:30).

Begrepet «ansvar» brukes hele 542 ganger på sine 233 sider (2,3 per side), inkludert 17 benevnelser fra selve lovteksten på 7 sider. Det presiseres ikke hva man legger i ansvarsbegrepet. Siden proposisjonen legger hovedbyrden av ansvaret på kommunene, ønsker jeg også å fokusere på sentrale uttrykk for ansvar i kommunal virksomhet. Avslutningsvis ønsker jeg å redegjøre for øvrige

forvaltningsnivå og instanser sine rolle og ansvar i folkehelsearbeidet.

### **Problemforståelse**

Diskusjon av eksisterende utfordringer knyttet til ansvar behandles i liten grad, hvilket kan forklares i at arbeidet på sett og vis har blitt bortprioritert fra både aktører og forum. De få ansvarsproblemene som presenteres relateres til tidligere dokumenter, blant annet Dokument 1 (2007-2008) fra Riksrevisjonen. De peker på at «...det er vesentlige uklarheter i forhold til styring, oppfølging og ansvarsforhold.» (Prop. 90L, 2010-2011 38). Man kan imidlertid se i argumentasjonen for det nye lovforslaget at ansvaret for folkehelse har blitt nedprioritert i helsetjenesten til fordel for akutte helsebehov, mens andre sektorer ikke har hatt, og dermed tatt, ansvar for god folkehelse. Proposisjonen signaliserer at en konkret plassering av ansvar for folkehelsearbeid skal sørge for en bedre oppfølging av arbeidet, og man ønsker derfor å bruke det nye lovforslaget for å løfte opp og tydeliggjøre ansvaret slik at det blir bedre ivaretatt i ettertid.

### **Fokus: Politisk ansvar**

Også denne proposisjonen omtaler ansvar tett relatert til oppgaver, slik som Samhandlingsreformen også gjør. Dette gir ved første øyekast et inntrykk om administrativt ansvar, men det ligger imidlertid i målsetningene og formuleringene at proposisjonen først og fremst vektlegger politisk ansvar. Departementet ønsker å lovfeste folkehelsearbeidet til den lokalpolitiske dagsorden, slik at kommunestyret må ta stilling til lokalt folkehelsearbeid:

*«Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse viktige hensyn bør inngå i kommunens planer etter plan- og bygningsloven.(...) Kommunen har et spesielt ansvar for å iverksette tiltak på områder der kommunen har de største helseutfordringene, og der kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak.»* (Prop. 90L, 2010-2011:121-122).

Dette argumenteres videre med at *«En større bevissthet og systematikk rundt folkehelsearbeid, blant annet gjennom å løfte dette arbeidet opp på politisk nivå i kommunen, bør legge til rette for et generelt større fokus på dette området og dermed gjennomgående mer effektiv bruk av ressursene i tillegg til bedre valg av løsninger (...).»* (ibid.:196), og *«Strategier og handlingsplaner er virkemidler for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre aktører i flere sektorer.»* (ibid.:31).

Tidligere var folkehelsearbeidet tillagt den kommunale helsetjenesten, og dermed forvaltere med administrativt ansvar, og departementet mener arbeidet ble nedprioritert til fordel for akutte tjenestebehov og *«...mangel på konkretisering i loven av hva dette ansvaret innebærer.»* (ibid.:196).



Det påpekes også at folkehelsearbeid krever en innsats i alle sektorer, da påvirkningsfaktorene også kommer fra arbeidsliv, skole, klima og lignende. Hensikten ved å knytte folkehelsearbeidet til politisk ansvar, er et ønske om at alle sektorene skal ivareta folkehelseperspektivet i sitt virke og bidra med forbedringstiltak der det er mulig.

Det politiske ansvaret for folkehelsearbeid innebærer ifølge departementet fire faser: Overvåking, målsetting, tiltak og tilsyn. Kommunestyret blir gjennom proposisjonen lovfestet til å følge opp disse fire fasene for å ivareta sitt ansvar, mens fylkeskommune og stat hovedsaklig bidrar med oversikts- og tilsynsfunksjon. Selv om kommunestyret er sentrale i alle disse fasene, vil i praksis kommuneadministrasjonen utføre noen av disse oppgavene hvilket medfører et administrativt ansvar. Kommunestyret kan tenkes å være mest sentrale i målsettings- og tiltaksfasen, der de skal vurdere og prioritere hvilke forbedringstiltak som vil være mest hensiktsmessige for å forbedre lokal folkehelse. Proposisjonen påpeker at folkehelsearbeidet kan innebære et mangfold av tiltak. Det foreligger derfor et lokalpolitisk handlingsrom for hvilke tiltak lokalpolitikere ønsker å prioritere, særlig i de kommunene der overvåkingen viser at folkehelse determineres av ulike forhold. I denne sammenhengen er kommunestyret aktør, mens innbyggere, interessegrupper, media og andre overvåkings- og tilsynsorganer kan fremgå som forum som ansvarliggjør kommunestyret.

### **Øvrige uttrykk**

Basert på fasene som folkehelsearbeidet medfører kan man også identifisere andre uttrykk for ansvar, særlig knyttet til det administrative. Forvalterne i kommuneadministrasjonen er sentrale aktører i alle fasene, med unntak av målsetning. Det er åpenbart at overvåking, tiltak og tilsyn ikke vil utføres av politiske aktører, men av forvalterne i samarbeid med tjenesteaktører. Kommunestyret har mer et ansvar som forum for å sørge for at fasene ivaretas, mens aktivitetene og ansvarliggjøringen vil hovedsaklig rette seg mot forvalterne i kommuneadministrasjonen. Forvalterrollen innebærer forberedelse av politiske saker, og vil derfor frembringe informasjon fra overvåkingsvirksomhet slik at kommunestyret kan gjøre gode vurderinger. Det er også et administrativt ansvar å følge opp beslutningene og målsetningene, slik at underliggende virksomheter iverksetter tiltakene, hvilket illustrerer forvalternes oppgave i å implementere politiske vedtak. Det kreves også administrativ internkontroll for å følge opp at tiltakene iverksettes samsvarende med de politiske målsetningene. Folkehelseloven påpeker viktigheten av at de som fører tilsyn, må være adskilt fra de som iverksetter tiltakene, og det vil derfor være naturlig at administrasjonen (som også overvåker) har administrativt ansvar for å føre tilsyn med virksomhetenes tiltak. Man kan derfor si at administrativt ansvar blir en forutsetning for det

politiske folkehelseansvaret, og at det er en sammenheng mellom politiske vedtak og ansvar og administrativ gjennomføring i folkehelsearbeidet. Forum for kommuneadministrasjonen kan blant annet være politisk ledelse og øvrige tilsyns- og kontrollorgan.

Overvåkings- og tiltaksfasene krever også faglig kompetanse: For å vurdere årsakssammenhenger mellom samfunnsforhold og sykdomspanorama, trenger man kompetanse om nettopp dette. Man behøver god kjennskap til tjenestene for å kunne iverksette og foreslå tiltak. Denne kompetansen skal være forankret i kommuneadministrasjonen, blant annet hos kommunelegen, og tolkes derfor her som administrativt ansvar. Proposisjonen pålegger alle kommuner å ha ansatt en kommunelege, gjerne i samarbeid med andre kommuner. Den åpner også, med sin profesjonsnøytralitet, med at kommunene bør ha flere fagretninger representert slik at folkehelsearbeidet kan utformes best mulig. Likevel kan det tenkes at helsepersonell på tjenestenivå vil medvirke i dette arbeidet, avhengig av hvor mange fagansatte kommunen har ansatt i administrasjonen. Større kommuner vil kunne ha flere fagansatte, mens mindre kommuner kan tenkes å måtte rådføre seg med helsepersonell for å kunne ivareta sitt administrative ansvar på en god måte.

Det kliniske ansvaret uttrykkes i noe grad der man avhenger av samarbeid med tjenesteyterne for å identifisere årsakssammenhenger og iverksette tiltak i relasjon til folkehelsearbeidet. Fastlegene har for eksempel et klinisk ansvar i overvåkingsarbeidet ved at de har nærest kontakt og oversikt over sykdom i befolkningen. Dersom fastlegene ser en markant økning i astmatilfeller, som kan være et resultat av dårlige luftforhold i Bergen, har de et klinisk ansvar for å rapportere og alarmere om disse forholdene slik at det håndteres politisk og administrativt i kommunen. Det samme gjelder observasjon av økning i smittefarlige sykdommer som hjernehinnebetennelse, svineinfluensa, skabb og lignende, her har tjenesteyterne et ansvar for å slå alarm. Tjenesteyterne har også et klinisk ansvar for iverksetting av enkelte tiltak, og sørge for at de er faglig gode. Dette kan gjelde gjennomføring av røykesluttkurs, kurs for gravide kvinner og opptrening av eldre for å forhindre fallskader. Resultatet av slike tiltak vil avhenge av den faglige kvaliteten på tjenestene, og medbringer dermed et klinisk ansvar.

Ledelsesansvaret er svært begrenset i proposisjonen, men videreføres på et generelt nivå der tjenestelederne i helsesektoren innehar et ledelsesansvar for å iverksette og tilby gode tjenester og veiledning i folkehelsearbeidet. Dessuten ser man behov for ledelsesansvar i alle virksomheter for å skape gode, helsefremmende miljø på arbeidsplass, skole og lignende arenaer.

Avslutningsvis kan jeg også nevne at noen av høringsinstansene påpeker at innbyggerne har et individuelt ansvar for egen helse, man kan ikke tilskrive kommunene *alt* ansvar. Departementet fremviser også sosialt ansvar ved å åpne for samarbeid med-, og inkludering av frivillige organisasjoner, og anerkjenner dem som sentrale aktører i folkehelsearbeidet.

### **Ansvarsforhold hos øvrige forvaltningsnivå og instanser**

Selv om kommunene blir sentrale i folkehelsearbeidet, påpeker departementet at alle sektorer og alle forvaltningsnivå må ivareta et ansvar for folkehelsearbeid: «*Loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer.*» (Prop. 90L, 2010-2011:66). På samme måte som at ansvaret for overvåking, målsetting, tiltak og tilsyn i kommunesektoren omhandler de områdene der kommunen har sitt virke, har fylkeskommunen de samme pliktene innenfor sitt eget virke. Noen åpenbare ansvarsområder for fylkeskommunen er for derfor tannhelsetjenesten, videregående opplæring og regional samferdsel som administreres på fylkeskommunalt nivå. Det påpekes for eksempel at innbyggere som fullfører videregående skole har større helsegevinst enn de som faller fra, og at man bør verdsette god veiledning i tannhelsetjenesten. Fylkeskommunens ansvar kan derfor tolkes i sammenheng med kommunenes overordnede ansvar. I tillegg har fylkeskommunen et regionalt ansvar: «*Fylkeskommunens samordnings- og pådriveransvar for folkehelsearbeidet i fylke og dens oppgave i å understøtte kommunens arbeid følger av lovforslaget*» (Prop. 90L, 2010-2011:177). Dette innebærer en overvåkings- og tilsynsfunksjon, der blant annet det regionale helsetilsynet er sentralt, i tillegg til å fremme og legge tilrette for kommunesamarbeid i folkehelsearbeidet.

Selv om lovforslaget hovedsaklig retter seg mot kommuner og fylkeskommuner, ble det etter ønsker fra høringsrunden, innført en prinsippbestemmelse om statlige myndigheters ansvar i folkehelsearbeidet: «*§22 Statlige myndigheters ansvar: Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.*» (Prop. 90L 2010-2011:230). Dette er den eneste referansen til et sektorovergripende folkehelseperspektiv på statlig nivå. Det imidlertid flere statlige organer som har et ansvar i folkehelsearbeidet: Helsedirektoratet har overvåkings-, forsknings- og evalueringsansvar, og skal dermed sette faglige standarder for godt folkehelsearbeid. Folkehelseinstituttet har overvåkings-, forsknings- og forebyggingsansvar. Helsetilsynet har overordnet ansvar for tilsyn med helsetjenestene, og de er også representert på fylkeskommunalt nivå. Helseforetakene har, i denne sammenheng, ansvar for utdanning, forskning og opplæring av pasienter. Utenom disse instansene er det også faginstanser som ansvar for spesifikke fagområder: Mattilsynet, Statens institutt for rusmiddelforskning, Statens strålevern og øvrige organer som dekkes av §22.

Dette medbringer imidlertid spørsmål om ansvarsutfordringer, og flere høringsinstanser uttrykker bekymring: «*Det er en fare (...) ved å heve det til et høyere ansvarsnivå, i praksis blir en usynliggjøring av ansvaret. Hvis alle har ansvaret, kan det være at ingen føler seg forpliktet av det.*» - Norsk Legeforening (ibid.:54). Flere høringsinstanser påpeker behov for klarere konkretisering av ansvarforhold mellom forvaltningsnivåer og sektorer, og de påpeker også at et sektor- og nivåovergripende også burde forankres enda bedre på statlig nivå.

### **Oppsummering**

Proposisjon om ny folkehelselov presiserer og understreker at folkehelsearbeidet skal være et politisk ansvar, og tillegger det derfor kommunestyrene. De påpeker at dette må være et overordnet og tverrsektorielt ansvar, og lovfester arbeidet på kommunenes dagsorden. Det er imidlertid tydelig at det politiske ansvaret proposisjonen uttrykker også medbringer en stor grad av administrativt ansvar, noe man gjenkjenner i fasene som folkehelsearbeidet inndeles i, da forvalterne blir sentrale i folkehelsearbeidet. Politisk ledelse kan ikke ivareta sitt ansvar dersom kommuneadministrasjonen ikke gjør gode saksforberedelser, basert på god overvåking, og følger opp politiske målsetninger.

I tillegg til dette uttrykker proposisjonen i noen grad til både klinisk- og ledelsesansvar, men kanskje mest det sosiale ansvaret forvaltningsnivåene innehar. Frivillige organisasjoner medfører store ressurser og muligheter for folkehelsearbeidet, og man understreker hvor hensiktsmessig og verdifullt samarbeid og oppfølging av frivillig sektor vil være.

## 7 Analyse

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å se nærmere på de observasjonene jeg gjorde meg i kapittel 5 og 6 mer overordnet, og dermed også se etter variasjoner tilknyttet aktørfokus/ansvarsforhold og forhold i reformfasene. Dette innebærer en mer helhetlig diskusjon av hvordan ansvar ble uttrykt i de ulike dokumentene og hvordan ikke minst også hvordan dokumentene varierer fra hverandre.

I de foregående kapitlene har jeg gjennomgått dokumentene egenhendig med utgangspunkt i kategoriseringsskjemaet, og vurdert hvordan uttrykk for ansvar fremkommer i det bestemte dokumentet. Jeg ønsker derfor videre å se hvordan dokumentene varierer fra hverandre med utgangspunkt i ansvarskategoriene og deres aktørfokus, i tillegg til at jeg vil se hvordan reformfasene teoretisk sett kan bidra til å avdekke interessante forhold fra dokumentanalysen. Her vil det analytiske rammeverket fra kapittel 3, altså reformfaser og ansvar, brukes gjennomgående for å dra frem skillelinjer, sammenhenger og dilemmaer fra det empiriske materialet. Ved å gjøre dette vil jeg få en mer overordnet vurdering av hvordan ansvar uttrykkes i de to reformfasene, samt avdekke eventuelle spenninger og hvordan reformprosessen som helhet har fokusert på ansvarsforhold og -problematikk. Jeg ønsker også å diskutere eventuelle spenninger som fremkommer av mine observasjoner tilknyttet avklaring og behandling av ansvarsforhold, deriblant dilemmaer tilknyttet sørge-for-ansvar.

Siden analysen også har påpekt andre spenninger som kan relateres til ansvarsforhold, men som ikke er i kjernen av denne oppgavens hovedtema er det flere dilemmaer som fortjener oppfølging. Dette gjelder særlig temaet rundt flernivåstyring og forholdet mellom stat og kommune. Jeg ønsker derfor å følge opp noen av disse diskusjonene i kapittel 8, slik at dette kapitlet fokuserer på å diskutere spenninger og dilemmaer tilknyttet min beskrivende teori om ansvar og reformfaser.

### **7.1 Empiriske betraktninger - Formuleringsfasen**

Vi ser ganske tydelig at de utvalgte dokumentene som ble fremlagt i forkant av-, og i forbindelse med, Samhandlingsreformen har ulike måter å uttrykke ansvar på. De største variasjonene finner man ved å se hvilken sammenheng dokumentet er forfattet i, der særlig de to NOU-ene skiller seg fra de øvrige dokumentene som er forfattet internt i departementet. Både Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget synes å vie stor oppmerksomhet mot tjenestenivået og tilhørende ansvarskategorier, mens øvrige dokumenter fokuserer mer på de høyere forvaltningsnivåene og dermed politisk- og administrativt ansvar. Hvorvidt dette kan forklares ut fra dokumenttype, forfatter eller tidsepoke er

vanskelig å avdekke, men observasjonene er likevel utvilsomt interessante.

Wisløff-utvalget og Bernt-utvalget ble utarbeidet parallelt, og kan tenkes å ha påvirket hverandre underveis i prosessen. Begge fokuserer på ansvar knyttet til tjenestenivå, herunder klinisk- og ledelsesansvar. Bernt-utvalget fikk et mandat for å motvirke ansvarsfraskrivelse i kommunehelsetjenesten, og behandlet hovedsaklig klinisk ansvar hos tjenesteyterne. Wisløff-utvalget fokuserte på både tjenesteledere og -yttere og omtaler derfor begge ansvarskategoriene tilknyttet tjenestenivået. De to utredningene skiller seg fra hverandre ved at Wisløff-utvalget ikke bare fokuserer på klinisk ansvar, men også uttrykker ledelsesansvar og ansvar som dyd i utstrakt grad. Begge disse NOU-ene er utarbeidet av et utvalg på vegne av departementet og er derfor forfattet eksternt.

Jeg observerer imidlertid en helomvending, hva gjelder ansvarsuttrykk, når man leser dokumentene som er formulert og forfattet internt i departementet der ansvarsdiskusjoner og -uttrykk relateres til de overordnede forvaltningsnivåene og politisk- og administrativt ansvar. Nasjonal Helseplan utgjør for eksempel en empirisk helomvending fra NOU-ene da departementet hovedsaklig uttrykker politisk ansvar på statlig og lokalt nivå. Man understreker og presiserer en videreføring av prinsippet om lokalt selvstyre samtidig som man signaliserer behovet for sterk statlig styring og kontroll for å sikre helhet og samhandling i hele sektoren. På samme vis viderefører Samhandlingsreformen tankegangen med økt og tydeliggjort politisk ansvar og ønsker et særlig økt fokus på kommunenes lokalpolitiske handlingsrom for å kunne gjøre lokale tilpasninger i helsetilbudet. Sørge-for-ansvaret er en tydelig indikator på dette og reformen presiserer en kommende statlig overføring av politisk ansvar til kommunene. Denne delen av utvalget er forfattet internt i departementet og viser en dramatisk endring i hovedfokus tilknyttet ansvar sammenlignet med NOU-ene som er forfattet eksternt.

Det er kun to av dokumentene fra formuleringsfasen som i stor grad fokuserer på andre uttrykk for ansvar utover kategoriseringsskjemaet mitt<sup>25</sup>: Wisløff-utvalget fokuserer i veldig stor grad på ansvar som dyd og går så langt som å henvise til ønsket om en «kulturrevolusjon». Utvalget påpeker at organisatoriske løsninger og strukturer alene ikke kan betinge god samhandling, man må fremme en institusjonell holdning der samarbeid og ansvar verdsettes av tjenesteyterne. Wisløff-utvalget foreslår derfor blant annet kulturfremmende tiltak, herunder økt kulturelt fokus fra utdanningsinstitusjonene og tjenestelederne og hospiteringsordninger. De ønsker at hospitering skal

---

25 Sett bort fra begrepet «foreldreansvar»

forekomme i begge forvaltningsretninger: Ansatte i kommunehelsetjenesten hospiterer hyppig på hos helseforetakene for å lære og forstå rutinene og prosessene der. Det er imidlertid av unntakene at ansatte i spesialisthelsetjenesten hospiterer i kommunehelsetjenesten for å lære mer om denne siden av helsetilbudet og dermed oppnå mer forståelse. Ifølge Wisløff-utvalget skal kulturelle endringer på tjenestenivå skal derfor være en grunnleggende løsningsfaktor for å sikre bedre samhandling, og dermed ansvarsavklaring, mellom forvaltningsnivåene. Også Samhandlingsreformen fokuserer i noen grad på andre uttrykk for ansvar utover mitt kategoriseringsskjema, nemlig det sosiale ansvar. Ved å vie et eget kapittel til anerkjennelse og verdsetting av frivillige organisasjoners bidrag og betydning for helse- og omsorgssektoren oppfordrer departementet også til videre inkludering av frivillig sektor i helsearbeidet.

### **7.1.1 Interne variasjoner i formuleringsfasen**

Empirien fremviser en todeling av dokumentene innordnet under formuleringsfasen, avhengig av om de fokuserer på ansvar på tjenestenivå eller på overordnet forvaltningsnivå, og det er derfor tydelige interne variasjoner i formuleringsfasen. Det er imidlertid utfordrende å si noe om hvorfor det er slik, men man kan avdekke noen mulige forklaringsfaktorer.

En mulig forklaring på disse variasjonene baserer seg på dokumentets art og funksjon. De to dokumentene som skiller seg fra utvalget for øvrig er begge NOU-er som utfører en utredning på vegne av departementet eller regjeringen ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)). Siden det kun er NOU-ene som skiller seg ut i forhold til ansvarsfokus er det ikke utenkelig at dokumenttypen NOU har vært utslagsgivende for hvilke uttrykk for ansvar som fremkommer.

En annen mulig forklaring bygger på at vektlegging og diskusjon av ansvar kan synes å variere avhengig av hvem som forfatter og formulerer dokumentet. De to dokumentene som vektlegger ansvar på tjenestenivå er forfattet i eksterne utvalg, mens de øvrige dokumentene som er forfattet internt i departementet fokuserer langt mer på politisk ledelse og ansvar og i begrenset grad på tjenestenivået.

En tredje mulig forklaringsfaktor baserer seg på tidsmessige forhold: NOU-ene er de tidligst publiserte dokumentet i utvalget, og er muligens preget av NPM-bølgen som i større grad retter seg mot tjenestenivået. Her blir politisk kontroll og ansvar nedprioritert til fordel for tjenesteledere og generell effektivisering av tjenestenivået. Innen Helseplanen for 2007-2010 presenteres kan WG-

prinsipper tenkes å ha påvirket forvaltningspolitikken i helse- og omsorgssektoren ved å vektlegge sentralisering, politisk kontroll og integrering av nivåer og virksomheter.

### ***Interne variasjoner i de to formuleringsbolkene***

Vi kan avdekke en variasjon mellom NOU-ene ved at Wisløff-utvalget i større grad fokuserer på tjenestelederen sin rolle og institusjonelle forhold som forutsetning for god samhandling, altså ikke bare tjenesteyterne. Dette kan muligens forklares ved at Wisløff-utvalget i større grad fokuserer på utfordringer i et flernivåperspektiv der man ønsker bedre samhandling mellom forvaltningsnivåer og utfordringene krever derfor en større grad av samarbeidskultur. Det kan også tenkes at Wisløff-utvalget behandler tjenestelederen som en sentral aktør, da spesialisthelsetjenesten er påvirket av NPM-elementer der sykehusdirektørene har en viktig rolle sett i sammenheng med tjenesteledere i kommunehelsetjenesten.

Av de dokumentene som fokuserer på politisk nivå er det også noen variasjoner. Det kan for eksempel tenkes at Nasjonal Helseplan i større grad er farget av politisk retorikk og strategi ved at regjeringen synliggjør og tydeliggjør et sterkt statlig politisk ansvar. Velgere kan gjerne tolke det som at de *tar* ansvar for hele sektoren, og regjeringen kan derfor oppnå tillit og tilslutning for deres helhetlige styring over helse- og omsorgssektoren. Dersom de hadde brukt helseplanen til å uttrykke og påpeke klinisk- og ledelsesansvar vil de også erkjenne at løsningen på samhandlingsproblemet ikke ligger hos dem selv og at de derfor ikke kan håndtere utfordringene i sektoren. I Samhandlingsreformen derimot fraskrives store deler av det statlige politiske ansvaret til fordel for kommunenes lokalpolitiske ansvar. Å forsterke og fremheve det lokalpolitiske ansvaret og handlingsrommet fremtoner seg som noe positivt, særlig når man kan begrunne dem med demokratiske prinsipper og desentralisering. Det innebærer imidlertid også at regjering sjelden kan holdes ansvarlig der det foreligger kritikkverdige forhold, da man fraskriver statlig nivå sitt ansvar og tilskriver det til kommunene. Dermed vil det være mindre grunnlag for å kritisere regjeringen og deres måloppnåelse, og de vil være bedre stilt til neste valgkamp.

### **7.1.2 Teoretiske betraktninger - reformfasen**

I denne delen ønsker jeg å se på hvordan de teoretiske beskrivelsene av reformfasene kan bidra til å avdekke særegne forhold ved reformprosessen. Gjennom sammenlikning av dokumentene i formuleringsfasen ser vi at samhandlingsproblemet er konstant, men det er en dreining i forståelsen av hvor problemet ligger. Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget peker på problematiske forhold på tjenestenivå, og viser derfor til objektive problemer som konstrueres av sosiale og strukturelle



forhold. De politisk initierte dokumentene derimot peker på uavklarte problemområder på politiske forvaltningsnivå, og kan dermed tenkes å omtale sosialt konstruerte problemer der politiske aktører har en oppfatning av hva som er problemet uten at det nødvendigvis samsvarer med den faktiske tilstanden.

Når det gjelder formulering av løsningsalternativer begrenser disse seg allerede i denne fasen gjennom smale mandat for hvilke endringer man kan foreslå. Det spesifiseres for eksempel at Wisløff-utvalget må ha sitt utgangspunkt i en videreføring av dagens tilbud som er fordelt på to forvaltningsnivå, og sykehusloven skal videreføres ved at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal driftes gjennom helseforetaksordningen. Med denne videreføringen begrenser man hvilke alternative tiltak som kan iverksettes, og dermed også muligheten for å finne de optimale løsningene. Respondenten forklarer at denne begrensningen kan forklares politisk:

*«I begynnelsen snakket man ganske åpent om forskjellige løsninger. Samhandlingsreformen og samhandlingsproblemet tar jo utgangspunkt i at det er to ulike forvaltningsnivå som har ulike ansvarsoppgaver. Og fra vårt ståsted var det to måter å se på det: Enten beholdt du dagens løsning med to forvaltningsnivå og så måtte du gjøre noe med de økonomiske insitamentene mellom de ulike forvaltningsnivåene og eventuelt endre noe på lovverket. Det andre var å si at det vi har idag ikke er godt nok. Det beste, og mest ideelle, ville nok være å ha hatt en vertikal integrering av hele helsetjenesten. Altså som det var i Kaiser-permanente i San Fransisco, som er en stiftelse som driver med helsetjenester. De har alt organisert i en juridisk enhet, så det vil si alt i fra fastlegekontor til spesialiserte sykehus befinner seg innenfor den samme organiseringen. Da slipper man at pasienter blir kasteballer mellom ulike forvaltningsnivå, fordi ingen vet hvem som skal betale regningen eller hvem som har ansvaret. Sånn at det var jo noe vi diskuterte og snakket om, men det var mer på et teoretisk plan fordi det var politisk helt umulig, fant vi ut, å gjennomføre det. Umulig å se for seg at Senterpartiet går med på å legge kommunehelsetjenesten innen statlig regi.»*  
(respondent)

Gitt de politiske begrensningene som preger formuleringsfasen ser man likevel at departementet stort sett anvender de iverksettingsverktøyene som Hood formulerer<sup>26</sup>. De økonomibaserte tiltakene er trolig mest synlig i selve reformen, men man ser også en diskusjon av informasjons-, autoritets- og organisasjonsbaserte redskapene som kan anvendes i en reform. Det viser seg imidlertid at departementet og regjeringen ikke selv betrakter institusjonell endring av ansvar som dyd som et

---

26 Side 40

reelt alternativ slik som Wisløff-utvalget gjør.

## **7.2 Empiriske betraktninger - Beslutningsfasen**

Dokumentene som inngår i beslutningsfasen er mer samstemte i sine ansvarsuttrykk hvilket kan forklares ved at begge dokumentene formuleres og fremlegges i sammenheng med hverandre. Det er derfor liten grad av intern variasjon mellom de to dokumentene sammenlignet med formuleringsfasen. I denne fasen fremheves det lokalpolitiske ansvaret i veldig stor grad der kommunestyret blir presisert som aktør gjennom lovfesting av folkehelsearbeid i planarbeidet, og de får utvidet handlingsrom for å gjøre lokale tilpasninger i kommunehelsetjenesten. Ved å overføre det helhetlige ansvaret til kommunene kan man også regne med en tettere oppfølging og ivaretagelse av innbyggernes rettigheter for å unngå kritikkverdige forhold som og eventuelle konsekvenser for kommunestyret.

Man kan argumentere for at sørge-for-ansvaret medbringer både politisk- og administrativt ansvar, selv om departementet selv velger å relatere det til lokalpolitisk ansvar. Vi ser imidlertid at politisk ansvar er avhengig av en forvaltning som følger opp politiske vedtak, og er derfor tett koblet til det administrative ansvaret. Dette kan være problematisk da de to ansvarskategoriene medfører ulike aktører, forum, substans og konsekvenser i ansvarsforholdet. Jeg ønsker derfor å diskutere sørge-for-ansvar mer egenhendig under neste delkapittel.

Sammenhengen mellom sørge-for-ansvar og desentralisering av beslutningsmakt medfører automatisk mindre statlig kontroll og overstyring av kommunene. Departementet understøtter denne tendensen ved å foreslå mindre detaljerte lover og forskrifter, og åpner for økonomiske løsninger der kommunene selv vurderer og prioriterer sin ressursbruk. Man reduserer dermed muligheten for å politisk ansvarliggjøre regjeringen for kritikkverdige forhold i enkeltsaker da kommunene har det fulle sørge-for-ansvaret overfor egne innbyggere. Fastsetting av ansvarsgrenser skjer likevel fra statlig hold gjennom helseforetakene, og staten fastsetter også minstekrav samt sørger for helhet og rettferdighet i hele helsesektoren.

Det er noe misnøye tilknyttet de to lovproposisjonene basert på innholdsmessige, praktiske og politiske faktorer. Høringsinstansene bekymrer seg for det de omtaler som en «stille reform»: *«KS kan ikke akseptere en fortsettelse av den «stille reformen» der stadig flere oppgaver legges til kommunen uten at dette kompenseres økonomisk.»* - Kommunesektorens organisasjon (Prop. 91 L, 2010-2011:67). Flere av høringsinstansene ønsker en grundigere avklaring av ansvarsforholdene

gjennom bestemmelser fremfor lov, men en generelt mer definert ansvarsfordeling som medfører færre gråsoner. Det uttrykkes også misnøye med at høringsinstansene får begrenset behandlingstid av høringsforslaget særlig sett i sammenheng med omfanget av de to lovforslagene, og det ymtes frempå at proposisjonene er preget av hastverk (ibid.:32).

Lovproposisjonene inkluderer grundige utredninger og forklaringer for hvorfor departementet ønsker de endringene de fremmer. De uttrykker derfor også andre ansvars kategorier, selv om de er betydelig nedtonet til fordel for politisk- og administrativt ansvar. Det er imidlertid overraskende at helsetjenesteloven, som bygger på Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget, ikke i større grad behandler ansvar på tjenestenivå og ansvar som dyd som er veldig fremtredende i utredningene med forslag til forbedringstiltak som vil bedre samhandling. Det er like overraskende at proposisjonene, som er en videreføring av Samhandlingsreformen, ikke påpeker verdien av sosialt ansvar og tilknytning til frivillige organisasjoner. Det kan være flere grunner til at ikke disse uttrykkene for ansvar følges opp i lovproposisjonene, både politiske og praktiske, men det er likevel snodig at de ikke fremgår mer i beslutningsfasen med tanke på hvor mye de er vektlagt i formuleringsfasen.

## **7.2.1 Teoretiske betraktninger - beslutningsfasen**

Siden denne oppgaven ikke direkte studerer selve reformprosessen er det problematisk å vurdere hvilke aktører som har vært involvert i denne fasen. Det er åpenbart at lovproposisjonene er politisk initierte, og forvaltere i departementet har trolig stått for selve formuleringen av dem. Vi ser også at høringsinstanser har en sterk stemme i alle enkeltendringene av eksisterende lovverk, men i hvilken grad de har hatt påvirkningsmulighet er vanskelig å vurdere. I noen sammenhenger endrer regjeringen standpunkt fra det de fremmet i samhandlingsreformen, i andre sammenhenger holder de på egne forslag tross stor motstand fra høringsinstansene.

Vi kan imidlertid konkludere med at proposisjonene er positive beslutninger som skal medføre fremtidige endringer i håp om å forbedre helsetjenestetilbudet. Den fremstår som en rasjonell beslutning, der beslutnings aktørene er enig om mål og metode og reelle handlingsalternativer er grundig vurdert. Det er forøvrig alarmerende at høringsinstansene opplever at lovforslagene er preget av hastverk, og det kan derfor synes som om vedtakene er preget av politisk hastverk.

## **7.3 Mer om sørge-for-ansvar**

Samhandlingsreformen signaliserer at kommunene i større grad skal være et lokalpolitisk organ der kommunestyret har handlingsfrihet til å gjøre lokale tilpasninger i helsetjenestetilbudet basert på

særegne kommunale behov og forhold. Noen kommuner vil ha et ønske om å prioritere eldreomsorg i større grad mens andre sliter mer med kronisk syke eller rus avhengige. Det er imidlertid ingen tvil om at regjeringen signaliserer at kommunens lokalpolitiske rolle og funksjon verdsettes og fremheves. Jeg ønsker her å behandle sørge-for-ansvaret mer inngående for å diskutere hvorvidt det faktisk kan relateres til politisk ansvar, eller om det i praksis innebærer oppgaver knyttet til forvaltning og implementering av statlig politikk. Dette gjelder særlig for helse- og omsorgstjenesteloven, da det politiske folkehelseansvaret i mindre grad er konkretisert. Det å organisere og prioritere tjenester etter eget ønske medfører et beslutningsrom for politisk ledelse, men det er ikke nødvendigvis slik at kommunene har flere reelle alternativer å velge mellom.

Det er 429 kommuner i Norge og de varierer i veldig stor grad med tanke på befolkning, demografi, geografi og økonomiske ressurser. En stor kommune kan tenkes å ha større ressurser til rådighet samt større kommuneadministrasjon, og har med det et bedre grunnlag for ressurseffektivisering. Dermed kan de også få et større økonomisk overskudd til å kunne tilby tjenester utover det de er pliktet til å tilby. Kommunestyret vurderer da hvilke tjenester de ønsker å prioritere og kan dermed sies å ha et politisk beslutningsrom. Mindre kommuner derimot kan ha færre ressurser, og de har knapt nok dekningsgrad for de tjenestene de er pliktet til å tilby borgerne. Kommunestyret vil, i slike tilfeller, ikke ha mulighet til å velge ut flere tjenestetilbud da de ikke har overskudd til å tilby noe mer. Det krever mer ressurser å opprettholde tilsvarende tilbud i mindre kommuner da pågangen på enkelttjenestene er mindre, men helsetilbudet må være tilgjengelig ved behov. Det kan derfor tenkes at mindre kommuner i praksis fremstår som forvaltningsorganer som har hendene fulle med å ivareta sitt sørge-for-ansvar. For noen kommuner vil sørge-for-ansvaret avhenge av samarbeidsavtaler med andre kommuner for å kunne tilby de grunnleggende tjenestene til sine innbyggere, og kommunestyret kan oppleve kommunesamarbeid som eneste reelle alternativ. Her vil administrativt ansvar være tydeligere forankret enn politisk ansvar. Jeg forstår det derfor slik at det som fremstilles som politisk ansvar i enkelte tilfeller vil være et administrativt ansvar i praksis. Andre kommuner kan oppleve interne forhold som avgrensende for beslutningsrommet, dersom de har mange innbyggere som har krav på bestemte tjenester. Dette kan for eksempel være kommuner som har mange eldre innbyggere som koster mer enn for en kommune med yngre befolkning.

Vi ser derfor at det politiske handlingsrommet som sørge-for-ansvaret forsvares med, i realiteten vil variere mellom kommunene avhengig av interne forhold. Ansvar vil variere tilsvarende mellom kategoriene politisk- og administrativt ansvar, men hvorvidt forum er konstant er vanskelig å vurdere. Innbyggerne i kommunene vil trolig ansvarligholde kommunestyret, uavhengig av i

hvilken grad de har reellt beslutningsrom. Substansen i ansvarsforholdet kan da begrunnes i kontroll over egne aktiviteter og kommunens økonomiske tilstand.

Man kan også stille spørsmål om folkehelseovens konsekvenser for det politiske handlingsrom. Departementet påpeker at kommunene skal redusere sine utgifter til helsetjenesten ved å redusere behovet for tilbudet. Virkningene av folkehelsearbeid må sees i et langtidsperspektiv, og de ønsker derfor å gi økte ressurser slik at kommunene har overskudd til å prioritere det i en midlertidig periode. Her foreligger en underliggende konsekvens om at de kommunene som ikke klarer å redusere behovet for helsetjenester i sin tur vil miste ressurser til andre politiske tiltak, da sørge-for-ansvaret vil kreve mye ressurser på lang sikt:

*«Det er jo et poeng. Det skal lønne seg være god, og det skal lønne seg å være bedre enn man var før. Og da skulle det økonomiske oppgjøret gjøres raust, sånn at det blir bedre handlingsrom for dem i neste omgang. For det vil være et sterkere insitament for å gjøre det bedre, så det var hele poenget. Da må de gjerne bygge kulturhus for de pengene.»* (respondent).

Det kan dermed synes som om lokalpolitisk handlingsrom blir en gevinst for de kommunene som oppnår gode resultater av folkehelsearbeidet, i form av økte ressurser til andre lokalpolitiske fanesaker. Det diskuteres imidlertid ikke hvilke konsekvenser dette kan medføre for de kommunene som ikke oppnår suksess med folkehelsearbeidet, eller som har begrensede muligheter for forbedring ut fra eksisterende helsetilstand.

#### **7.4 Utfordringer tilknyttet ansvarskategoriene**

Som vi ser kan mine ansvarskategorier deles i to grupper: de som opererer på tjenestenivå, og de som opererer på forvaltningsnivå. Politisk- og administrativt ansvar tydeliggjør det forvaltningsmessige skillet mellom politikk og administrasjon, der demokratiske prinsipper tydeliggjør at de politisk valgte aktørene også må være beslutningstakere og policyledere. Administratorer har en viktig rolle i å bistå politisk ledelse, både i utredningsarbeid og gjennomføringsarbeid, og skal derfor følge opp at de politiske vedtakene iverksettes nedover i forvaltningssystemet. Dette krever politisk lojalitet og nøytralitet ved at man i liten grad påvirker innholdet i vedtakene men realiseres de politiske målene etter beste evne. Begge disse rollene har egne former for ansvar, der substans, forum og konsekvenser vil variere. Likevel går de på mange måter hånd i hånd da politisk ansvar avhenger av en administrasjon som følger opp vedtakene på en god måte. Dersom forvalterne ikke ivaretar sitt ansvar medfører dette at også politiske aktører kan

ansvarligholdes av borgere fordi de ikke gjennomfører den politikken som ble signalisert i valgprosessen. Man kan på mange måter si at policylederne avhenger av forvalterne for å ivareta sitt ansvar og har derfor en viktig kontrollfunksjon overfor egen administrasjon. Det vil høre til unntakene at en forvalter blir holdt administrativt ansvarlig av andre forum enn politisk ledelse, uten at også policylederne blir holdt politisk ansvarlig. Dette kommer som en konsekvens av hierarkisk- og ministeransvar da man holder overordnede ansvarlig for kritikkverdige forhold.

På samme måte går klinisk- og ledelsesansvar hånd i hånd da de på mange måter avhenger av hverandre. Tjenestelederen har et ansvar for å tilrettelegge for forsvarlig drift, hvilket kan innebære kulturbygging for å skape gode handlingsnormer i virksomhetene. Vedkommende vil ha mindre beslutningsrom enn det en virksomhetsleder i privat sektor opplever, da lokalpolitisk kontroll overstyrer organisasjonsmessige prioriteringer. Lederen vil derimot være sentral ved inngåelse av avtaler, samarbeid og eventuelt partnerskap, i tillegg til interne lederfunksjoner. Tjenesteyterne beholder i stor grad sitt faglige ansvar knyttet til kompetansenivå og fagmiljø, selv om det nedtones noe til fordel for profesjonsnøytralitet. De blir i tillegg pålagt et ansvar for oppfølging og koordinering av brukere med flere tjenestebehov, der substansen og forum vil bygge på administrative prinsipper fremfor faglige. Tjenesteyterne pålegges dette ansvaret fordi det krever kompetanse for å følge opp brukernes behov på en forsvarlig måte.

## 8 Avslutning

I dette avsluttende kapitlet ønsker jeg å oppsummere oppgaven og i korte trekk besvare problemstillingen. Deretter ønsker jeg å følge opp noen empiriske betraktninger som ikke faller direkte inn under problemstillingen, men som likevel er relevant og aktuell for oppgaven. Dette innebærer både en vurdering av hvor Samhandlingsreformen plasserer seg reformpolitisk, og hvilke praktiske implikasjoner den kan tenkes å medføre knyttet til forholdet mellom stat og kommune. Til slutt ønsker jeg å se hvordan denne analysen kan danne grunnlag for- og motivere til videre forskning.

### 8.1 *Ulike uttrykk for ansvar*

Vi ser i kapittel 5-6 at ansvar uttrykkes, behandles og fremheves på veldig ulike måter i datautvalget. Variasjonene finner man både mellom reformfasene, men også basert på hvilke aktører som står bak forfatningen av dokumentene og dokumentenes hensikt. Alle de fire ansvarskategoriene er grunnleggende i minimum en av dokumentene hvilket signaliserer at det er ulike holdninger til hva ansvar skal innebære og hvordan man kan forebygge ansvarspulverisering. Det kan tenkes at skiftninger i ansvarsfokus kan forklares av de ulike reformtrendene som har påvirket reformpolitikken i Norge eller basert på hvem som forfatter dokumentene og hvilken type dokumentet er. De tidligste dokumentene fokuserer i veldig stor grad på tjenestenivået og ledelsesansvar i tråd med NPM-tankegang. I de kommende dokumentene ser vi imidlertid en sentralisering av beslutningsrom og ansvars plassering der politiske og administrative aktører skal ha det overordnede ansvaret.

I enkelte dokumenter viser det seg at andre forståelser for ansvar, utover mine kategorier, er sentrale i noen av dokumentene. Dette gjelder særlig ansvar som dyd som fremheves som en betingelse for samhandling av Wisløff-utvalget, uten at det videreføres i kommende tekster som bygger på nettopp denne utredningen. Ansvar betraktes da blant annet som en normativ størrelse, ikke bare en relasjonsmessig mekanisme.

Det er også betenkelig at ansvar som begrep ikke utredes nærmere i noen av dokumentene da det er et sentralt og gjennomgående begrep. I noen få tilfeller utredes det hva man mener når man bruker det i en bestemt sammenheng, for eksempel hva man mener med «overordnet ansvar». Andre ganger signaliserer man en forståelse av ansvar i juridisk forstand og nært relatert til accountability-begrepet der man holdes ansvarlig overfor et forum. Denne mangelen på begrepsavklaring kan forstås i flere retninger. For det første kan man tenke oss at også departementet og utvalgene

opplever ansvar som et mangfoldig og komplisert begrep, som er utfordrende å definere i en faktaboks, slik man gjør med samhandlingsbegrepet. For det andre kan det signalisere en ukonsekvent begrepsbruk det ansvar både blir roten til alt ondt, i tillegg til svaret på alt godt. Dersom dette er en forklaringsfaktor, blir Knut Nærums beskrivelse av ansvarsbegrepet (31.11.2012) veldig treffende: «*Ansvar kan brukes til absolutt alt, ansvar er etikkens ketchup*». Til slutt kan det tenkes at man faktisk *er* konsekvent i begrepsbruken og har en formening om hva ansvar er og ikke er. Da kan endringen i ansvarsfokus forklares med reformpolitiske dreininger tilknyttet WG der man ønsker å ta tilbake politisk- og administrativt ansvar og sentralisere beslutningsrommet for politisk kontroll og styring. Dette kan forklare hvorfor sørge-for-ansvar som begrep har blitt så etablert i sektoren, og begrunnes med politiske og normative hensyn, selv om mine studier mener at også dette begrepet er inkonsekvent.

## **8.2 Plassering av reformpolitisk kontekst**

Helserelaterte forvaltningsdiskusjoner som leder opp mot samhandlingsreformen kan knyttes til de reformpolitiske trendene som i mer eller mindre grad har påvirket norsk reformpolitikk.

Spesialisthelsetjenesten er åpenbart preget av NPM-elementer gjennom blant annet sykehusloven, men det kan se ut som om Samhandlingsreformen medfører en dreining mot WG-elementer.

Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget behandler og fokuserer på ansvar tilknyttet tjenestenivået, og dermed også på mange måter hva overordnede forum kan holde en ansvarlig for. Ved å presisere og spesifisere hvilke enkeltforhold man kan ansvarligholde helsepersonell for kan det tyde på en prinsippal-agent-forståelse av ansvar der tjenesteleder eller annen overordnet ansvarligholder tjenesteyterne basert på brudd av arbeidskontrakten. Dette omhandler særlig forhold om ansvar for journalføring, individuell plan og fastlege. Det kan også basere seg på institusjonelle forhold som er mindre forutsigbare for tjenesteyterne som blir ansvarliggjort. Wisløff-utvalget forsterker denne kulturelle forståelsen ytterligere ved å tydeliggjøre og understreke tjenestelederen sin viktige rolle for samhandling og kulturell påvirkning. Det er lite fokus på politisk kontroll og ansvar, og man håndterer heller organisasjonsmessige forhold fra et ledelsesperspektiv.

Regjeringens signaler gjennom de ulike dokumentene bærer imidlertid preg av WG-elementer som forsterker og understreker politisk ansvar og kontroll der ansvarsforhold på politisk- og forvaltningsnivå er mest sentralt. Ved å fremheve et overordnet sørge-for-ansvar presiserer man at politiske aktører, uansett forvaltningsnivå, er sentrale aktører i ansvarsforhold tilknyttet helse- og omsorgssektoren og at dette skal være en universell regel for ansvarliggjøring nesten uavhengig av



substans. En slik sentralisering av ansvar og beslutningsrom bærer åpenbart et preg av WG-tilnærming der man ønsker å bruke sørge-for-ansvaret for å sikre bedre koordinering og integrering mellom de ulike tjenestevirksomhetene og forvaltningsnivåene.

De ansvarsrelaterte utfordringene tilknyttet WG-reformer besvares på en forholdsvis god måte ved å tillegge det helhetlige ansvaret på en overordnet aktør: kommunen. Kommunene blir pålagt en stor oppgave i å unngå ansvarspulverisering og gråsoner ved å inngå avtaler der alle ansvarsforhold er avklart, samt at de skal følge opp der man avhenger av andre tjenesteyteres oppfølging for å sørge for et godt tilbud for pasienten. Klinisk ansvar står derfor ikke i veien for det politiske, men inngår i de lokale avtalene som kommunene selv skal definere og inngå.

### **8.3 Forholdet mellom stat og kommune: Flernivåperspektivet**

Flere høringsinstanser, samt respondenten, påpeker at styringsforholdet mellom stat og kommune er ganske ulikt styringsforholdet mellom stat og helseforetak. Staten har flere muligheter for å påvirke og styre aktiviteten i helseforetakene gjennom eierskapet på tross av at styringslinjen nå er mer indirekte etter sykehusloven. Forholdet til kommunen derimot må skje gjennom bestemte kanaler da kommunene i utgangspunktet er egne rettssubjekt og styringslinjen fra stat til kommune ikke er direkte. Som nevnt i kapittel to er det tre sentrale styringsvirkemidler staten har overfor kommunene, basert på finansiering, informasjon og lovverk<sup>27</sup>.

Siden regjeringen understreker at det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene skal påligge kommunene sier de på mange måter også fra seg politisk kontroll og styring over store deler av helsesektoren. Sørge-for-ansvaret omhandler alle tjenestene innbyggerne har rett på, og kommunene skal sørge for at man får disse tjenestene uavhengig av om de er organisatorisk innordnet i kommunen, private virksomheter eller spesialisthelsetjenesten. Dette understøttes av regjeringens understreking om at spesialisthelsetjenesten setter grensen for kommunens ansvar, hvilket krever en politisk offensivitet på vegne av borgerne selv om tjenestene utøves på et annet forvaltningsnivå. Dette kan peke mot en videreføring av den «desentraliserte sentraliseringen» av norsk forvaltning, der kommunene er frie innenfor det handlingsrommet de tildeles av staten. For å beholde den statlige kontrollen over helse- og omsorgssektoren anvendes de tre sentrale styringsvirkemidlene: Nye finansieringsløsninger, der kommunene «kjøper» tjenester fra helseforetakene skal medbringe ressurseffektivitet og kvalitetsbevissthet i kommunene og anvendes i veldig stor grad i samhandlingsreformen. Helsedirektoratet blir vektlagt som en viktig veileder for

---

<sup>27</sup> Se side 25

kommunesektoren og skal derfor bidra med styring overfor kommunen gjennom veiledning og rådgivning. Det siste virkemiddelet, nemlig bruk av lover og forskrifter, blir derimot noe nedtonet til fordel for lokalt selvstyre. Styring gjennom lover og forskrifter har generelt sett blitt anvendt i større grad de siste årene da kommunene selv har utviklet seg kompetanse knyttet til gjennomføring og tjenestetilbud og er dermed mindre påvirket av informasjonsarbeid (Helgøy og Serigstad, 2004:8), og det er derfor en spennende dreining i bruk av styringsverktøy i et flernivåperspektiv.

For å unngå ansvarspulverisering og -uklarheter pålegges kommunene det overordnede, helhetlige ansvaret, og departementet mener derfor at lovverket ikke bør være for detaljert da det aldri vil kunne være uttømmende med tanke på ansvarsforhold. Dette medfører en interessant endring i styringsforholdet mellom forvaltningsnivåene da staten har få virkemidler for å overstyre kommunehelsetjenesten. Selv om staten kan sies å styre kommunene i stor grad, gjennom å pålegge dem plikter som de skal tilby, er det mer utfordrende å overprøve kommunene med grunnlag i lover som er veldig generelle. Dermed vil særlig tilsynsorganer og domstoler sin rolle som forum overfor kommunene endre seg noe da lovgrunnlaget er mindre presist enn tidligere.

Siden lovverket tilknyttet helse- og omsorgssektoren nå blir minst mulig detaljert får også tilsynsorganene mindre muligheter for å overprøve klagesaker mot kommunehelsetjenesten. Deres rolle som forum for å ansvarligholde aktører har økt i takt med økningen av styring gjennom lover og forskrifter, og en tilbaketrekning i denne styringen kan derfor også tenkes å redusere tilsynsorganenes rolle som forum. Siden det nå er mindre detaljerte krav til hvilke tjenester man har rett på og hvilket fagpersonell som bør ivareta oppgavene, innebærer det at tilsynsorganene har mindre lovtekster å tolke. Dette ser vi også gjennom definisjonen av tilsynsorganer, som knytter dem som kontrollorgan for å sikre at kommunesektoren ivaretar sine plikter fastsatt i en norm (lov, forskrift og lignende). Kontrollgrunnlaget deres blir mindre og baserer seg nå utelukkende på vurderinger av hvorvidt innbyggerne har fått de tjenestene de har rett på og hvorvidt de kan betraktes som forsvarlige.

Samhandlingsreformen indikerer ikke alene hvordan vi kan forstå kommunerollen, men den vil være en viktig faktor for å oppnå forståelse da helse- og omsorgssektoren er en sentral funksjon som kommunene ivaretar. Det kan se ut til at forholdet mellom kommune og stat viderefører en WG tilnærming med en «desentralisert sentralisert» forvaltning. Sørge-for-ansvar ser ut til å være et begrep for ansvar som er kommet for å bli og det tydeliggjør denne flernivåforståelsen av kommunerollen.

#### **8.4 Forslag til videre forskning**

Siden Samhandlingsreformen per dags dato befinner seg i implementeringsfasen vil det fremkomme flere interessante forhold som kan og bør studeres. Et større evalueringsprosjekt er allerede vedtatt, og det vil være spennende å se hvilke effekter Samhandlingsreformen vil medføre. Denne analysen har fokusert på ansvar tilknyttet reformen og den derfor også grunnlag for videre studier med samme hovedtema på ulike analysenivå. For eksempel kan det på mikronivå være interessant å se hvordan kommunene behandler ansvarsbegrepet i avtalene de inngår med helseforetakene, nabokommuner og helsevirksomheter, og eventuelt gjøre en komparativ studie mellom kommuner. På mesonivå kan man studere hvordan fylkeskommunens rolle kan ha endret seg, da det får en funksjon både som iverksetter og tilsynsorgan. På makronivå kan man studere hvordan ansvarsrelasjoner og utfordringer eventuelt endre seg med reformtiltakene og vurdere hvorvidt de svarer til målsetningene til samhandlingsreformen.

Både ansvar og Samhandlingsreformen som tema er spennende studieobjekt som bør følges opp i videre forskning. Det er for eksempel mange forskningsrelaterte blindflekker ved reformen: Det å gjøre en grundig prosessanalyse av reformprosessen vil være interessant da selve reformen og lovproposisjonene oppfattes av mange som forhastede, selv om samhandlingsproblemet går langt tilbake i tid. Kommunene vil trolig følge opp reformen på ulike måter og komparative studier vil være aktuelt for å studere lokalpolitisk beslutningsrom og dermed vurdere hvorvidt kommunene er lokalpolitiske organ eller iverksettere. Ikke minst vil det være spennende å evaluere kommunenes innsats i folkehelsearbeidet, hvilket vil være utfordrende å måle.

## 9. Litteraturliste

- Andersen, S. (1997) *Case-studier og generalisering*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Bache, I. og Flinders, M. (2005) «Themes and Issues in Multi-level Governance», i Bache, I. og Flinders, M. (red.) *Multi-level Governance*. Oxford: Oxford University Press
- Bovens, Mark (1998) *The Quest for Responsibility*. Cambridge University Press.
- Bovens, Mark (2005) «Public accountability», *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press, 2005
- Bovens, Mark (2007) "Analysing and Assessing Accountability", *European Law Journal Vol. 13 No. 4*. Blackwell Publishing Ltd.
- Brunsson, N. og Sahlin-Andersson, K. (2000) «Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform», *Organization studies*. SAGE
- Byrkjeflot, H., Christensen, T. og Læg Reid, P. (2011) *Changing accountability relations in a welfare-state – an assessment based on a study of welfare reforms*. Working paper 10-2011. Bergen: Rokkansenteret
- Byrkjeflot, H. og Neby, S. (2008) «The End of the Decentralized Model of Healthcare Governance? Comparing developments in the Scandinavian Hospital Systems». *Journal of Health Organization and Management*. Vol.22, 4. UiB, UNI
- Byrkjeflot, H., Neby, S. og Vrangbæk, K. (2012) «Changing accountability regimes in hospital governance: Denmark and Norway compared». *Scandinavian Journal of Public Administration*. Vol. 15 (4) 3-23.
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G. og Røvik, K. A. (2004) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H.O., Læg Reid, P. Og Roness, P. (2007) *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, T. og Læg Reid, P. (2007) «The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform» *Public Administration Review*. Washington
- Christensen, T. og Læg Reid, P. (2011) «*Changing accountability relations - the forgotten side of public sector reforms*» Working paper 5-2011. Bergen: Rokkansenteret
- Christensen, T., Fimreite, A.L. og Læg Reid, P. (2012) «*Joined-up government: Reform challenges, experiences and accountability relations*». Working paper 6-2012. Bergen:

## Rokkansenteret

- Christensen, T. og Læg Reid, P. (2012) «*Welfare reform and «wicked issues» - From coupling to de-coupling?»* Working paper 2-2012. Bergen: Rokkansenteret
- Fimreite, A.L. og Grindheim, J.E. (2004) *Offentlig forvaltning*, Universitetsforlaget
- Fimreite, A.L., og Læg Reid, P. (2008) «*Byråkrati og partnerskap hånd i hånd? Om samordningsutfordringer i NAV*» Working paper 4-2008. Bergen: Rokkansenteret
- Gallie, W.B. (1956) «Essentially Contested Concepts» *Proceedings of the Aristotelian Society*, New Series, Vol. 56, p.167-198. Blackwell Publishing
- Gregory, R. (2007) «Accountability in modern government» i Peters, B.G. og Pierre, J: (red) *Handbook of Public Administration. Concise paperback edition*. London: SAGE
- Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hatch, M.J. (2006) *Organisasjonsteori: Moderne, symbolskfortolkende og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag
- Helgøy, I. og Serigstad, S. (2004) «*Tilsyn som styringsform i forholdet mellom staten og kommunene*» Working paper 9 – 2004. Bergen: Rokkansenteret
- Heywood, A. (2004) *Political Theory*, Palgrave Macmillian
- Howlett, M, Ramesh, M. og Perl, A (2009) "*Studying Public Policy*", Oxford University Press
- Johnsen, Å. (2005) «Økonomisk organisasjonsteori og ny offentlig styring» *Organisasjonsteori på norsk*. Døving, E. og Johnsen, Å. (red). Fagbokforlaget.
- Neby, S. (2009) «*Institutional Reform and Governance in the Scandinavian Hospital Fields*». Universitet i Bergen.
- Nyland, K. og Østergren, K. (2009) «Hvilken funksjon har de lokale helseforetaksstyrene?» i Haug, K., Kaarbøe, O. og Olsen, T.E. (red.) *Et helsevesen uten grenser?* Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Nærum, K. (31.11.2012) i *Nytt på Nytt*, NRK. Oslo: [www.nrk.no](http://www.nrk.no)
- Olsen, J.P. (1996) «Norway: Slow Learner – or Another Triumph of the Tortoise?» *Lessons from experience*. Olsen, J. P. og Peters, G. (red). Scandinavian University Press.
- Pierre, J. og Peters, B.G. (2000) *Governance, Politics and the State*. London: Macmillan Press

- Ramsdal, H., Michelsen, S. og Aarseth, T. (2002) «Profesjonar, stat og lokalstyre», *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Bukve, O. og Offerdal, A (red.). Det Norske Samlaget, Oslo.
- Romøren, T. I. (2011a) «Spesialisthelsetjeneste: Sykehus og psykisk helsevern» *Den norske velferdsstaten*. Hatland, A. , Kuhnle, S. og Romøren, T. I. (red). Gyldendal Akademisk
- Romzek, B. og Dubnick, M. (1987) «Accountability in the Public Sector: Lessons from the Challenger Tragedy» *Public Administration Review*, Vol. 47 (3): 227-238
- Roness, P.G. (1997) *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studier av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget
- Schillemans, T. (2011) «Does Horizontal Accountability Work? : Evaluating Potential remedies for the Accountability Deficit of Agencies». *Administration and Society*, Vol. 43 (4): 387-416.
- Starr, B. E. (1999) «The Structure of Max Weber´s Ethic of Responsibility» *The Journal of Religious Ethics*. Vol.27, No.3. Wiley-Blackwell
- Stoker, G. (1998) «Governance as theory: five propositions» *International Social Science Journal*. Vol. 50 (155) 17-28.
- Strand, T. (2007) *Ledelse og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thompson, D.F. (1980) «Moral responsibility of Public Officials» *The American Political Science Review*
- Uhr, J. (1993) «Redesigning accountability: From muddles to maps» *The Australian Quarterly*. Vol.65 (2):1-16
- Weber, Max (1919) *Politics as a Vocation*. I Weber, M. (1946) *Essays in Sociology*. Gerth, H. H. og Mills, C. W. (red.) New York: Oxford University Press
- Willems, T. og van Dooren, W. ( 2011) «Coming to terms with Accountability» konferansepaper for ECPR, Reykjavik
- Yang, K. (2012) «Further Understanding Accountability in Public Organizations: Actionable Knowledge and the Structure-Agency Duality» *Administration & Society 2012*, 44:3. Sage Publications
- Yin, R.K. (2003) *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage

## 9.1 Offentlige dokumenter

- NOU (2004:18) *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU (2005:3) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU (2012:14) *Rapport fra 22.juli-kommisjonen*. Oslo.
- Odelstingproposisjon nr. 66 (2000-2001): «Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)». Helse- og omsorgsdepartementet.
- Proposisjon 90 L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Proposisjon 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid." Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsproposisjon nr. 1, kap. 6 (2006-2007) *Nasjonal helseplan (2007-2010)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

## 9.2 Nettsider

- [www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no):
  - 1: Om VAM. URL: <http://www.forskningsradet.no/servlet/satellite?c=Page&cid=1232443453162&pagename=vam%2FHovedsidemal>. 20.11.2011, 16:48
  - 2: 25 millioner kroner bevilget til prosjekter om Evaluering av Samhandlingsreformen. URL: [http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/25\\_millioner\\_kroner\\_bevilget\\_til\\_prosjekter\\_om\\_Evaluering\\_av\\_Samhandlingsreformen/1253977528956?lang=no](http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/25_millioner_kroner_bevilget_til_prosjekter_om_Evaluering_av_Samhandlingsreformen/1253977528956?lang=no). 12.10.2012, 17:56
- [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
  - NOU-er. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dok/nouer.html?id=1767> (09.12.2012,

16:37)

- [www.rokkan.uni.no](http://rokkan.uni.no/sites/rtws/about-the-project/): *About the project*. URL: <http://rokkan.uni.no/sites/rtws/about-the-project/>. 20.11.2011, 17:14
- web.retriever-info.com: URL: <https://web.retriever-info.com/services/archive.html>. (08.11.2012, 16:04)



## Vedlegg

### Vedlegg 1: Oversikt over datautvalg

Kilde	Tittel	Dato
NOU 2004:18	Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Bernt-utvalget)	11.oktober, 2004
NOU 2005:3	Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget)	1.januar, 2005
St.prp. 1 (2006-2007)	Nasjonale Helseplan 2007-2010	15.september, 2006
St.meld. 47 (2008-2009)	Samhandlingsreformen	19.juni, 2009
Prop. 91L (2010-2011)	Helse- og omsorgstjenesteloven	8.april, 2011
Prop. 90L (2010-2011)	Folkehelseloven	8.april, 2011
Respondent	Tidligere statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet	4.september, 2012

### Vedlegg 2: Intervjuguide

#### Innledning

- Hvilken stilling hadde du i 2008?
- Kan du si litt om stillingen din og hvordan den var/er relatert til Samhandlingsreformen?
- Hvilken rolle har du hatt i utviklingen og planleggingen av Samhandlingsreformen?

#### Om utviklingen av Samhandlingsreformen

- Hvordan vil du beskrive prosessene bak Samhandlingsreformen?
- Hvor kom ideen om Samhandlingsreformen fra? Hvorfor tror du «samhandling» ble så sentralt?
- Tror du Samhandlingsreformen var inspirert av andre reformer?
- Vil du si at det er noen hendelser som spesielt påvirket utviklingsprosessen?
- Hvem vil du si var sentrale i utviklingen av Samhandlingsreformen?
- Hva vil du si var fokuset for innholdet i Samhandlingsreformen under utrednings- og planleggingsarbeidet?
- Opplevde du at alle som var involvert i prosessen var enige om fokus og satsningsområder?
- Hvordan vil du si at handlingsalternativene for Samhandlingsreformen ble utvalgt og

vektlagt?

Opplevde du at det generelt sett var konsensus om mål og metode fra alle involverte aktører?

### **Om Samhandlingsreformen**

- Hva vil du si er de sentrale målene for Samhandlingsreformen?
- Vil du si at ansvar har vært et aktuelt tema i Samhandlingsreformen?
  - Eventuelt: På hvilken måte har ansvar vært et tema?
  - Har det vært et behov for klarere ansvarsfordeling?
- Hvordan opplever du at ansvarsfordelingen mellom stat og kommune fremmes gjennom Samhandlingsreformen?
  - Tror du at det, gjennom Samhandlingsreformen, vil bli klarere ansvarsforhold i helsesektoren? Hvordan?
- Begrepet «ansvar» brukes gjennomgående i Samhandlingsreformen. Ble det noen gang diskutert hva dette begrepet innebærer?
  - Opplevde du at sentrale aktører behandlet begrepet på samme måte, eller uttrykte man ansvar ulikt?
- Hvilke historiske årsaker tror du har forårsaket at man nå opplever et samhandlings- og ansvarsproblem?
  - Kan dette sees på som en reaksjon på tidligere reformer?

### **Om ansvarsbegrepet**

- Hva legger du i begrepet «ansvar»?
  - Hvilke funksjoner tror du ansvar kan innebære?
    - Forebyggende?
    - Korrigerende?
- Man skiller gjerne mellom det å «ha et ansvar», det å «ta ansvar» og det å «stille noen til ansvar». Hvilken av betydningene tror du har mest relevans i Samhandlingsreformen?
  - Varierer disse mellom ulike roller i helsesektoren?
- Befolkning og media er ofte opptatt av å stille noen til ansvar, dersom noe er kritikkverdig. På hvilket grunnlag tenker du at man normalt bør stille noen til ansvar i helsesektoren?
  - Hvordan tolker du politisk ansvar?
  - Hvordan tolker du profesjonelt ansvar?

- Mener du at det er en sammenheng mellom oppgavefordeling og det å inneha ansvar?
- Opplever du at det å plassere ansvar er viktig i helse- og omsorgssektoren?
  - Opplever du at det kan være problematisk å stille noen til ansvar?
  - Hvorfor tror du det kan være utfordrende å stille noen til ansvar?
- Hvordan vil du si at begrepene «ansvar» og «samhandling» henger sammen?
  - Mange pasientforløp er preget av kompliserte og fragmenterte behandlingsprosesser, hvordan tenker du at dette kan påvirke ansvarliggjøring?
- Ansvarsbegrepet oppstår som oftest i ettertid av et hendelsesforløp. Tror du at man kan bruke ansvar også som en forebyggende faktor?
  - Tror du Samhandlingsreformen kan bidra til å forebygge, slik at aktører i større grad opplever ansvar?