

**Martin Fjordholm**

---

## **Kan det være nødvendig å være så streng?**

**«Skal», «bør» eller «kan» – hvilke styringssignaler fungerer best ved iverksetting av politikk i et desentralisert demokrati?**

**Masteroppgave i Styring og ledelse**

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 2014**

## Forord

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått anledning til å fordype meg i et felt som lenge har appellert til meg, og jeg har fått gleden av å lage en variant av en policy-analyse som sier noe om forholdet mellom virkemidler og effekter. Det har vært både morsomt og interessant.

Jeg må innrømme at dette ikke var det første jeg tenkte på da tiden for å bestemme seg for tema var kommet, og jeg var en stund på vei inn i et prosjekt av et omfang som hadde krevd en liten prosjektstab, og som i tillegg var på grensen til medievitenskap. Men så tok jeg til fornuften.

På vei til jobb en morgen satt jeg på en buss full av skoleelever og folk på vei til jobb mens jeg leste om «choice-architecture» i boken «Nudge». I løpet av bussturen kom jeg til å tenke på Al Capones sitat: «You can get much further with *a kind word* and a gun than you can with *a kind word* alone». Hvordan jeg koblet dette til styring av kommuner er fortsatt uvisst. Samme kveld skrev jeg ned prosjektbeskrivelsen som endte med denne oppgaven.

Jeg vil benytte anledningen til å takke mine støttespillere på hjemmebane. Min kjære kone Siri, som har ledet meg bort fra fristelser og vært til stor hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Mine kjære sønner, Bendik og Jens, for at dere har passet på at jeg har sett barne-tv nesten hver dag i disse tre årene som student, og ellers har gitt meg inspirasjon til enkle løsninger på komplekse problemstillinger. Resten av familien må også hylles for å ha stilt opp som barnevakter og korrekturlesere.

Min veileder, Harald Koht, har vært til stor inspirasjon for arbeidet. Han har veiledet meg med stil, og på en måte som har passet meg utmerket. Det har vært morsomt å ha deg som veileder. Takk må også rettes til min arbeidsgiver, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune, sjefen(e) for fleksibilitet og velvilje og kolleger for toleranse og gode råd. Jeg må også takke ansatte i ulike statlige virksomheter for veiledning i hvordan jeg kunne komme meg litt lenger ned i datasett enn hva som er vanlig, og Tidsskriftet Sykepleien for villig deling av data. En stor takk må også rettes til SSB og KS for åpen deling av data.

Ikke minst vil jeg takke det flotte kullet mitt, MSL 11H, og alle våre forelesere, for tre minnerike, morsomme og hyggelige år fulle av lærdom.

Oslo, april 2014, Martin Fjordholm

## Sammendrag

Kommunene er statens «arbeidsmaur». Folk fødes, vokser opp, går på skole, bor, lever, blir syke og dør i kommunene. Hva slags styringssignal er mest effektivt når staten vil endre noe i kommunene? I denne oppgaven har jeg kategorisert styringssignaler inn i tre kategorier – «Skal», «Bør» og «Kan» – basert på klassisk iverksettingsteori. Innenfor hver kategori har jeg analysert to eksempler fra norsk helse- og omsorgssektor for å se om det er noen forskjeller på hvor effektivt de ulike styringssignalene virker.

Som forventet virker «Skal»-signaler mest effektivt. Imidlertid tyder mine funn på at «Bør»-signaler kan være like effektivt, særlig hvis de etterfølges av økonomiske insentiver. «Kan»-signaler later også til å ha en viss effekt, men ikke så kraftig som de to andre.

Ut fra effektivitetsperspektiv vil man kunne trekke konklusjonen om at «Skal»-signaler er å foretrekke. Jeg argumenterer imidlertid med at bruk av «Skal»-signaler kan medføre at man går glipp av lokal tilpasning og man risikerer sløsing med ressurser. «Bør»- og «Kan»-signalene har sine fordeler i at de kan virke konfliktdepende, er mer fleksible og at de i større grad legger til rette for en ansvarliggjøring av kommunene.

## Abstract

Municipalities are one of the “work-horses” in the state. People are born, grow up, go to school, live, get sick and die in a municipality. What kind of control signal is most effective when the state wants changes to happen in the local government services? In this paper I have categorized control signals into three categories – “Shall”, “Should” and “May” - based on the classical implementation theory. Within each category, I have analyzed two examples from the Norwegian primary health care sector to see if there are any differences in the effectiveness of the various control signals.

As expected, “Shall”-signals turn out most efficiently. However, my findings suggest that “Should”-signals can be almost as effective, particularly if they are followed by economic incentives. “May”-signals seem also to have effect, but not as powerful as the other two.

From the efficiency perspective, one could draw the conclusion that “Shall”-signals are preferable. I argue, however, that the a consequence of using “Shall”-signals is that one may miss out on local adaptation and risk the waste of resources. “Should”- and “May”-signals has their advantages in that they can reduce conflict, they are more flexible and they increasingly facilitate accountability of municipalities.

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 2014**

## Innhold

Problemstilling .....	7
Hypotese.....	8
Avgrensning .....	9
Teori .....	9
Lowis Typologier .....	10
«Fordeling» .....	10
«Regulering» .....	10
«Omfordeling».....	11
Inn i min modell .....	13
Iverksetting.....	13
Ulike tilnærminger .....	15
Den beslutningsorienterte tilnærmingen.....	15
Den prosessorienterte tilnærmingen .....	20
Teori oppsummert.....	21
Metode.....	22
Mitt prosjekt .....	23
«Skal-styring» .....	23
«Bør-styring» .....	24
«Kan-styring» .....	25
Min modell .....	27
Avhengige variabler .....	30
Uavhengige variabler .....	32
Analyse.....	33
«skal-signaler» .....	33
Eksempel I: Fastlegeordningen.....	33
Eksempel II: Kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp .....	36
Oppsummert «Skal-signaler» .....	39
«bør-signaler».....	39
Eksempel I – Fra Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	39
Økt oppmerksomhet.....	41
Eksempel II: «utskrivningsklare pasienter før og etter samhandlingsreformen og nytt lovverk».	50
Oppsummert: bør-signaler .....	51
«kan-signaler» .....	52
Eksempel I: 180 mill. kr. for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Statsbudsjett 2014.	52
Eksempel II: Frisklivssentraler i kommunene .....	55
Oppsummert: kan-signaler .....	57
Noen avsluttende ord.....	58
Kilder.....	61

## Tema

I 1814 ble den norske Grunnloven vedtatt. Den hentet inspirasjon fra Montesquieus lære om maktens tredeling og maktbalanse mellom storting, regjering og domstolene. Prinsippet skal hindre maktmisbruk ved å skille mellom organer som vedtar lover, organer som tolker lovene, organer som vedtar skatter og organer som beslutter bruk av fellesskapets (statens) midler. Det opprinnelige maktfordelingsprinsippet ble endret på i 1884, med innføringen av parlamentarismen, som førte til at regjeringen måtte ha støtte fra et flertall av stortingsrepresentantene.

Norge er delt inn i tre ulike forvaltningsnivåer. Vi har staten, 19 fylkeskommuner og 428 (per 1. januar 2014) kommuner. Disse er ledet av folkevalgte organ som er demokratisk valgte, og har et selvstendig ansvar for å fatte beslutninger som er delegert ved lov eller andre vedtak. Norge er en *enhetsstat*. Dette betyr at suvereniteten ligger i staten. Fylkeskommuner og kommuner har kun den kompetanse og myndighet som Stortinget vedtar at de skal ha gjennom lover.

Når Regjeringen og Stortinget ønsker å endre noe, kan de velge ulike måter å sende ut signaler og ordre til fylkeskommunene og kommunene. De kan vedta lover og forskrifter, men de kan også ta i bruk andre virkemidler og styringssignaler som kan oppfattes som mindre overstyrende.

Politikken er full av gode intensjoner og ønsker som samlet sett vil vise seg umulig å gjennomføre, ettersom det ikke finnes tilstrekkelige ressurser — verken penger eller hender — til dette. Et tema som har vekket min nysgjerrighet, er de mekanismene som ligger bak hvordan kommuner oppretter ulike tjenester, og hvilke virkemidler eller styringssignaler som fungerer bra og hvilke som fungerer mindre bra.

Jeg vil i denne oppgaven ta i bruk klassisk iverksettingsteori og bruke denne for å analysere det jeg ser på som tre ulike måter å sende ut styringssignaler på, kategorisert slik: «Skal» (strengt – lover mv.), «Bør» (sterkt signal – lite fordelaktig å la være å følge) og «Kan» (mer frivillig – forsøk på å benytte engasjement *nedenfra*).

## Problemstilling

Når Stortinget beslutter at noen skal gis en rettighet til noe, at man skal yte en tjeneste eller opprette et tilbud, kan staten, slik jeg ser det, i utgangspunktet bruke tre ulike styringssignaler for å få iverksatt vedtaket eller politikken på. Med begrepet *styringssignal*, mener jeg i denne oppgaven signaler, instruksjoner og andre virkemidler staten tar i bruk for å få kommunene til å opprette eller endre på en tjeneste.

Jeg ønsker å se på ulikheter i effektene av disse styringssignalene; om det utgjør noen forskjell om staten velger å påby noe ved hjelp av sterke føringer og påbud, komme med gode ønsker og økonomiske gulrøtter, eller noe midt i mellom.

Jeg vil derfor dele dette inn i tre kategorier: ytterpunktene «Skal» og «Kan», samt mellomtingen «Bør».

«Skal»: Stortinget kan beslutte at alle kommuner skal ha et tilbud ved lov eller forskrift. Følgelig må kommunene gjøre det staten bestemmer.

«Bør»: Det kan også være slik at de nasjonale politikerne ønsker en tjeneste innført, men forskjellene mellom kommuner i størrelse og behov tilsier at det er fornuftig at kommunene får tilpasse tjenesten. Ofte velger man da å forankre at det skal være en tjeneste, med visse grunnleggende krav, men man åpner for at tjenesten kan tilpasses lokale forhold og rammebetingelser.

«Kan»: Det kan være tjenester eller tilbud som politikerne ser det som hensiktsmessig å innføre, men ikke i så sterk grad at man ønsker å påby at tjenestene ytes. Det man da ofte gjør, er å sende ut signaler, f.eks. i form av økonomiske goder, som gjør det attraktivt for en kommune eller fylkeskommune å opprette et slikt tilbud.

Det kan selvfølgelig være slik at beslutningstakere i kommune eller fylkeskommune ønsker det samme som staten, og har tilstrekkelig med ressurser til å gjennomføre det nye tiltaket helt i tråd med statens forventninger, men ettersom de fleste kommuner til en viss grad kan sies å ha knapphet i sine rammer, vil nok dette gjelde et fåtall kommuner.

## Motivasjon

Jeg arbeider i det daglige i sekretariatet for politisk ledelse i Oslo kommune og problemstillingen med hva som fungerer best — å beordre/pålegge, anmode/oppfordre eller

«lokke», med f.eks. økonomiske insentiver — observerer og opplever jeg stadig fra ulike hold.

Jeg synes dessuten det er en interessant problemstilling ut fra egen faglig interesse, ettersom man på den ene siden har hensynet til lokaldemokratiet, og at den som er nærmest innbyggerne vil kjenne dem best og ha en ideell lojalitet «nedover» til brukere og borgere. På den annen side ligger det også en naturlig lojalitet «oppover» i alle organisasjoner som har en grad av hierarki, og det kan være mange fordeler med en mer ensrettet tjenesteyting.

Spørsmålet om hvilket styringssignal som virker, er ofte preget av organisasjonens erfaringer og at «veien blir til når man går». Jeg har derfor lyst til å undersøke nærmere om det er store forskjeller på effekten av ulike styringssignaler, og hvordan de virker.

## Hypotese

Arbeidshypotese: Regelstyring er en effektiv måte å innføre en tjeneste på, men begrenser muligheten til å tilpasse tjenesten til enkeltpersoners og den enkelte kommunes behov. Det kan være like hensiktsmessig å ta i bruk mindre tvangspregede virkemidler ved innføring av nye tjenester eller endringer av eksisterende tjenester.

Påstand 1: Den mest effektive måten å innføre eller endre en tjeneste på er via regelstyring.

Påstand 2: Det kan være mer hensiktsmessig og like effektivt å ta i bruk mindre tvangspregede virkemidler, f.eks. økonomiske insentiver eller mer kommunikasjonspregede strategier når man ønsker å innføre eller endre en tjeneste.

Jeg ønsker å undersøke nærmere:

- Er det virkelig slik at styring ved hjelp av lover og regler (som i tvungen styring) er betraktelig mer effektivt som styringsvirkemiddel enn bruk av «mykere» styringssignaler, som insentivordninger og dialogbaserte styringssignaler?

Avhengige variabler vil her være styringssignaler av ulik art som jeg vil klassifisere etter kategoriene «Skal», «Bør» eller «Kan». For å se på effekten vil jeg ta i bruk en «proxy-variabel» for dette, nemlig effekt som følge av signalet.



## Avgrensning

Jeg vil se på iverksetting av tjenester som Stortinget har besluttet skal ytes i de desentraliserte, og på mange måter selvstyrte, kommunene.

Jeg vil avgrense meg til å undersøke og beskrive kort noen styringssignaler som er gitt fra statlig hold den senere tiden, dvs. ca. 10 år. Innenfor denne oppgavens rammer ser jeg det som hensiktsmessig å begrense meg til å se på to tjenester i hver av kategoriene «Skal», «Bør» og «Kan», som jeg vil beskrive nærmere kapitlet «Mitt prosjekt». For å si noe om hvor effektivt styringssignalet fungerer, må jeg se på hvordan styringssignalet virket på målet som skulle oppnås.

## Teori

Teorier om iverksetting har eksistert lenge, men i statsvitenskapelig sammenheng er dette et forholdsvis ungt felt, og Pressman og Wildavsky i 1973 (Weimer et.al., 2011) og Theodore J. Lowi (Kjellberg og Reitan, 2007) regnes blant pionerene. Et perspektiv å analysere iverksetting ut fra, kan være å trekke paralleller til en maskin (jf. Eugene Bardach, 1977), og se på hvilke deler som gjør hva og hvilken effekt maskinen har. Ut fra et slikt perspektiv kan man si at jeg i min oppgave ønsker å finne ut om det er forskjeller på *hvilken* maskin som er mest effektiv, eller om eventuelle forskjeller skyldes de ulike delene de ulike maskinene er bygget opp av eller om det er forskjell på hvilke deler som gir mest effekt. Dette impliserer at jeg antar et instrumentelt perspektiv, det vil si at mine studieobjekter på en måte kan oppfattes som *«redskaper eller instrumenter rettet mot å oppnå visse mål som blir regnet som viktige i samfunnet»* (Christensen et.al., 2009:33). Den klassiske iverksettingsteoriens bruk av variabler går hånd i hånd med det instrumentelle perspektivets bruk av *«det smale effektbegrepet»* hvor oppmerksomheten er rettet mot *«intenderte eller ønskede effekter»* (jf. Christensen et.al., 2009:175).

Som teoretisk forankring av tredelingen har jeg tenkt å benytte meg av «Skal», «Bør» og «Kan», og jeg mener da det passer bra å ta utgangspunkt i klassisk iverksettingsteori. Innenfor dette feltet er Theodore J. Lowi sine typologer et viktig referansepunkt. Typologiene har i ettertiden vært omdiskutert og kritisert for å ha løse tråder og være vanskelig operasjonaliserbare. Samtidig gir denne tilsynelatende enkle modellen et godt utgangspunkt for å analysere offentlig politikk, og Lowis kategorier blir av mange ansett som et *«viktig teoretisk referansepunkt»* (Kjellberg og Reitan, 2007:108). Lowi deler inn offentlig politikk i

tre kategorier; «fordeling», «regulering» og «omfordeling». Kategoriene kan anses som en overordnet forankring for mine «Skal», «Bør» og «Kan» -kategorier. Som bakteppe for min modell mener jeg Lowis typologier er sentrale og bør vies litt plass.

### **Lowis Typologier**

Den amerikanske statsviteren Theodore J. Lowi presenterte i 1964 en typologi med tre analytiske kategorier. Han mente å se en bakenforliggende eller overordnet struktur som er mer stabil, og har større endringsmotstand enn hva man finner i ulike politiske konstellasjoner eller samarbeid innenfor enkeltsaker, saksområder og politiske retninger. Politiske beslutninger formes blant annet av erfaringer og forventninger som ulike aktører har. Denne måten å avgrense på, gjør at man tar utgangspunkt i — og avgrenser politikken ut fra — hvordan politikken virker eller hvordan politikerne forventer at politikken skal virke på samfunnet.

#### **«Fordeling»**

I Lowis typologi er «fordeling» ment som «*en politikk rettet mot å tilgodese avgrensede særinteresser*» (Kjellberg og Reitan, 2007:111). Det handler ikke kun om økonomisk fordeling, selv om dette også er en assosiasjon man lett kan få til begrepet.

«Fordeling» handler i denne sammenheng om en type politikk som blir vedtatt uten at det tas hensyn til hvor ressursene til å drive politikken kommer fra. For å sette det på spissen, så forutsetter den «rene» versjonen av denne kategorien at det eksisterer en universell tilgjengelighet, og ubegrenset med ressurser til å yte en gratis tjeneste, da «*den enkelte beslutning er avskjernet fra andre tildelninger og fra enhver generell regel*» (Kjellberg og Reitan, 2007:111). Denne kategorien kan synes å harmonere dårlig med den høye graden av økonomisk rettet oppmerksomhet man ser i norsk offentlig forvaltning og i den politiske diskusjonen i dag. Samtidig kan man se mange eksempler som nok kunne vært kategorisert innen «fordeling» i offentlige debatter, hvor enkelttilfeller og prinsipper ofte blir satt opp mot hverandre.

#### **«Regulering»**

Lowis andre kategori er «regulering», eller «reguleringspolitikk». Kategorien har mange likhetstrekk med «fordeling», men skiller seg også vesentlig fra denne. Likhetene består i at begge kategorier tar utgangspunkt i at man tildeler offentlige goder eller tjenester til spesielle grupper, og at det forventes spesifikke virkninger.

Lowi mener imidlertid det er en viktig forskjell. «Reguleringspolitikk» er i motsetning til «fordeling» knyttet opp mot generelle regler eller prinsipper. «Reguleringspolitikk» preges av indirekte virkning på den enkelte, og ofte er omfordelingseffekten svak. Innenfor reguleringspolitikken er man mer åpen om prioriteringer av en gruppe eller et område på bekostning av et annet, om man sammenlikner med fordelingskategorien.

Det som særpreger denne kategorien i praksis kan være at politikere prioriterer enkeltgrupper eller sosiale klasser, eller personer med spesielle utfordringer eller særtrekk ved å tilgodese noen. Likhetsstrekk med «fordeling» er at det er litt uklart hva som prioriteres ned, men man fastsetter likevel overordnede prinsipper.

I reguleringspolitikk finner vi også mer offentlig debatt, ettersom det er stor sannsynlighet for at noen i en av de gruppene som ikke får fordelene eller må bære en byrde også kan ønske seg fordeler, eller at de ikke ønsker å bære byrder for at andre skal få det lettere.

### **«Omfordeling»**

Lowis siste kategori er «omfordeling». Politikk som faller inn under denne kategorien er ofte fremme i debatter, og er kanskje den politikken som er mest vanlig å observere i det daglige. Det handler om ressursfordeling, og da ofte i form av omfordeling av ressurser fra privilegerte grupper til mindre privilegerte grupper. Det handler som regel om større grupper av befolkningen med visse fellestrekk.

Omfordelingspolitikken retter seg mot sosiale klasser og universelle ordninger (= gjelder alle innenfor for eksempel et land/område), som omfatter store samfunnsgrupper med visse felles kjennetegn på gruppenivå.

Selv om tiltakene i denne kategorien er universelle, preges omfordelingspolitikk av at tiltakene virker mer direkte på den enkelte. Som regel ønsker man å bedre noe i mindre velstående grupper på bekostning av de mer velstående. Innen skatte- og avgiftspolitikkk finner man mange eksempler på denne typen politikk. De som tjener mindre har forholdsvis stor nytte av bunnfradrag, samtidig som de som tjener mye må avgi forholdsmessig mer av sin inntekt. Inntektsutjevning i landbruket og inntektssystemet for kommunene er andre eksempler på at man bevisst og åpenlyst omfordeler midler fra de som har gode vilkår til de som har dårligere vilkår. Tabellen under viser Lowis tre kategorier:

**Tabell 1: Lowis kategorier oppsummert** Kilde: Kjellberg og Reitan, 2007:114

Type politikk	Hovedaktører	Forholdet mellom aktørene	Beslutningsnivå
<i>Fordeling</i>	Enkeltpersoner/bedrifter	Gjensidig ikke-innblanding	Sterkt desentralisert
<i>Regulering</i>	Grupper/organisasjoner	Begrensede koalisjoner	Noe desentralisert
<i>Omfordeling</i>	Hovedorganisasjoner/partier	Konfliktpreget	Sentralisert

Ideen er at man beveger seg fra enkeltsak eller individnivå, via gruppenivå, til et universelt, eller i det minste overordnet, nivå. Jeg forestiller meg at graden av hvor prinsipielle beslutningene er også kunne vært en kolonne i denne tabellen. Ved «fordeling» tar man få prinsipielle hensyn ved fastsettelsen av et gode, mens man ved «omfordeling» er helt overordnet og prinsipiell. Ved «regulering» befinner man seg et sted midt i mellom.

I senere tid har Lowis kategorier vært utsatt for mye kritikk og debatt. Mye av kritikken dreier seg om at de er vanskelige i praktisk analytisk bruk, og at de ulike kategoriene ikke er gjensidig utelukkende. For eksempel kan det være vanskelig å finne empiri hvor det er klare skiller mellom «omfordeling» og «regulering». I min modell vil de, på tross av sine mangler, likevel ha en forankrende funksjon og fungere som et nyttig bakteppe.

Samtidig har «*det vist seg vanskelig å analysere offentlig politikk uten å forholde seg til Lowis bidrag*» (Kjellberg og Reitan, 2007:107-108). Teorien passer kanskje ikke helt optimalt for den norske velferdsmodellen, noe som førte til at Fransesco Kjellberg på 1970-tallet lanserte en videreutvikling av modellen som var tilpasset det norske systemet. Her presenterte han en «*typologi som bygger på en kombinasjon av tildelingsmåte og grad av omfordelingshensyn, mens grad av fellesforbruk holdes konstant*» (Kjellberg og Reitan, 2007:117). Dette ender opp i følgende firefeltstabell:

**Tabell 2: Kjellbergs videreutvikling og tilpasning av Lowis kategorier til norske forhold**

<i>Innvirkning på den enkelte</i>		Omfordelingshensyn	
		Svakt	Sterkt
Direkte	1 Fordelingspolitikk	3 Omfordelingspolitikk	
Indirekte	2 Reguleringspolitikk	4 Strukturell politikk	

Kilde: Kjellberg og Reitan, 2007:117

Kjellberg introduserer, som tillegg til Lowis opprinnelige tre kategorier, kategorien «Strukturell politikk». Denne kjennetegnes fortsatt av en sterk omfordeling, men er mindre direkte i sin natur. Denne kategorien har større grad av koordinering både innenfor sektorene og mellom de ulike sektorene. Samtidig er det høy grad av kompleksitet som følge av politiske forhandlinger som skal gjøre virkningen mer «spiselig» for flere, og dempe konfliktpotensialet. Et eksempel på slik strukturell politikk, er da man gikk fra det direkte omfordelende skatteutjevningfondet, til inntektsutjevningssystemene vi har nå. Endringene for den enkelte er som regel marginale og knapt merkbare, og man går en slags omvei via strukturelle tiltak fremfor direkte omfordeling. På denne måten blir ikke virkningen så drastisk for den enkelte, ved at man i totalpakken opprettholder omfordelingshensynet, men «konfliktpotensialet ble dempet betraktelig» (Kjellberg og Reitan, 2007:121).

### **Inn i min modell**

Mine «Skal»-, «Bør»- og «Kan»- kategorier har visse fellestrekk med, og kan forankres i, Lowis kategorier eller typologier. Kategoriene til Lowi er langt på vei retrospektive, og kan, slik jeg ser det, ha hatt dimensjoner av både «Skal», «Bør» og «Kan» -signaler underveis. Imidlertid vil noen styringssignaler stå sterkere enn andre i de ulike kategoriene. Fra den enkelte aktørs perspektiv, kan man hevde at tiltak som virker indirekte på individet (som ved omfordelingspolitikk), sannsynligvis vil ha større innslag av frivillighet. Her vil «Bør»- eller «Kan-virkemidler» være mer hensiktsmessig, ettersom den direkte virkningen vil være svakere for enkeltaktørene.

Motsatt vil det være i de to kategoriene hvor virkningen på den enkelte er direkte; «fordeling» og «regulering». Imidlertid vil ikke dette være absolutt. Sett ut fra omfordelingsdimensjonen vil tiltak med svake omfordelingshensyn følges av svakere virkemidler. Sterke omfordelingseffekter har større konfliktpotensial, og det vil derfor være hensiktsmessig med sterkere virkemidler, dvs. mer av det jeg kaller «Skal-virkemidler».

### **Iverksetting**

Det sentrale i det jeg ønsker å se på er iverksetting, og ulike måter man kan iverksette politiske ønsker og beslutninger på. Iverksetting er i følge norsk rettskrivingsordbok «å sette i verk», eller «å sette i gang». Selve begrepet «iverksetting», kan problematiseres og avgrenses på ulike måter. I en større sammenheng er det viktig å huske at det å gjennomføre en politikk ikke nødvendigvis betyr at man virkeliggjør målsettingene i politikken. Bare det å formulere en politisk ytring kan jo også anses som et resultat sett fra noens ståsted. Om iverksetting skal måles ut fra oppnådde resultater, er det også viktig å se på *hvem* resultatet er for i en analyse.

Det vanligste er å se på resultater eller effekter for innbyggerne eller for målgruppen for en tjeneste.

Jeg skal i utgangspunktet konsentrere meg om å analysere resultater eller effekter, og se mindre på prosessene. Imidlertid er det viktig å vite at det er litt ulike synspunkter på hva som er «rett måte» å analysere iverksetting på. For å få et klarere overblikk kan jeg ta utgangspunkt i en modell. Iverksettingsprosessen kan settes opp i ulike faser, for eksempel slik:

**Tabell 3: Faser i en iverksettingsprosess**

Fase	Nivå, beskrivelse av fase
1	Politikkutforming – utredning av offentlig utvalg eller arbeidsgruppe. Man utarbeider en proposisjon, rapport eller liknende.
2	Beslutning av tiltaket på sentralt nivå. Man lager og vedtar en lov, plan, føring eller liknende.
3	Spesifisering på sentralt nivå. Man utformer retningslinjer, forskrifter, veileder eller liknende.
4	Spesifisering på lokalt nivå. Man lager lokale retningslinjer, instruksjoner og/eller planer.
5	Realisering lokalt. Man foretar seg noe lokalt i den/de virksomheter som det er tenkt at det skal skje noe med, eventuelt starter opp tjenesten man har tenkt skal yte tjenester.
6	Gjennomføring. Tiltaket/tjenesten er iverksatt og man ser resultater.
7	Evaluerings- eller tilbakeføring av erfaringer.

(fritt etter Kjellberg og Reitan, 2007:134)

En reform eller et tiltak vil i hovedtrekk iverksettes omtrent som skissert over. Det starter gjerne med at beslutningstakere har en idé de ønsker å sette ut i livet. Politikere i et demokratisk land er avhengige av oppslutning for å få den makten de trenger for å gjennomføre. Ideen er ofte ideologisk eller faglig forankret, men den kan stamme fra hvor som helst. Det kan være enkelthendelser, det kan være misnøye, det kan være en sak som er sentral i en pågående samfunnsdebatt etc. Et eller annet sted har beslutningstakere fått en idé om at noe må gjøres noe med, og løsningen deres er ofte forankret ett sted i deres politiske ideologi (imidlertid er jo heller ikke ideologi nødvendigvis konstant).

Når man ønsker å gjøre noe med et felt, gitt at man har den nødvendige makten eller vedtakskompetansen, iverksetter man gjerne en utredning for å kartlegge området. Man ser da etter status på området i dag. Ved brukerrettede tjenester vil man da typisk kartlegge situasjonen for brukerne med tanke på livskvalitet, økonomi, organisering av dagens tilbud

(om det er noe), eksisterende rettigheter osv. Man skisserer også gjerne en overordnet ønsket situasjon, eller mål, dersom man ønsker endring (noen ganger kan også selve målet være formulert før utredningen). Imidlertid vil det som oftest være politisk klokt ikke å være for bastant i målsettingene før man har utredet situasjonen på området.

Dette er selvfølgelig bare ett av mange teoretiske utgangspunkt man kan legge til grunn i analyse av en iverksettings- eller gjennomføringsprosess. Man kan for eksempel problematisere faseinndelingen. Er det riktig å se på gjennomføring av politiske beslutninger på en slik potensielt fragmentert måte? Vil man kanskje stå i fare for å miste viktige nyanser ved å lage slike mer eller mindre kunstige skiller i en iverksettingsfase? I virkeligheten har man riktignok noen slike egnede skiller, i form av for eksempel vedtak i Stortinget, eller frister for ferdigstillelse av ulike arbeider som kan passe inn som markører for disse faseskillene. Samtidig er det enklere for både egen og andres forståelse å dele opp større problemstillinger, og forenkle de komplekse problemstillingene så de på denne måten blir mer håndgripelige.

### **Ulike tilnærminger**

Studier av iverksetting ble i følge Kjellberg og Reitan først utført på 1970-tallet, blant annet som følge av at «*behovet for politiske argumenter i prioriteringen av ressurser tilsa at beslutningstakerne rettet blikket mot iverksettingsfasen og evalueringsproblemene*» (Kjellberg og Reitan, 2007:138). Fremvoksende velferdsstater medførte større interesse for gjennomføringen av offentlige tiltak både hos tilhengere og kritikere av en sterkere stat. Samtidig var det også interesse for studier av iverksettingsprosesser i fagmiljøene.

Det finnes ulike tilnærminger for å analysere iverksetting. To hovedretninger som det ofte refereres til er «den beslutningsorienterte tilnærmingen» og «den prosessorienterte tilnærmingen».

### **Den beslutningsorienterte tilnærmingen**

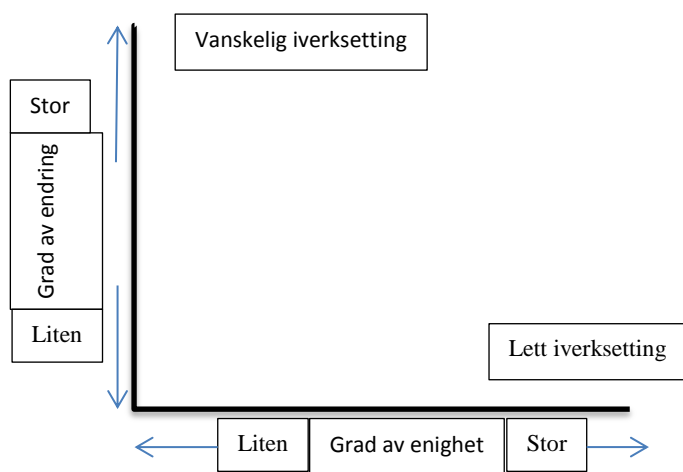
I korte trekk handler den *beslutningsorienterte tilnærmingen* om at man har en rekke ulike vedtaks- eller beslutningspunkter ved iverksetting av et tiltak eller en politikk. Kritikerne av tilnærmingen kaller ofte dette for en «ovenfra og ned»-tankegang. Utgangspunktet for tilnærmingen er at man søker en forståelse av hva, eller hvilke elementer, i en iverksettingsprosess som styrker gjennomføringen av det opprinnelige målet, og hvilke elementer som svekker denne måloppnåelsen. Hovedpoenget er at man tar for seg beslutningene som tas på veien til eventuell måloppnåelse.

Jeffrey L. Pressmann og Aaron Wildavsky, og deres studie *Implementation* fra 1973 trekkes ofte frem som et tidlig eksempel på en klassisk iverksettingsstudie som bør nevnes når det er snakk om iverksettingsteori. I denne studien gikk de systematisk gjennom hvordan et føderalt program, som skulle bidra til å skape økonomisk vekst og arbeidsplasser, endte med at ingen av de planlagte tiltakene ble iverksatt. Donald S. Van Meter og Carl E. Van Horn regnes også som pionerer, og Daniel Mazmanian og Paul Sabatier trekkes frem som et tredje par av viktige bidragsyttere innen denne retningen

I 1975 presenterte Van Meter og Van Horn en modell, og staket dermed ut en ny kurs for den beslutningsorienterte iverksettingsteorien. Der Pressman og Wildavsky i liten grad konsentrerte seg om teoretisk overbygg, hadde Van Meter og Van Horn ambisjoner om dette. De tok utgangspunkt i at den politiske historikken bak et tiltak også vil virke på gjennomføringen av tiltaket. Iverksettingen vil variere avhengig av hva slags egenskaper og erfaringer som kjennetegner politikken eller tiltaket. Dette er i samsvar med Lowis synspunkt om at beslutningens innhold nødvendigvis skaper føringer for hvordan gjennomføringsprosessen forløper.

Van Meter og Van Horn sin utgangshypotese fra 1975 er at «*særlig to sider ved de aktuelle tiltak blir bestemmende for gjennomføringsfasen: Graden av endring som tiltakene innebærer i forhold til en tidligere praksis eller situasjon, og graden av enighet om dem under beslutningsfasen*» (Kjellberg og Reitan, 2007:142).

Hypotesen kan også uttrykkes i følgende figur:



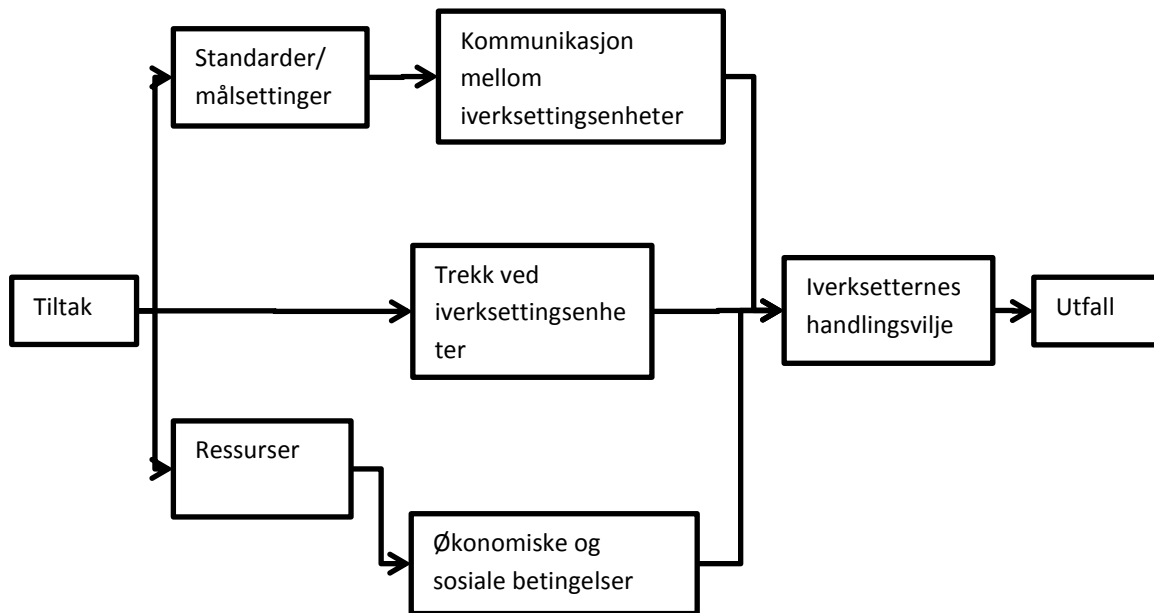
**Figur 1: Van Meter og Van Horns utgangshypotese om påvirkning av iverksetting**



Figur 1 skisserer at store og omfattende endringer og liten grad av enighet er det verst tenkelige utgangspunktet dersom man ønsker å iverksette noe. Er det imidlertid stor enighet, behøver ikke omfanget av endringen å være en så stor utfordring. I motsatt tilfelle, kan små endringer være vanskelig å gjennomføre dersom det er stor uenighet i at endringene bør skje. Dette bildet stemmer bra overens med teorier om *inkrementalisme* og *endringsmotstand*, om at man (enten man er i en organisasjon, enkeltmenneske, grupper av mennesker osv.) over tid kan venne seg til en virkelighet, tolkning av virkeligheten, formelle regler og rutiner mv. Når noe i dette lille «universet» utsettes for endring, vil man ofte se at det som skal endres har forsvarsmekanismer for å beholde det bestående. En annen måte å forstå denne endringsmotstanden på, er å se det som en slags *treghet*. I fysikkens verden er *treghet* (engelsk: *inertia*) en egenskap ved all materie som gjør at legemer motsetter seg endringer av bevegelsestilstanden. En liknende effekt kan man finne hos enkeltmennesker eller organisasjoner. Det er menneskelig å hegne om det bestående og ha en viss skepsis til det som er nytt og annerledes. En måte man kan gå frem på for å i liten grad utfordre eller vekke dette *forsvaret*, eller *tregheten*, er å gå *inkrementelt* til verks. Dette innebærer at man endrer ved hjelp av små skritt framfor å gjennomføre store og brå endringer. Teorien bak dette er at de som er utsatt for endringen, vil være i stand til å håndtere mindre endringer uten de helt store protestene, og etter hvert venne seg til denne lille endringen. Når den første endringen er integrert, kan man så foreta neste steg i endringsprosessen til det steget er akseptert eller integrert. Dette kan man så gjenta til man når det egentlige målet. Igjen kan man trekke paralleller til fysikken og se på organisasjoner som en bil med passasjerer. I en bil som starter eller stanser brått, vil passasjerene ofte oppleve mer ubehag enn dersom akselerasjon og retardasjon foretas langsomt.

#### *Sentrale teorier*

Van Horn og Van Meter lanserer også en tankemodell som er relevant i mitt tilfelle. Modellen skisserer hvilke strukturelle variabler som kan tenkes å påvirke gjennomføringen av et tiltak og være med å påvirke graden av vellykket iverksetting.



**Figur 2: Van Meters og Van Horns modell av iverksettingsprosessen**

Figuren viser at man tar utgangspunkt i politikkenes målsetting og i politikkenes tilgang på ressurser som sine variabler.

*Målet* er den første variabelen, og man tar utgangspunkt i hvor klart målet er og hvor presist det er formulert. Man kan oppleve å finne enkle mål om enkle tiltak hvor svaret er av typen *ja*, eller *nei*, eller det kan være komplekse reformer eller tiltakspakker med mange ulike og gjerne vagt formulerte mål. Graden av hvor klar målsettingen er, vil i stor grad påvirke hvordan budskapet fortolkes i gjennomføringsfasen.

Den andre variabelen ved et tiltak handler om ressursituasjonen. For at gjennomføringen av et tiltak skal lykkes, er man avhengig av tilstrekkelig finansiering og nok personalressurser til å gjennomføre tiltaket. Siden 1970-tallet har man hatt ett krav om at økonomiske og administrative konsekvenser skal være en obligatorisk del under utredningen av et tiltak. Til tross for dette, er det ofte tilfelle at for eksempel kommuner uttrykker bekymring for om hvorvidt et nytt tiltak, et nytt tilbud eller en ny reform besluttet av Stortinget er fullfinansiert både før, under og etter iverksettingen.

Ut over målsetting og ressurstilgang, trekker Van Meter og Van Horn også frem følgende fire forhold som viktige i en iverksettingsprosess:

1. *Interorganisasjonsforholdene*. Som regel betegner dette forholdet mellom sentrale og lokale myndigheter.

2. *Trekk ved iverksetterorganisasjonen.* Dette beskriver for eksempel hvor stor organisasjonen er, hvilken kompetanse som finnes eller hva slags kultur man har innenfor en organisasjon. En lukket og hierarkisk organisasjon vil nødvendigvis ha en annen iverksettingsprosess enn en flat, åpen og kanskje mindre formell organisasjon.
3. *Økonomiske, sosiale og politiske forhold.* Dette handler om rammebetingelser, og kategorien er noe uspesifikk og kan romme mange forhold.
4. *Holdninger og oppfatninger blant aktørene som skal iverksette tiltaket.* Dette er sentralt i en iverksettingsprosess. Aktører som er begeistret for tiltaket og uttrykker iverksettelsesvilje, vil virke positivt på gjennomføringen — og motsatt.

Mazmanian og Sabatier er et tredje par av sentrale bidragsyttere til den beslutningsorienterte tilnærmingen. De presenterer en modell som bygger på, og supplerer, de tidligere omtalte modellene til Pressman/Wildavsky og Van Meter/Van Horn. Felles er at de bygger på en beslutning eller et vedtak, men de er i tillegg opptatt av faktiske virkninger av tiltakene, og de inkluderer en evaluering av dette i sin modell. De skisserer en ambisiøs og variabelrik modell som har en del fellestrekk med de tidligere bidragene. Imidlertid innser de også at det antall variabler de legger opp til vil medføre store metodiske utfordringer i praktisk anvendelse.

Mazmanian og Sabatier tar utgangspunkt i et vedtak eller en beslutning av større eller mindre omfang. Imidlertid trekker de inn viktigheten av forhold i hierarkiet og lojalitet hos aktørene. De er også tydelige på at det bør være en form for rettslig grunnlag for tiltaket som skal iverksettes.

En vanlig kritikk av denne tilnærmingen er at den har en tendens til å ha et «ovenfra og ned»-perspektiv. Man har en tendens til å legge mye vekt på formelle vedtak og beslutninger, og kanskje underdrive andre variabler. Jeg mener likevel at dette er en høyst anvendelig teori til mitt bruk.

Jeg vil legge til grunn den beslutningsorienterte tilnærmingen som fundament for min modell. Men fordi denne tilnærmingen bærer preg av å være nokså instrumentell i sitt perspektiv, kan det være nyttig å være kjent med den prosessorienterte tilnærmingen. Jeg vil til en viss grad være innom også denne tilnærmingen selv om det vil være noe nedtonet sammenliknet med den analysemodellen jeg har valgt som hovedretning. Litt om den prosessorienterte tilnærmingen

### Den prosessorienterte tilnærmingen

I løpet av 1980-tallet kom det en rekke kritiske bidrag til den rådende beslutningsorienterte tilnærmingen. Kritikken skapte en ny retning innenfor iverksettingsteori. Den fokuserte på lokale aktørers innflytelse i iverksettingsprosessen og fikk etter hvert navnet *nedenfra-og-opp-tilnærmingen* eller *den prosessorienterte tilnærmingen*.

Den prosessorienterte tilnærmingen bærer preg av at den har vokst frem som en slags motsats til og reaksjon på den beslutningsorienterte tilnærmingen. Bidragene i den prosessorienterte tilnærmingen er som regel polemiske, dvs. en pågående «skriftlig feide» preget av argumentasjon. Dessuten har man et klart ideologisk brukerorientert og desentralisert ståsted. Sentralt i denne ideologien står kritikk av beslutningsorienteringens tro på formaliteter og standardiserte løsninger på bekostning av lokale tilpasninger. Ikke minst legger man vekt på at det foregår en del uformelle prosesser, og kanskje disse virker sterkere enn det man skulle tro ut fra det andre perspektivet?

Gjennomføring av et hvilket som helst tiltak legger til rette for konflikt og konfrontasjon. Det vil alltid være ulike interesser med ulike verdier og synspunkter. Iverksettingsforskerne Susan Barrett og Michael Hill oppsummerer et sentralt poeng innen prosessorientert forskning:

*The political processes by which policy is mediated, negotiated and modified during its formulation and legitimation do not stop when initial policy decisions have been made, but continue to influence policy through the behaviour of those responsible for its implementation and those affected by policy acting to protect or enhance their own interests. (Barrett og Hill, 1984:220)*

Det er også likheter med den beslutningsorienterte retningen, og man kan gjenkjenne elementer fra Van Meter og Van Horns utgangshypotese (Figur 1 s.16). Imidlertid legger mange prosessorienterte forskere vekt på at det eksisterer alternative fremgangsmåter. Det er ikke nødvendig å låse seg til det hierarkiske byråkratiet med sine klare styringslinjer. I den prosessorienterte tilnærmingen ser man det som viktigere å studere prosessenes egenart og hvordan ulike prosesser og vekselvirkning mellom alle aktører, fremfor å studere om man har lykket eller ikke. I denne retningen ser man iverksettingsprosesser som en læringsprosess, fremfor den mer instrumentelle orienteringen man kan se i den beslutningsorienterte tilnærmingen.

### ***Teori oppsummert***

Forskjellen mellom beslutningsorientert, eller institusjonell tilnærming på den ene siden, og prosessorientert, eller handlingsorientert tilnærming på den andre, handler om man skal legge prosesser eller målbare resultater til grunn når man skal studere iverksetting. Tabellen under viser de viktigste forskjellene i tabellform:

**Tabell 4: Forskjeller mellom hovedtilnærmingene i studiet av iverksetting**

	<b>Beslutningsorientert tilnærming</b>	<b>Prossessorientert tilnærming</b>
<b>Definisjon av iverksetting</b>	Snever: fasen mellom sentralt vedtak og operasjonalisering	Vid: i teorien hele den politiske og administrative prosess
<b>Empirisk utgangspunkt</b>	Autorative vedtak (lov eller liknende) om offentlige tiltak	Prosessene i tilknytning til bestemte målgrupper/problemområder, vedtaket som del av omgivelsene
<b>Organisasjonsmessig ramme</b>	Stabile strukturer, formelle autoritetsrelasjoner	Uformelle strukturer, spesielle nettverk mellom likeverdige aktører
<b>Oppfatninger av styringselementer</b>	Kontroll, direkte påvirkning av underordnede enheter	Ingen klare styringselementer, tilpassing gjennom forhandling og kompromiss
<b>Vurderingskriterier for vellykkethet</b>	Grad av samsvar mellom mål for tiltaket og de lokale foranstaltninger	Grad av samsvar mellom ønsket endring i en sosial situasjon og faktiske resultater av tiltaket
<b>Overordnet siktemål</b>	Søke å forstå hva som bidrar til effektiv offentlig styring	Søke å forstå hva som betinger praktisk tilpassete resultater av offentlig tiltak.

Begge retninger har en nytteverdi på hver sin måte. Om man kun låser seg til en av tilnærmingmåtene og dogmatisk avviser den andre, kan man risikere å gå glipp av viktige nyanser i en analyse. Den beslutningsorienterte tilnærmingens måte å se variabler på, sammen med den prosessorienterte tilnærmingens måte å tolke situasjoner på, åpner for en rekke interessante perspektiver på iverksettingsprosesser. Dette forutsetter at man unngår å forholde seg for dogmatisk, men heller velger en pragmatisk tilnærming til disse to teoretiske retningene.

Så langt i denne oppgaven har jeg lansert hva jeg ønsker å se nærmere på, og hvilke teoretikere som har dannet grunnlaget for min modell. Jeg vurderte lenge å legge til grunn

prinsippal-agent-teori, og det kunne på mange måter fungert like godt. Men ettersom jeg ønsker å se på effekt av styringssignaler, fant jeg mer inspirasjon i klassisk iverksettingsteori ettersom tilnæringsmåtene der passer bedre med tilnæringsmåten jeg så for meg da jeg startet med oppgaven. I denne oppgaven skal jeg analysere data på nasjonalt nivå, og det er mest hensiktsmessig å legge seg på en beslutningsorientert tilnærming. I en utvidet analyse og bredere anlagte forskningsspørsmål ville det vært naturlig å se nærmere på prosesser for å danne seg et bilde av *prosessene som drivere eller motstandskrefter* ved iverksetting.

## Metode

Jeg har i utgangspunktet ett forskningsspørsmål i denne oppgaven. Jeg ønsker å undersøke nærmere hvor effektive ulike styringssignaler virker. Jeg har allerede delt inn styringssignalene i tre ulike kategorier; «Skal», «Bør» og «Kan»-signaler.

I utgangspunktet forventer jeg at styringssignaler i «Skal»-kategorien blir lojalt fulgt opp. (Samtidig er det noen ulemper ved å legge seg på en slik linje, noe jeg vil komme tilbake til avslutningsvis).

Jeg forventer større variasjon i «Bør»- og «Kan»-kategoriene, ettersom dette er styringssignaler hvor gjennomføringen i større grad vil preges av rammebetingelser og handlingsrom.

For å kunne si noe om effekten av signalene, har jeg på forhånd definert meg helse- og omsorgssektoren som arena for undersøkelser. Det finnes både eksempler på de ulike styringssignalene innen sektoren, og jeg har god kjennskap til variablene. Samtidig rommer sektoren tjenester som er gjenstand for stor politisk interesse, og ofte er det sterke brukerrettigheter knyttet til tjenestene. Videre er det mange profesjoner som ofte har sterke oppfatninger av hva som er faglig riktig, og det er som regel et kjennetegn at fagpersoner står sterkt i både ledelse og utføring av tjenestene.

Jeg vil konsentrere meg om styringssignaler som er kommet innenfor de siste ti årene, og spesielt om tydelige og lite tvetydige signaler. Det statistiske materialet for hver tjeneste på kommunenivå er lettere tilgjengelig og anses å ha bedre kvalitet på 2000-tallet enn eldre data. Styringssignalet må være relativt nært knyttet til kvantitative endringer i eksisterende indikatorer som finnes med en tidsdimensjon i offentlig tilgjengelig statistikk. Det kan også være interessant å se lengre tilbake, på enkelte eller alle tjenestene.

Jeg vil undersøke tjenestens omfang i SSB eller eventuelt andre databaser. For eksempel kan antall kroner, antall ansatte, antall brukere eller brukerrater, være aktuelt. Jeg vil beskrive dette nærmere under den enkelte tjenesten.

Ved å analysere statistikk som strekker seg over en lengre tidsperiode, kan den fortelle noe om hva som skjer i etterkant av at et styringssignal gis. Dersom jeg for eksempel ser at styringssignalene for den ene tjenesten har vært av «Skal»-typen, samtidig som styringssignalene ved en annen tjeneste har vært mer «Bør» eller «Kan», så kan jeg forhåpentligvis se om det kan være et mønster som tyder på at den ene måten gir større utslag enn den andre.

## **Mitt prosjekt**

Som nevnt vil jeg se på effektene av tre ulike typer styringssignaler som staten kan bruke for å styre kommunene med. Jeg vil her gå litt nærmere inn på hva de tre typene innebærer. Jeg utelukker på ingen måte at det finnes muligheter for flere kategorier, men i denne oppgaven har jeg altså landet på styringssignaler av typen «Skal», «Bør» og «Kan».

### **«Skal-styring»**

«Skal-styring» kan også kalles streng normstyring eller regelstyring. Med dette mener jeg at man stiller krav til at kommunene skal ha en tjeneste og eventuelt ulike grader av detaljering i en beskrivelse av en slik tjeneste. Eksempler på norm/regelstyring er offentlige tjenester der man fra statlig hold fastsetter et nivå som er absolutt minimum for hvordan tjenestens strukturelle utforming skal være. Eksempel på dette kan være innføring av såkalt «full barnehagedekning», fastlegeordningen, legevakt eller fylkeskommunale tannhelsetjenester til ulike grupper. Dette er tjenester hvor man fra sentralt hold både fastslår at det skal være en tjeneste, men også gir sterke føringer for hvordan tjenesten skal utformes rent strukturelt, eller fastsetter nærmest ufravikelige rettigheter, for eksempel at «alle har rett til å stå på en fastlegeliste». Slike tjenester kan sammenliknes med Lowi sin kategori, «fordeling». Ressurssituasjonen kommer i annen rekke når den enkelte innbygger har oppnådd rettigheten.

Slike tjenester er også i høy grad styrt av at tjenestemottakerne har en form for juridisk rett til å få tjenesten dersom faglige vurderinger tilsier at en slik tjeneste er riktig tilbud. Staten kan ofte fastsette tjenestens omfang og innhold på et relativt detaljert nivå. At alle har en plikt til å gå på skole, og at en kommune må sørge for tilstrekkelig med skoleplasser til de i befolkningen som er aktuelle for det, er et annet eksempel på en tjeneste som er sterkt regulert

fra sentralt hold hva angår både strukturell kvalitet, resultat-kvalitet, kvalitet på innhold og til dels også prosesskvalitet fastsatt gjennom forskrifter, planer og prosedyrer. For slike tjenester har staten også ulike sanksjonsmuligheter, for eksempel ved at fylkeslegen/helsetilsynet kan fastsette rettigheten, og da må tjenesten ytes i tråd med det som besluttes i et eventuelt pålegg.

I første omgang vil jeg avgrense meg fra å gå spesielt mye i dybden på disse såkalte «Skal-tjenestene», altså tjenester hvor handlingsrommet er lite og befolkningens juridiske rettigheter står sterkt. De er gjerne fulgt opp av økonomiske og gjerne også av kommunikative virkemidler. Det vil derfor være meget omfattende å isolere effektene av de ulike virkemidlene. Dessuten vil lovkrav og sterke juridiske rettigheter hos brukere gjøre at det skal mye til for at tjenestene ikke skal være på plass. Disse tjenestene er mest anvendelige som en referanse, da dette er noe som kommunene tilstreber og i stor grad oppnår.

### **«Bør-styring»**

Med dette mener jeg at det kan være en tjeneste hvor lovverket gjerne sier at kommunen skal ha en tjeneste. Samtidig åpnes det her for en liten grad av detaljstyring hva angår tjenestens strukturelle utforming. Man kan kanskje si at denne måten å styre en tjeneste på er en «mykere» form hvor det er et større rom for å gjøre lokale tilpasninger. Mange slike tjenester kan man finne i helse- og omsorgsloven. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon (sykehjem og hjemmetjenester) er eksempler på dette. Det er viktig å merke seg at det ligger visse forsvarlighetskrav i bunnen, men tjenesten er fra statlig hold «mykere» styrt enn mange andre tjenester.

Et eksempel på en tjeneste som i stor grad er styrt av ulike normer, er helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene. Helse- og omsorgstjenesteloven fastslår at kommunen skal ha en slik tjeneste for sine innbyggere. Videre beskriver *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* noe mer om denne tjenesten. Likevel er det slik at tjenestens innhold er beskrevet i en veileder. Veilederen kan sees på som en beskrivelse av ulike deltjenester og kontrollintervaller som det vil være faglig ønskelig at er en del av innholdet. Samtidig er slike veiledere å anse mer som noe kommunene «bør» gjøre snarere enn «skal» gjøre. De beskriver i hovedtrekk et nivå av tjenester som hadde vært optimalt sett fra et faglig synspunkt, men ofte er det praksis at de strukturelle rammebetingelsene ikke tillater et slikt nivå fullt ut. Det er med andre ord en åpning for at man kan innrette tjenesten på en måte som avviker fra veilederne, så lenge man legger til grunn såkalt faglig forsvarlige vurderinger bak beslutningen om å avvike fra kravet.



Det synes å være konsensus om at statlige myndigheter aksepterer et visst avvik fra slike veiledere så lenge tjenesten som ytes totalt sett anses som innenfor faglig forsvarlige rammer, og at det ikke er fare for tap av liv og helse.. Forståelsen av hva som anses som «nødvendig helsehjelp» kan tjene som et godt eksempel, da dette ofte er opp til den eller de fagpersoner som vurderer enkeltindividets behov. Styringssignaler kan da noen ganger gå «omveier» eller korrigeres via ulike statlige tilsyn. Det kan for eksempel være at Statens helsetilsyn vurderer hvordan en kommune oppfyller den enkeltes rettigheter eller om hvorvidt en tjeneste er innenfor faglig forsvarlige rammer. I kjølvannet av slike tilsyn kommer det ofte to typer pålegg. Den første typen havner i «Skal»-kategorien, og handler om de tilfeller hvor det eksplisitt fastslås at lov eller forskrift er brutt. Det andre, som jeg vil kategorisere i en «Bør»-kategori, kan handle om pålegg eller bemerkninger som er hjemlet i for eksempel faglige veiledere, som angir det staten anser som god faglig praksis, men hvor det i realiteten er opp til den enkelte kommune, virksomhet eller fagperson å vurdere hva som er «nødvendig helsehjelp».

En underkategori i «Bør»-kategorien ligger tett opp til å kunne havne i «Kan»-kategorien, og kan kalles «negative insentiver». Med dette mener jeg at den man ønsker skal foreta seg noe i første omgang får styrket sine økonomiske rammer. Dersom man velger å ikke gjøre det som staten helst ønsker, så vil disse midlene trekkes tilbake eller tilfalle en annen aktør i form av ordninger som likner på en form for bøter. En annen måte å se det på, er en slags betalingsordning som fastslår at brukeren uansett forbruker en tjeneste. Virksomheten, som i utgangspunktet får pengene, er den man anser som best skikket til å utføre den, men dersom denne velger å ikke gjøre dette, så må man betale en form for vederlag til en annen virksomhet.

I neste del, under, vil jeg beskrive nærmere om «Kan-styring», som jeg anser som en mildere form for styring preget av ytterligere valgmuligheter og frihet for iverksettende instanser. En forskjell mellom «Kan» og «Bør», kan sees ut fra et økonomisk ståsted. Om man ved ikke handler i tråd med «Bør»-kategorienes føringer kan dette ha større økonomiske konsekvenser og kommunene kan stå overfor kostbare pålegg. Ved å la være å etterleve «Kan-signaler», vil man i liten grad straffes økonomisk (så fremt man ikke bryter vilkår for tilskudd).

### **«Kan-styring»**

Med dette mener jeg en tjeneste eller et tilbud som det i utgangspunktet er frivillig for kommunene å yte. Det kan også være grep som skal tas, men som man fra sentralt politisk

hold eller rådende fagmiljøer ofte kun ønsker seg ut fra et faglig perspektiv eller preferanse. Man kan også kalle dette for «løst» styrte tjenester, ofte med økonomiske eller dialogbaserte styringsvirkemidler. Styringssignalene er svakere enn i kategoriene «Skal» eller «Bør», og har stort rom for tilpasning eller valg.

I de politiske miljøer og i ulike fagmiljøer, både i og utenfor våre mange fagdirektorater eller etater, eksisterer det mange ulike oppfatninger om hvilke tjenester som bør ytes og eventuelt hvordan de bør ytes.

I noen tilfeller ser man at disse ønskene manifesterer seg i form av en beslutning om at noe skal innføres. Ofte kan disse vedtakene være mer basert på gode ønsker og velvilje fremfor at de blir hjemlet i lovverket eller nevnt i faglige retningslinjer eller veiledere. I den grad vedtakene blir forankret i lover eller forskrifter, blir de formulert på en måte som for eksempel gir kommunene en anledning til å foreta et valg, fremfor at man fra sentralt hold formulerer dette som et påbud.

Noe som jeg mener kjennetegner denne «Kan»-gruppen, er at insentivene er basert på frivillighet, og ikke tvang som er hjemlet i mer eller mindre klart regelverk. Ofte er en del av «Kan-signalet» at Staten utlyser et tilskudd som et insentivmiddel som kommunene kan søke på. Tilskuddet kan innrettes på flere måter. Det kan være tilskudd til drift første året, det kan være tilskudd til å gjøre nødvendige investeringer, eller det kan være et mer permanent tilskudd innenfor en planperiode.

Det kan også tenkes at det innrettes visse bonus-liknende ordninger, hvor man får tilskudd når tjenesten er i drift. Tilskuddene reduserer kommunens risiko ved oppstart, eller gjør at man kan starte opp et tilbud man kanskje ikke har rom for innenfor ordinære økonomiske rammer. Som regel er det også visse krav knyttet til tilskuddene, f.eks. en andel egenfinansiering, krav om opprettholdelse av tilbudet, rapporteringskrav eller andre mekanismer som gjør at det noe av risikoen likevel er hos den som får tilskuddet.

Et eksempel på slike tjenester fra den senere tid er frisklivssentraler. Dette er en tjeneste som kommunene ikke er pålagt å ha, men Helsedirektoratet går likevel langt i å anbefale at kommuner har dette tilbudet og yter tilskudd til oppstart. Samtidig sier den nye helse- og omsorgsloven, samt folkehelseloven og tilhørende forskrifter, at kommunene skal arbeide helsefremmende.

En annen form for slik «løs» styring er at man i statsbudsjettet styrker budsjetttrammen for et område, for eksempel kommunebudsjettet, med et beløp. Deretter gir man sterke signaler om at dette beløpet stammer fra et ønske om å styrke eller innføre en spesifikk tjeneste. Et eksempel på dette kan man finne i statsbudsjettet 2014. En av de mange pressemeldingene som ble sendt ut, var: «Regjeringen vil styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Innenfor veksten i de frie inntektene til kommunene for 2014 legger regjeringen til grunn at 180 millioner kroner skal gå til styrking av tjenesten. Dette tilsvarer en økning på omlag 300 årsverk». Midlene ble imidlertid lagt inn og fordelt innenfor kommunenes frie rammer, men i praksis kunne kommunene gjøre som de ønsket med disse midlene.

## **Min modell**

For mitt formål er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i Van Meter og Van Horns modell. Grunnen til dette, er at jeg skal se på «signalet», dvs. vedtak eller beslutning om å gjøre eller endre noe, og kategorisere inn i mine, «Skal», «Bør» og «Kan». Jeg vil analysere hvordan signalet gis, og hvilke rammer som følger med vedtaket for å kategorisere styringssignalet. Deretter vil jeg analysere og se om jeg kan gjenfinne effekt av styringssignalet i utviklingen av tjenesten.

Dette vil forhåpentligvis gi grunnlag for å si noe om hvordan de ulike kategorier av styringssignaler virker. Imidlertid handler ikke iverksetting bare om aspekter som passer inn i denne modellen uten videre. I et konsensusorientert og velstående land som Norge, hvor man også har en stor grad av desentralisert makt, vil også selve prosessen spille en viktig rolle. For å analysere dette, ville man kunne trekke inn både den prosessorienterte og den beslutningsorienterte teorien som jeg har presentert tidligere. Men av hensyn til analysens omfang har jeg begrenset meg til kun å trekke inn enkeltelementer fra disse teoriene. I denne sammenheng ser jeg på en forenklet analyse. Tanken på en fullstendig analyse som inkluderer begge retninger er besnærende, men må overlates til en annen gang.

Utgangspunktet mitt er, som sagt, vedtakene som fattes og utfallet av disse. Vedtaket eller beslutningen, kan anses som et signal fra overordnet myndighet til utførerne, i mitt tilfelle kommunene. I Norge går denne styringslinjen via ulike departementer, eventuelt også underliggende direktorater via fullmakt. Storting og regjering formulerer gjerne de overordnede målene eller intensjonene, og ofte blir dette videre bearbeidet av fagdepartementene, eventuelt ved hjelp av de ytre etater. Vanligvis legges det også opp til at departementer, eller direktorater, får en slags rolle som overordnede iverksettere. Ofte sender

man utkast til høring og uttalelse før endelig beslutning om iverksetting fattes. Tradisjonelt sett har også ulike interesseorganisasjoner og fagorganisasjoner anledning til å uttale seg om saker som angår deres medlemmer eller deres interesser. Samtidig som det å ha åpne høringer gir anledning til å komme med synspunkter på det som ønskes gjennomført, har høringer også en forberedende funksjon for de instanser hvor beslutningen skal iverksettes. Ofte inngår også en skisse av eventuelle endringer i rammebetingelser.

Med bakgrunn i klassisk iverksettingsteori, har jeg gjort noen tilpasninger og forenklinger for å få en modell som passer bedre til mitt formål. Jeg vil legge til grunn en enkel analysemodell bestående av fire trinn. Først vil jeg kategorisere styringssignalet. Her inngår mesteparten av Van Meter og Van Horns modell, men i min modell handler det mer om å se på signalets egenart og effekt eller resultat, og i mindre grad om å se på variablene «underveis» (selv om jeg vil berøre noen av disse).

Min modell består av fire trinn. I det første trinnet må jeg kategorisere styringssignalet inn i en av mine tre kategorier. I dette første trinnet er det mulig å foreta en inngående analyse av nå-situasjonen, men i denne oppgaven vil jeg nøye meg med å se på det jeg mener er tilstrekkelig for å kategorisere. Dersom jeg for eksempel skulle lagt vekt på å studere treghet ved iverksetting, kunne man tenkt seg at det også var hensiktsmessig å gå mer inngående inn i hvordan sektoren som studeres tidligere har mottatt signaler om endring.

I min oppgave forutsetter jeg at kommunene er noenlunde raske til å iverksette, det vil si at man kan forvente effekt i løpet av de tre første årene. Dette er kort tid, ettersom jeg i stor grad vil legge til grunn offentlig statistikk. Det kan være en potensielt lang tidsperiode fra beslutningen fattes i Stortinget, via kommunebudsjettering, til tallene fanges opp og publiseres på en offentlig tilgjengelig statistikkportal.

Jeg vil hente mye data fra KOSTRA (= Kommune – Stat – Rapportering). Det er et omfattende register av rapportering av resultater, aktivitet, ressursinnsats og kvalitet som den enkelte kommune rapporterer til årlig. Ett viktig formål med registeret er å samle informasjon om aktiviteter i de ulike kommunene, og registeret drives av Statistisk sentralbyrå. Registeret er et viktig og nyttig verktøy, men har også noen utfordringer. Av erfaring vet jeg eksempelvis at det ikke er uvanlig at det tar to år å få inn en ny KOSTRA-variabel. Det kan for eksempel ta omtrent 1 ½ år fra et vedtak er fattet i statsbudsjettet til det er synlig i KOSTRA. Statsbudsjettet for inneværende år vedtas høsten året før, KOSTRA-statistikken for inneværende år publiseres foreløpig våren året etter det samme budsjettåret, og blir

endelig samme sommer. Et vedtak i statsbudsjettet for 2014 vil være fattet i 2013, og man vil se data for 2014 i 2015. I noen tilfeller kan det være at statistikk likevel finnes i andre kilder. Jeg vil beskrive dette nærmere i forbindelse med den enkelte variabel.

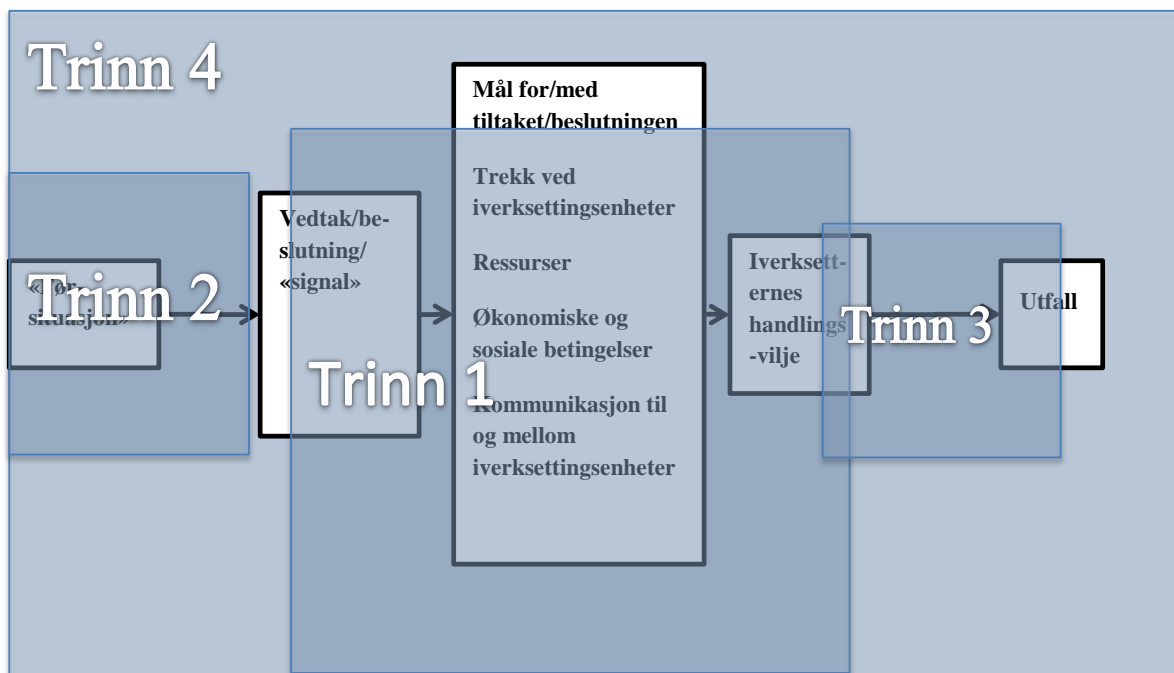
I trinn to av min analyse vil jeg foreta en innhenting av data for de områdene jeg skal se på fra året — eller årene — før styringssignalet ble gitt, og i trinn tre, fra året eller årene etter; alt avhengig av hva jeg skal bruke som referanseår. Her er det viktig å merke seg at kommunene i sine budsjetter også blir generelt kompensert for befolkningsendringer. Samtidig følger denne kompensasjonen i all hovedsak den generelle lønnsutviklingen relativt tett, så en endring i årsverkinnsats vil da ofte kunne sies å være et uttrykk for en økning i aktivitet.. Tabell 5 under skisserer hvordan modellen ser ut.

**Tabell 5: Skisse over min analysemodell**

Kategori styringssignal	Før styringssignal	Etter styringssignal	Analysere effekt av styringssignal. Se etter forklaringer, for eksempel kontekstuelle årsaker.
«Skal» Signal A	X % dekningsgrad eller X antall Y	X % dekningsgrad X antall Y	
«Bør» Signal B	- " -	- " -	
«Kan» Signal C	- " -	- " -	

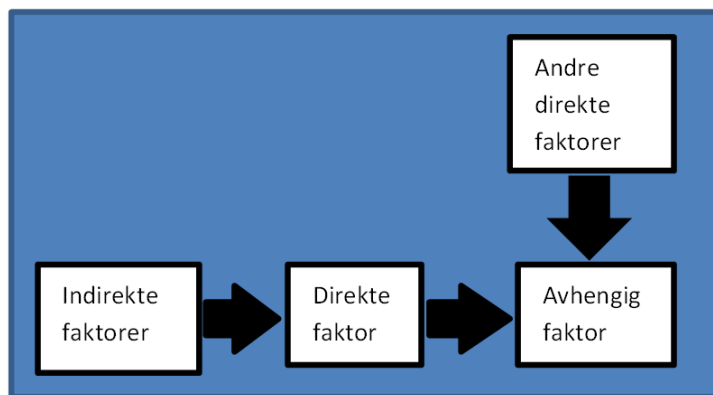


Modellen er tilpasset denne oppgavens dimensjoner, men jeg ser for meg at det hadde vært interessant å bygge ut modellen med flere dimensjoner. I figur 3 viser jeg hvordan min modell kan relateres til Van Meter og Van Horns modell.



Figur 3: Tilpasset utgave av Van Meters og Van Horns modell av iverksettingsprosessen, sortert. Figur som viser trinnene i min modell.

Figur 4 viser en enkel «sti-analyse», og det samme prinsippet kan spores i analysen av mine data. Jeg skal analysere ulike variabler, og det er da viktig å være klar over at det kan være indirekte faktorer som påvirker direkte faktorer (uavhengige variabler), dvs. at en uavhengig variabel i utgangspunktet later til å forklare lite av variasjonen i den avhengige variabelen. Samtidig



Figur 4: Enkel skisse over Sti-analyse.

kan den ha stor innvirkning på en annen uavhengig variabel som påvirker den første avhengige variabelen mye.

### Avhengige variabler

Det er per i dag (2014) 428 kommuner i Norge. Selv om antall innbyggere i kommunene varierer mellom 209 i Utsira og 623 966 i Oslo, behandles alle i prinsippet på likt når det gjelder måten dataene innhentes på. Min analyse baserer seg på inntil 431 kommuner. Avviket skyldes at noen kommuner har slått seg sammen i løpet av tidsrommet jeg henter data fra.

For å se på effekten av de ulike styringssignalene, vil min *avhengige variabel* være den tjenesten eller det tiltaket som beslutningstakerne ønsker innført eller endret. Jeg vil holde meg til kvantitativ analyse av aggregert statistikk på kommunenivå. Min egentlige avhengige variabel er styringssignalets egenart, men jeg er nødt til å bruke en *proxy-variabel* (stedfortredervariabel), nemlig effekten av styringssignalet, for å si noe om hvor effektivt styringssignalet virker. Dette innebærer selvfølgelig en viss risiko for nivåfeilslutninger. I et forsøk på å forebygge dette, vil jeg derfor bringe inn flere uavhengige variabler som en form for kontroll i de tilfeller hvor det viser seg at det er stor variasjon i tilsynelatende målt effekt.

Jeg antar altså at det er en sammenheng mellom styringssignalets egenart, dets rammebetingelser og egenskaper og hvilken effekt styringssignalet vil få. For å undersøke dette, vil jeg legge til grunn data fra kommune-Norge som jeg tenker å benytte dels i krystabellanalyse og dels i noen regresjonsanalyser.

For å kunne se på effekt av variablene, må jeg se på endringen i den enkelte variabel. Jeg må derfor i praksis legge til grunn hvor mye den enkelte avhengige variabel har endret seg mellom et tidspunkt før og et tidspunkt etter styringssignalet ble gitt. I noen tilfeller vil jeg være nødt til å lene meg på allerede utførte undersøkelser hvor datagrunnlaget består av bearbeidet data som er vanskelig tilgjengelig på andre måter. I andre tilfeller, særlig fra nyere tid, har jeg fått tak i datagrunnlag fra ulike kilder. Jeg vil omtale dataene og kvalitetsvurderinger av disse under det enkelte tilfelle. Det er verdt å trekke frem KOSTRA som en hovedkilde, som jeg bruker som kilde for både noen av de avhengige og de uavhengige variablene.

Det å forplikte kommunene til å rapportere i KOSTRA, kan sees på som form for press eller signal ovenfor kommunene, om at dette er noe man helst hadde sett prioritert siden man innhenter data og publiserer offentlig på kommunenivå. Det er nærliggende å tenke seg til at offentliggjøring til en viss grad kan spille inn som et pressmiddel overfor kommunene.

I første omgang vil jeg kategorisere styringssignalet, og se om det gir noen effekt på tjenesten som styringssignalet er ment å påvirke. I analysen blir derfor effekten målt ved hjelp av den avhengige variabelens proxy-variabel og styringssignalet. Imidlertid er det både interessant, og rom for å gjøre litt mer omfattende analyser. Dette bringer meg til de uavhengige variablene.

## Uavhengige variabler

Mange variabler kan påvirke hvorfor kommuner i ulik grad etterkommer styringssignaler gitt fra sentralt hold. I analysene av alle de ulike kategoriene vil jeg derfor undersøke om generelle trekk ved kommunene kan spille inn. Slike trekk kan være politisk «farge» på kommunen, resultatgrad, budsjettets størrelse, og kanskje også noen kjennetegn ved befolkningen, som for eksempel gjennomsnittsalder eller antall fødte. I noen tilfeller kan det være tilgjengelig aktivitetstall for tjenestene, men en mangel ved mye offentlig statistikk, er at den konsentrerer seg mest om ressursinnsats, og mindre om aktiviteter og resultater.

Politisk «farge» på kommunene reflekteres som regel av hva slags parti som har ordføreren. I siste kommunevalg var det en viss oppmerksomhet knyttet til at det ikke lenger var mulig for velgerne å gi enkeltstemmer til populære kandidater fra andre partier enn flertallet i kommunestyret. Til analytiske formål ble ordfører således mer konsistent. Jeg vil bruke denne variabelen som kontrollvariabel fordi den kan si noe om hvordan politisk lojalitet kan påvirke hvordan en kommune forholder seg til et styringssignal gitt fra staten. Intuitivt kan man anta at et kommunestyreflertall bestående av samme parti eller koalisjon som man ser i regjeringen, kan være mer tilbøyelige til å effektivere styringssignaler sammenliknet med de som er fra samme partier som opposisjonspartiene i Stortinget. Jeg har ikke hentet inn data for sammensetning av kommunestyrene, men ser for meg at politisk «spredning» i et kommunestyre kunne vært en videreutvikling av en slik variabel.

Driftsresultat er også en viktig variabel. Jeg vil i noen analyser benytte meg av *netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter* (fylkesmannen bruker dette som en nøkkelindikator) som en uavhengig variabel. Dette rapporteres hvert år inn i KOSTRA.

Ettersom de data jeg skal analysere kun er et fåtall av de mange variabler som i teorien kan påvirke iverksetting på bakgrunn av sentrale styringssignaler, er det på sin plass å si seg delvis enig i det uttalelsene fra kritikere av beslutningsorientert iverksettingsteori påpeker: – Det vil alltid være en risiko i en slik analyse for spuriøse sammenhenger eller uavhengige variabler som ikke fanges opp i datagrunnlaget som legges til grunn. På den annen side er norske kommuner godt vant med å rapportere statistikk, og kvaliteten på dataen er jevnt over høy. De er også bygget rundt samme lest, dvs. de har samme lovverk å forholde seg til, ofte er KS som paraplyorganisasjon en faglig premissgiver, og det er som regel de samme fagbakgrunnene på ansatte. Dette gir grunn til å anta at kommuner på mange måter har en del grunnleggende likheter som gjør at de vil fungere som analyseenheter på tross av forskjellene.



## Analyse

### «skal-signaler»

For å konkretisere det jeg mener med «Skal-signaler», vil jeg legge til grunn et par tjenester hvor kommunenes handlingsrom og grad av frihet til lokale tilpasninger har vært lite, og det meste har vært fastlagt fra sentralt hold.

#### ***Eksempel I: Fastlegeordningen***

Fastlegeordningen, og utbredelsen av denne før og etter innføringen i 2001, og 2012, er et godt eksempel på det jeg kaller «Skal-styringssignal». Fastlegeordningen handler om at alle kommuner skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven*. Tjenesten beskrives nærmere i en egen forskrift, *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasientrettigheter i ordningen ble hjemlet i den daværende *kommunehelsetjenesteloven (fra 2012: helse- og omsorgstjenesteloven)*, og utfyllende bestemmelser ble gitt i *forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene*. Forskriften tar for seg blant annet opprettelse og endring av lister, innbyggernes rettigheter, kommunens plikter og legenes rettigheter og plikter.

Innføringen av fastlegeordningen var preget av en samlet pakke med virkemidler og en omfattende prosess i forkant som involverte alle berørte parter, dvs. kommunene, legene og brukere ble involvert i en bred høringsprosess. Det ble besluttet at fastlegeordningen skulle reguleres på flere nivåer; ved lov, og ved forskrift som igjen gir hjemmel for å inngå ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå.

I forkant av fastlegeordningen var det på 90-tallet ansett å være legemangel i Norge, særlig i distriktene. I en kartlegging utført i 1999 ble det anslått å være 222 ledige stillingshjemler i kommunehelsetjenesten. Ved innføringen av fastlegeordningen tilførte man kommunene om lag 300 nye årsverk (SSB:2011).

En mer detaljert utforming av hvilke rettigheter og plikter som gis kommunene og legene, samt samarbeid mellom partene og økonomiske forhold, er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten, Legeforeningen og KS/Oslo kommune (KS og Oslo kommune er to ulike tariffområder). I tillegg er det en sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Legeforeningen.

Fastlegeavtalen er en lokal, individuell avtale som inngås mellom kommunen og den enkelte fastlege. Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte plikter. I fastlegeavtalen kan det settes rammer for fastlegens ansvar og oppgaver.

Det er også slik at kostnadene en kommune har ved å inngå avtale med en fastlege er lave, og i stor grad kompensert krone for krone sett fra et makroøkonomisk perspektiv. Fastleger finansieres dessuten av et «per-capita»-tilskudd som gis gjennom kommunen, egenandeler fra pasienten og stykkprisrefusjon fra HELFO (Helseøkonomiforvaltningen, tidligere Folketrygden, nå en avdeling i Helsedirektoratet). I tillegg kommer også en del andre tilskuddsordninger som ikke direkte innvirker på kommunens økonomiske situasjon. Kommunens andel av finansieringen er lav sett i forhold til ansvaret for tjenesten. Det er likevel slik at det er opp til den enkelte kommune å kjenne til sine innbyggers behov, og det er også kommunen som vedtar å opprette hjemler og inngå fastlegeavtalene.

Man kan med bakgrunn i dette hevde at styringssignalet som fulgte fastlegeordningen var et «Skal-signal». For det første ble det vedtatt et sterkt lovverk forankret i flere lover og forskrifter som gir kommunene en plikt til å tilby nødvendige helsetjenester, herunder fastlegetjenester, samtidig som alle innbyggere gis en rett til å stå på en fastlegeliste. I tillegg ligger det en viss normering i at daværende *Sosial- og helsedirektoratet* (nå Helsedirektoratet) anbefalte en reservekapasitet på fastleger tilsvarende 106 % av befolkningen. I kombinasjon med det sterke regelverket, var og er også de økonomiske insentivene på plass, og tjenesten finansieres på en slik måte at kommunene løper liten økonomisk risiko ved å inngå avtaler med fastleger.

I tillegg til sterke lovkrav, strukturelle føringer og lav økonomisk risiko, var siste element i innføringen av fastlegeordningen at man hadde et stort iverksettingsapparat og store informasjonskampanjer, i regi av både det offentlige og av Legeforeningen som fagorganisasjon.

Etttersom dette er en tjeneste som skal ytes for den enkelte innbygger, har jeg valgt å se på to variabler som angår fastlegetjenesten. Den ene, og kanskje viktigste for befolkningen, er reservekapasitet av fastleger. Dette måles i prosent. Etttersom legenes avtale med kommunene om lengde på listen er individuell og kan variere fra noen hundre til rundt 2 500 pasienter, vil den totale summen av listeplasser være det viktigste for befolkningen. Er tallet under 100 %, betyr dette at ikke alle i en kommune har mulighet til å få fastlege innenfor sin kommune. Om det er over 100 %, betyr dette at man som innbygger også kan få oppfylt rettigheten man har

til å bytte fastlege om man ønsker det. Ved å bruke denne variabelen reduseres også viktigheten av å se på antall fastleger. Man kunne tenkt seg at å undersøke listelengde og kvalitet for den enkelte innbygger hadde vært interessant, men det er ikke en del av denne oppgaven. Tallene på kommunenivå før 2004 er vanskelig tilgjengelige i offentlig statistikk, og jeg finner ulike tall avhengig av hvilken kilde som benyttes. Men jeg har funnet noe data hos Helsedirektoratets fastlegestatistikk og i to analyser fra 2011 og 2014 utført av henholdsvis SSB (SSB:2011) og Universitetet i Oslo som går tilbake til 2001 (Iversen og Godager: 2014). Kort oppsummert viser resultatene av denne at det hele tiden har vært ledig plass på fastlegelister sett fra et nasjonalt nivå, og at det var flere ledige plasser i den første tiden etter iverksettingen, og at reservekapasiteten er lavere i 2012 og 2013 enn i 2001.

Helsedirektoratets data fra 2011 viser også at det i 2011 var 117 kommuner hvor en eller færre fastleger hadde åpen liste. Av disse var 8 av listene i kommuner som ikke hadde annen fastlege. Dette gjelder i all hovedsak små kommuner, og det er rimelig å anta at dette heller skyldes rekrutteringsproblemer fremfor uvilje hos kommunene eller manglende insentiver. Tabellen under viser dette oppsummert.

**Tabell 6: Utviklingen i antall lister (fastlegepraksiser og lister uten lege) mv. Ved utgangen av årene 2001, 2012 og 2013 (Helsedirektoratet og SSB, 2014).**

<i>År</i>	<i>Antall fastlegepraksiser</i>	<i>Gjennomsnittlig antall innbyggere på listene</i>	<i>Antall ledige plasser på listene</i>	<i>Antall lister uten leger</i>	<i>Andel åpne lister</i>
<b>2001</b>	3857	1162	583222	164	55,7 %
<b>2012</b>	4370	1155	310656	71	40,8 %
<b>2013</b>	4474	1142	317996	67	42,4 %

I min modell tyder dette på at dette «Skal-signalet», som i tillegg var kombinert med gunstige økonomiske rammebetingelser (ordningen var fullfinansiert), virker sterkt. Staten benyttet seg av mange ressurser og virkemidler for å iverksette ordningen. Sett ut fra en relativt høy ledig kapasitet ved starten av reformen, kan det kanskje diskuteres hvorvidt dette er en effektiv og riktig bruk av samfunnets felles ressurser på. De senere årene later det til at ordningen har «gått seg til» og at kommunene sørger for at det er mulig å bytte fastlege, men også søker å ha en moderat overkapasitet i nærheten av Helsedirektoratets anbefaling på 106 %. I tillegg er det verdt å merke seg at man gikk fra å ha en underkapasitet før ordningen ble innført, til å ha om lag 13 % overkapasitet ved oppstart av ordningen, slik det var i 2001. Dette gir også en

implikasjon på at kommunene, sett under ett, har en tendens til å legge til grunn sentralt gitte normer som et styringsmål.

### ***Eksempel II: Kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp***

I lovendringene som ble foretatt i forbindelse med Samhandlingsreformen ble det innført en ny plikt for kommunene til å tilby en tjeneste. Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgshjelp. I hovedtrekk er dette døgnopphold for mennesker med visse sykdommer. Plikten følger av helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 tredje ledd, som lyder:

*Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.*

Dette kan for eksempel være eldre mennesker og personer som opplever forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/kols og diabetes. Men også mer akutte og avklarte lidelser, som for eksempel lungebetennelse, fall, forgiftning og hjernerystelse, faller inn under kategorien.

Plikten til å tilby døgnopphold vil fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2013 til 2015. Det tas sikte på at lovbestemmelsen skal tre i kraft fra 2016. Det anslås at kostnaden ved 100 % dekning vil være 1, 048 mrd. kr. per år. Midlene som skal overføres, er fordelt over tre år, dvs. kr. 250 mill. år 1, 500 mill. år 2, 750 mill. år 3 og 1, 048 mrd. siste år. Kommunene må ha en samarbeidsavtale med sykehuset etter visse kriterier før de kan søke Helsedirektoratet om å få midlene utbetalt.

#### *Status per 2013:*

På vegne av KS utførte konsulentfirmaet Deloitte en undersøkelse av status for innføring av kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innenfor denne ordningen i 2013.

Undersøkelsen ble foretatt som en spørreundersøkelse sendt ut til alle kommuner i perioden mai til september 2013. Undersøkelsen ligger åpent tilgjengelig på KS sine hjemmesider. Jeg har kodet den inn i et regneark for å kjøre enkle analyser i SPSS. Svarene var tekstlig oppsummert i fem kategorier som jeg har kodet til: *Åpnet 2012*, *Åpnet 2013*, *Etableringsfase* (fått tilskudd i 2013), *Søknad sendt* (til Helsedirektoratet, men ikke innvilget på

undersøkelsestidspunktet) og *tidlig planlegging* (søknad ikke sendt). Dette kan oppsummeres i følgende tabell:

**Tabell 7: Status 2013 – tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp i Norges kommuner.**  
(I tabellen er det 90 kommuner som ikke har svart og 3 som nå er slått sammen med andre kommuner, men som ligger i mitt generelle datagrunnlag.) Kilde: KS/Deloitte:2013

Fase	Antall	Andel
Åpnet 2012	69	16,0 %
Åpnet 2013	43	10,0 %
Etableringsfase	51	11,8 %
Søknad sendt	35	8,1 %
Tidlig planlegging	140	32,5 %
Total av kommunene som svarte	338	78,4 %
Ikke svart	93	21,6 %
Totalt av alle kommuner	431	100,0 %

Skjemaet ble sendt ut til 428 kommuner, hvorav 338 (79,97 %) svarte. Det var også 3 kommuner kategorisert «missing». Dette er kommuner som nå er slått sammen, men som ligger i mitt datagrunnlag. Jeg får derfor en svarprosent på 78,42 %.

I tabellen under har jeg forsøkt å se om det er visse egenskaper som kjennetegner kommunene som er i ulike faser med etablering av tilbudet. Norske kommuner varierer demografisk i størrelse fra litt over 200 til litt over 630 000 innbyggere. Gjennomsnittsstørrelsen på en norsk kommune er litt over 11 500 innbyggere.

**Tabell 8: Fase i innføring av kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud og ulike kjennetegn**  
(Kilder: KS, SSB, valg.no)

Fase	Antall kommuner	Gjennomsnitt				
		Folkemengde 2012	Kommune-størrelse	Partitall	Andel 80+	Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter gjennomsnitt 2005-2013
Åpnet 2012	69	9 112	2,67	5,09	5,8 %	-0,9 %
Åpnet 2013	43	11 781	3,26	5,07	4,9 %	-1,2 %
Åpnes 2013 el. 2014	51	11 050	2,72	5,24	5,3 %	-0,6 %
Åpnes sannsynligvis 2014	35	12 180	3,13	5,60	5,0 %	-1,5 %
Tidlig planlegging	140	15 649	2,52	4,64	5,4 %	-0,5 %
Ikke svart	93	8 079	2,38	4,95	5,7 %	-0,8 %
Sum	431	11 775	2,66	4,97	5,4 %	-0,8 %

**Om data i tabell 8:** «Gjennomsnitt av kommunestørrelse» er en klassifisering av kommuner etter en av Statistisk sentralbyrå sine standarder. «Gjennomsnitt av partitall»: her har jeg kodet 11 partier med et tall langs en venstre/høyre-akse, med Rødt som 1 og FrP som 8. Samefolkets parti, Kystpartiet og politisk uavhengige/ tverrpolitiske valglister har jeg kodet alle med 5,5, og dermed antatt at de er politisk i sentrum (*det kan selvfølgelig diskuteres om jeg skulle kodet på en annen måte, men tallet er en nominell variabel, og intensjonen var å skille de ut fra høyre/venstre-aksen*). Dette må ikke tolkes som uttrykk for parti, men heller som en posisjon langs høyre/venstre-aksen i politikken. Jeg har også sett på et gjennomsnitt av «netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter», som er en variabel blant annet fylkesmennene ofte bruker i sin vurdering av kommunenes generelle økonomiske situasjon. Jeg har tatt gjennomsnittet av perioden 2005-2013, hvor vi ser at kommunenes resultatgrad har blitt noe verre i løpet av perioden.

På grunn av den store variasjonen, vil jeg gå litt dypere inn i dataene. Av kommunene som hadde etablert tilbud allerede i 2012, later det til at det var flere små enn store kommuner som var tidlig ute. De mindre kommunene ser også ut til å være i flertall blant de som er sent ute. Mitt «politiske» tall viser noe av den samme tendensen – de som er tidlig og sent ute befinner seg noe lenger til venstre enn de som åpner tilbudet i midten av perioden. Litt interessant er det at de kommunene som i denne grupperingen er relativt godt i gang, dvs. de som har åpnet eller sannsynligvis åpner tilbudet i løpet av 2014, er de som har hatt den største negative utviklingen i driftsresultat. Dette kan ha sin forklaring i at midlene til å drive tilbudet kommer utenfra kommunebudsjettet med en form for øremerking, og dermed på sett og vis kan anses som en reell styrking av budsjettmidlene til et spesifikt formål.

Av de som oppgis å være i tidlig planleggingsfase befinner Bærum, Bergen, Oslo og Trondheim seg. Oslo og Trondheim har i følge egne hjemmesider åpnet tilbudet delvis i 2013. I Bergen finnes det avtaler som tyder på at tilbudet vil bli startet så fort det innvilges midler. Om det korrigeres for disse fire store kommunene, er gjennomsnittstørrelsen på de resterende kommunene ca. 7 300 innbyggere. Dette tyder på at de minste kommunene også har kommet kortest med innføring av tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp. Ved å se på hvilke kommuner som er i denne gruppen, så er det grupper av kommuner som ligger i nærheten av hverandre, blant annet klynger av kommuner området rundt Sarpsborg sykehus, noen i Nord-Hedmark, og noen på Helgeland. De fleste av kommunene har også tilknytning til samme lokalsykehus og dette, kombinert med at mange av disse «klyngene» av kommuner samarbeider på andre områder, gjør det nærliggende å anta at en medvirkende årsak til at de ikke er i gang ligger å finne i at midlene fra staten fordeles over flere år, og at forsinkelsen godt kan være tilsiktet.

### ***Oppsummert «Skal-signaler»***

Oppsummert later det til at norske kommuner er lydhøre overfor «Skal-signaler», noe som kanskje var en rimelig sikker antakelse på forhånd. Funnene trekker også i retning av at de litt større kommunene responderer raskest på signalene. Samtidig er det interessant å merke seg og reflektere over om dette i noen tilfeller kan være et «for sterkt» signal. I fastlegeordningen ser vi at man startet med en relativt stor overkapasitet hva angår plasser på fastlegelister. Og i offentlig sammenheng er det vel også slik at man helst skal unngå å sløse med knappe ressurser.

### **«bør-signaler»**

For å konkretisere det jeg mener med «bør-signaler», vil jeg legge til grunn to tjenester hvor kommunene har en viss grad av handlingsrom og grad av frihet til lokale tilpasninger. Samtidig er det på disse områdene ordninger og rammer rundt som vanskeliggjør det å handle i direkte strid med det ønskede resultatet.

### ***Eksempel I – Fra Helsestasjons- og skolehelsetjenesten***

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tjeneste som kommunene er forpliktet til å yte. *Helse- og omsorgstjenestelovens §3-2 og 3-3* sier at kommunen skal yte helsetjenester i helsestasjon og i skolene.

Disse ytelsene er til en viss grad spesifisert i *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Forskriftens § 2-1 spesifiserer at kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år og at gravide skal tilbys svangerskapskontroller i tilknytning til helsestasjon. Videre understrekes det at man må ha riktig kompetanse for de oppgaver som skal utføres, og at man skal samarbeide med andre tjenester i kommunene. Den åpner også for at man kan drive tjenesten ved hjelp av interkommunalt samarbeid.

I forskriftens § 2-3 spesifiseres kontrollene noe, men samtidig holder føringene seg på et rimelig generelt nivå, dvs. generelle vendinger som *helseundersøkelser, opplysningsvirksomhet, forebyggende psykososialt arbeid*. Så langt kan det på en måte synes som om signalene er av «Skal»-typen. Imidlertid er dette overordnede føringene som kun sier noe om *at* det skal være en tjeneste. Det er også laget en veileder, IS-1154, *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450*. Denne beskriver en rekke kontroller og kontrollintervaller

som er å se på som en anbefaling, eller hva som er faglig ønskelig. Kommunene har med andre ord et visst handlingsrom.

Data om noen av kontrollene som omtales i veilederen, finnes i KOSTRA. Samtidig er det viktig å merke seg at det også kan være slik at kommunen i noen tilfeller tilbyr kontrollen, men at foreldre av ulike årsaker avslår tilbudet eller unnlater å møte opp. Tjenesten er gratis for mottakerne, noe som på den ene siden sørger for en lav terskel for å møte opp, men som samtidig kan gjøre det lettere å ikke møte opp fordi mottakeren ikke påføres direkte kostnader ved å utebli fra avtalene.

Formuleringene i lov og forskrift er forholdsvis generelle og det sies lite om dimensjonering og innretning av tjenestene. Fastsetting av strukturelt nivå overlates i stor grad til kommunene selv. Det har vært rimelig grad av konsensus om at det som står i slike veiledere ikke nødvendigvis må følges til punkt og prikke. De anses mer som anbefalinger og eksempler på «best practice», sett ut fra et faglig ståsted hvor ressurser ikke spiller inn i vurderingen. At de overordnede og absolutte føringene gir stort handlingsrom, mens detaljene fremgår av en mindre bindende veileder, gjør at jeg mener tjenesten i hovedsak hører hjemme i min «Bør»-kategori. Kommunene kan godt velge å innrette tjenesten på måter som avviker fra veilederen så lenge faglig forsvarlighet, som i bunn og grunn er basert på vurderinger, ivaretas.

I 2005 publiserte daværende Sosial- og helsedirektoratet nåværende veileder, IS-1154. Denne beskriver en rekke ulike kontroller og ulike måter man kan gjennomføre kontrollene på. Omtrent på samme tid varslet regjeringen en satsing på tjenesten i *Stortingsmelding om sosiale ulikheter* (St.meld. nr. 20, 2006-2007), hvor hovedmålet var følgende: «*Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning samt etniske og geografiske tilhørighet. For å nå dette målet settes ulike delmål.*» For helsestasjons- og skolehelsetjenesten satt regjeringen følgende mål:

- Tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper
- Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten

Det er viktig å understreke at de nevnte kontrollintervallene ble, og fortsatt er, betraktet, som veiledende. Det er altså slik at kommunene, ut fra medisinsk-faglige vurderinger, skal og kan ivareta faglig forsvarlighet uten nødvendigvis å følge veilederen slavisk. For eksempel angis det 14 kontroller som det er ønskelig at barn skal motta frem til barnet er 4 år. Bare noen av



kontrollene ble kommunene forpliktet til å rapportere gjennomføringen av gjennom KOSTRA.

I KOSTRA har kommunene innrapportert på følgende kontrollintervall: hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, helseundersøkelse innen 8. leveuke, fullført helseundersøkelse ved 2-3 års levealder og fullført helseundersøkelse ved 4 års alder. Tre av undersøkelsene har data tilbake til 2005, mens «helseundersøkelse innen 8. leveuke» finnes det tilgjengelige tall for helt tilbake til 2000. Ettersom signalet om endring og satsing kom i perioden 2005- 2006, vil jeg se nærmere på effekten signalet hadde på de nevnte kontrollintervallene, ved å se på endring fra 2005 til 2013. Alle dataene oppgis ferdig utregnet etter formelen *antall kontroller utført/antall barn i målgruppen*. Jeg vil se på endringen i denne relative andelen fra 2005 til henholdsvis 2007, 2008, 2012 og 2013. Det understrekes at data for 2013 er foreløpig data som kan bli gjenstand for korrigerings.

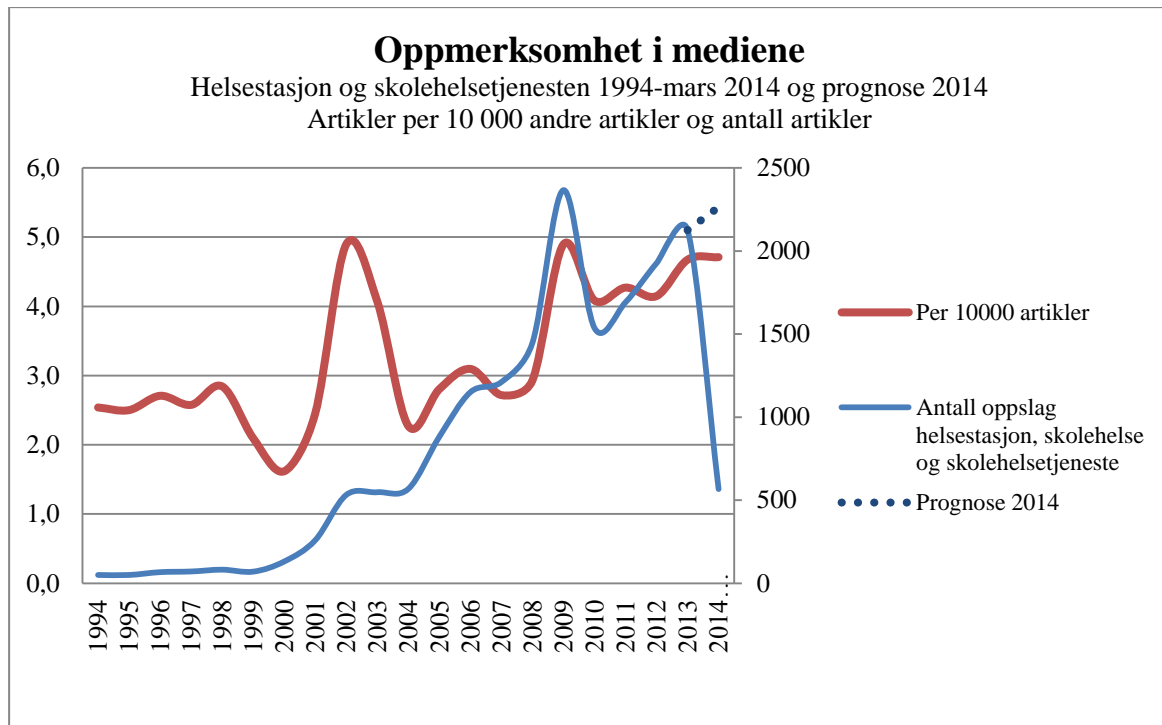
Jeg har gått igjennom datagrunnlaget fra KOSTRA/SSB på kommunenivå, og det viser seg å være en svakhet i rapporteringstallene: For hvert år det er rapportert på, er det en del kommuner som får en andel kontroller på over 100 %. I dette tilfellet er det mellom 39 og 148 kommuner som er registrert med brukerrater over 105 % på ulike år (ikke systematisk, og i et intervall på mellom 106 % og 3 300 % (!)). Det antas som normalt at brukerrater på inntil 105 % kan forekomme. Dette skyldes for eksempel at barn flytter, mottar kontroll først i opprinnelig kommune, deretter i tilflytningskommunen. I disse tilfellene blir journalene ettersendt og man får da registrering i begge kommuner. I andre tilfeller er det behov for tettere oppfølging, noe som fører til mer enn én kontroll per barn blir medregnet. Disse kontrollene vil også registreres som to enkeltkontroller av samme type. Den siste, og største feilkilden er imidlertid feilregistrering. I mitt daglige virke er jeg involvert i denne rapporteringen, både gjennom styringen av Oslo kommune sitt fagsystem for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og i den nasjonale arbeidsgruppen for KOSTRA-kommunehelse. Denne problemstillingen er tatt opp og undersøkt via stikkprøver, men er aldri korrigert. I min undersøkelse har jeg derfor korrigert tall over 105 % til 105 %. Det finnes data frem til 2013, og her mener jeg det er relevant å se på utviklingen med nyest mulig data.

### ***Økt oppmerksomhet***

De siste 20 årene har det vært en økende oppmerksomhet omkring helsestasjonstjenesten, blant annet i forbindelse med samhandlingsreformen og ny folkehelseslov. I 2008 kom det

også en rapport fra Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, som langt på vei anbefaler en bemanningsnorm for denne tjenesten.

Jeg vil derfor først trekke frem hvor synlig tjenesten har vært i mediene de siste 20 årene.



**Figur 5:**Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i media 1994-mars 2014 og prognose 2014, Artikler om tema per 10 000 artikler publisert og absolutt antall (registrert i atekst/retriever.no). Prognosen er basert på antall artikler i 2014 og fordelingsmønsteret fra 2011, 2012 og 2013. Kilde: Atekst/Retriever.no

**Feil! Fant ikke referansekilden.** viser at det de senere årene vært en økning i *antall* artikler m helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og en viss økning dersom man ser dette opp mot totalt antall publiserte artikler i norske medier. På midten av 90-tallet var det registrert omtrent 50 artikler om temaet i databasen Atekst/Retriever. I 2013 var det 2 125. Imidlertid har totalantallet publiserte/registrerte artikler i media økt fra i underkant av 200 000 til over 4,5 millioner. Av de 50 millioner oppføringer i databasen i løpet av de 20 siste årene, ble 9,2 % registrert i 2014. Jeg har derfor laget en indeks som måler artikler som inneholder mine søkeord opp mot det totale antall artikler, og regnet dette til en rate med «antall artikler med mine søkeord per 10 000 registrerte artikler». Dette kan sees som den røde, tykke linjen i figur 5.

For helsestasjons- og skolehelsetjenestens kontroller er det mye data tilgjengelig på kommunenivå i KOSTRA. Jeg vil derfor gå relativt grundig gjennom denne tjenesten.

For de fleste kontrollene ser vi også her at brukerratene er høyere enn 100 % i flere kommuner. Dette kan forklares av faktorer som flytting, flere kontroller for noen med spesielle behov, eller at undersøkelsen kan foretas i et så stort tidsrom at det er tenkelig at flere kontroller er foretatt og registrert for samme barn innenfor det aktuelle tidsrommet. Uansett er brukerratene stort sett 80 % eller høyere. Det kan kanskje ikke forventes at alle ønsker å møte opp til denne type kontroller. For eksempel kan vi skjele til resultatene fra «pfizerundersøkelsen» fra 2010 (Pfizer, 2010), som undersøkte folks tillit til helsevesenet. Denne viste at under 50 % av de spurte har tillit til at de får tilfredsstillende behandling i helsevesenet. Uten å gå nærmere inn på om brukerrate i tjenesten skyldes tilbud eller etterspørsel, så er kanskje 80-90 % brukerrate å regne som adekvat dekning ettersom en andel av befolkningen kanskje ikke ønsker å motta tjenester.

Tabellen under viser oppsummering av data jeg skal bruke for å analysere helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

**Tabell 9: Oppsummering av data, helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Kilde: SSB)**

		Hjemmebesøk innen to uker endring 2005- 2013	Helseundersøk else innen uke 8, endring 2005-2013	fullført helseundersøke lse ved 2-3 års alder endring 2005-2013	Skolestart 2005-2013	Samlemål 2005-2012
N	Valid	<b>406</b>	<b>387</b>	<b>411</b>	<b>386</b>	<b>413</b>
	Mangler data	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>18</b>

### Kontroll 1: Nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst

Den første kontrollen er *Hjemmebesøk innen to uker etter fødsel*. Den angir hvor stor andel av de nyfødte i en kommune som har fått hjemmebesøk innen to uker etter fødselen. Jeg har valgt å se på endringen i perioden 2005-2008 på kommunenivå. I denne perioden finner jeg anvendbar data for 386 til 413 kommuner, avhengig av perioden jeg skal undersøke. Dette kan skyldes kommunesammenslåing eller manglende rapportering for ett eller flere av årene.

**Tabell 10: Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst, 2005-2013. Kilde: SSB**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Landsgjennomsnitt	79 %	80 %	75 %	75 %	75 %	76 %	78 %	79 %	79 %
Landsgjennomsnitt uten Oslo, Stavanger, Fredrikstad, Skedsmo og Ålesund	83 %	83 %	83 %	82 %	84 %	84 %	85 %	85 %	82 %
Gjennomsnitt i Oslo, Stavanger, Fredrikstad, Skedsmo og Ålesund	62,8 %	59,8 %	62,8 %	63,0 %	55,2 %	53,2 %	55,5 %	51,6 %	70,6 %
Fødte i Norge (N)	56 756	58 545	58 459	60 497	61 807	61 442	60 220	60 255	62 464
Varians	5,04	5,04	4,80	5,47	4,94	4,89	4,11	4,31	5,24
Standardavvik	0,22	0,22	0,22	0,23	0,22	0,22	0,20	0,21	0,23

Avviket mellom gjennomsnittlig brukerrate i den enkelte kommune og brukerrate på landsbasis er forholdsvis stort. Det var derfor interessant å se nærmere på mulige årsaker til dette. Det meste av denne forskjellen skyldes at noen kommuner med mange fødsler<sup>1</sup> har en brukerrate på omlag 60 % for denne undersøkelsen. Dette påvirker landsgjennomsnittet en god del. Om vi ser bort fra Oslo kommune alene, så ser vi en økning fra 83 % til 85 % i andelen nyfødte på landsbasis som har mottatt hjemmebesøk etter fødsel i 2005-2012. I 2013 går tallet ned, men dataene fra 2013 er ikke endelige før i juni 2014 og dette må derfor behandles som et foreløpig tall.

**Tabell 11: Endringer i kontrollen «Hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst». Kilde: SSB**

	Endring 2005-2007	Endring 2005-2008	Endring 2005-2012	Endring 2005-2013
Endring i brukerrater i kommunene <sup>2</sup>	1,07 %	-0,10 %	3,83 %	-0,17 %
Endring i brukerrater i kommunene, ukorrigerede <sup>3</sup>	0,26 %	-0,27 %	4,21 %	7,25 %
Endring brukerrater for landet <sup>4</sup>	-5,06 %	-5,06 %	0,00 %	0,00 %
	N=413	N=414	N=411	N=387
Varians	0,195	0,241	1,124	1,026
Standardavvik	0,443	0,492	1,063	1,016

Ved å sette maksimal endring til 105 % blir endringen som følger i andel nyfødte i den enkelte kommune som har mottatt hjemmebesøk innen to uker etter fødsel: I perioden 2005-

<sup>1</sup> Kommunene Oslo, Stavanger, Fredrikstad, Skedsmo og Ålesund, 22,9 % av de fødte i Norge er født i disse kommunene

<sup>2</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>3</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerede tall

<sup>4</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

2007 ser vi en økning på 1,07 %, vi ser en nedgang på 0,1 % fra 2005 til 2008, og en økning på 3,83 % fra 2005 til 2012 og en nedgang på 0,17 % fra 2005-2013<sup>5</sup>.

Ved å ikke korrigere for andeler over 105 %, har andelen barn som har mottatt hjemmebesøk i perioden 2005-2007 økt med 0,26 % og ned med 0,27 % i 2008. I perioden 2005-2012 øker andelen med gjennomsnittlig 4,21 %, og i perioden 2005-2013 ser vi en økning på 7,25 % i den enkelte kommune.

Hvis vi ser på landsgjennomsnittet, er bildet annerledes, med en nedgang på 5,06 % i periodene 2005 til 2007 og 2005-2008. Om vi ser på perioden frem til og med 2012 og 2013, ser man at andelen som mottok hjemmebesøk var tilbake igjen på 2005-nivå fra 2008.

Ut fra disse dataene er det vanskelig å se noen særlig effekt av at det kom en ny faglig veileder i 2005. I 2011 kom imidlertid: «Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten». En av målingene som vektlegges der skal utføres innen dag 10 etter fødsel. Det kan se ut som om man i 2011 opplevde en liten økning i denne undersøkelsen. En mulig årsak til dette kan være disse nye retningslinjene.

### Kontroll II: Spedbarn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 8. leveuke.

Her har utviklingen vært som følger siden 2005:

<b>Tabell 12: Andel spedbarn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 8. leveuke. Kilde: SSB</b>									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>6</sup>
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>7</sup>	95,0 %	94,6 %	95,6 %	95,2 %	95,1 %	95,3 %	95,4 %	95,1 %	90,3 %
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>8</sup>	99,2 %	99,4 %	100,7 %	100,7 %	101,5 %	103,2 %	104,0 %	100,3 %	104,0 %
Landsgjennomsnitt <sup>9</sup>	100,0 %	99,0 %	99,0 %	99,0 %	100,0 %	100,0 %	103,0 %	96,0 %	95,0 %
Varians	1,296	1,452	1,130	1,107	1,129	1,040	1,174	1,220	2,295
Standardavvik	0,114	0,121	0,106	0,105	0,106	0,102	0,108	0,111	0,152

Dette gir følgende relative endringer:

<sup>5</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014. Foreløpig data, mars 2014

<sup>6</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014.

<sup>7</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>8</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerede tall

<sup>9</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

**Tabell 13: Andel spedbarn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 8. leveuke, relative endringer**  
Kilde: SSB

	Endring 2005-2007	Endring 2005-2008	Endring 2005-2012	Endring 2005-2013 <sup>10</sup>
Endring i brukerrater i kommunene <sup>11</sup>	0,61 %	0,22 %	0,14 %	-4,96 %
Endring i brukerrater i kommunene <sup>12</sup>	1,52 %	1,54 %	1,14 %	4,80 %
Endring brukerrater for landet <sup>13</sup>	-1,00 %	-1,00 %	-4,00 %	-5,00 %
	N=412	N=413	N=410	N=386
Varians	0,022	0,023	0,025	0,038
Standardavvik	0,148	0,153	0,158	0,194

For denne kontrollen har jeg også sett på brukerrater på de tre ulike måtene, dvs. gjennomsnitt av kommuner korrigert og ukorrigert for andeler over 105 % samt landsgjennomsnitt. Om vi ser på kommunene enkeltvis, så var det en viss økning de første årene i kommunegjennomsnittet, mens landsgjennomsnittet viser en nedgang.

Det har også vært en økning i perioden 2008 til 2012. En mulig forklaring på dette kan ligge i retningslinjene for veiing og måling fra 2008, der uke 6 blir angitt som et viktig målepunkt. Dette blir også nevnt i veilederne fra 1998 og 2005, men det kan tenkes at de fremsto tydeligere i de nye retningslinjene. En følge av dette kan det være at man med de nye retningslinjene fra 2008 opplevde et økt press for å utføre denne kontrollen.

Også her ser vi noe av den samme effekten som i forrige eksempel; at veilederen kan ha gitt en viss effekt. For denne undersøkelsen er imidlertid brukerratene relativt høye. Variasjonen kan også skyldes tilfeldigheter, eller være en følge av at noen glemmer eller ikke ønsker å motta tjenesten. Dette kunne vært interessant å vite mer om, men samtidig vil det kreve en gjennomgang av 5-600 000 journaler. Uansett ligger brukerratene jevnt over høyt.

### Kontroll III: Undersøkelse ved 2-3 års alder, og undersøkelse ved 4 års alder

Dette er to ulike kontroller med mange likhetstrekk, og den største forskjellen er at de er rettet mot ulike alderstrinn. Mens undersøkelsene på spedbarnsnivå må foretas innenfor tidsrom på uker eller måneder, så kan undersøkelsene i Kontroll III registreres som utført innenfor et lengre «tidsspenn». De blir derfor lettere å planlegge og gjennomføre. Jeg velger å se på disse to kontrollene samtidig.

<sup>10</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>11</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>12</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

<sup>13</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

**Tabell 14: Andel barn som har fullført helseundersøkelse ved 2-3 års alder. Kilde: SSB**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>14</sup>
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>15</sup>	93,0 %	93,1 %	93,0 %	93,2 %	92,5 %	93,9 %	94,0 %	91,2 %	92,4 %
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>16</sup>	98,6 %	99,2 %	99,6 %	99,2 %	98,6 %	103,6 %	100,7 %	95,5 %	96,8 %
Landsgjennomsnitt <sup>17</sup>	96,0 %	96,0 %	96,0 %	98,0 %	96,0 %	100,0 %	98,0 %	92,0 %	94,0 %
Varians	2,517	2,290	2,267	2,124	1,775	1,905	1,924	2,087	1,895
Standardavvik	0,159	0,151	0,151	0,146	0,133	0,138	0,139	0,145	0,138

**Tabell 15: Andel barn som har fullført helseundersøkelse ved 4 års alder. Kilde: SSB**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>18</sup>
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>19</sup>	92,2 %	91,5 %	90,7 %	93,1 %	91,3 %	93,7 %	94,6 %	91,1 %	92,6 %
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>20</sup>	96,3 %	95,3 %	94,6 %	98,5 %	94,9 %	98,4 %	98,5 %	96,0 %	95,2 %
Landsgjennomsnitt <sup>21</sup>	92,0 %	91,0 %	90,0 %	96,0 %	91,0 %	95,0 %	95,0 %	91,0 %	92,0 %
Varians	3,415	3,377	3,481	2,668	2,338	2,251	1,430	2,300	1,877
Standardavvik	0,185	0,184	0,187	0,164	0,153	0,150	0,120	0,152	0,137

Dette gir følgende relative endringer:

**Tabell 16: Andel barn som har fullført helseundersøkelse ved 2-3 års alder. Kilde: SSB**

	Endring 2005- 2007	Endring 2005- 2008	Endring 2005- 2012	Endring 2005-2013 <sup>22</sup>
Endring i brukerrater i kommunene <sup>23</sup>	-0,09 %	0,19 %	-1,94 %	-0,70 %
Endring i brukerrater i kommunene <sup>24</sup>	0,95 %	0,59 %	-3,18 %	-1,84 %
Endring brukerrater for landet <sup>25</sup>	0,00 %	2,08 %	-4,17 %	-2,08 %
	N=412	N=413	N=410	N=410
Varians	0,067	0,066	0,102	0,102
Standardavvik	0,259	0,258	0,319	0,319

<sup>14</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>15</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>16</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

<sup>17</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

<sup>18</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>19</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>20</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

<sup>21</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

<sup>22</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>23</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>24</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

<sup>25</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

**Tabell 17: Andel barn som har fullført helseundersøkelse ved 4 års alder. Kilde: SSB**

	Endring 2005-2007	Endring 2005-2008	Endring 2005-2012	Endring 2005-2013 <sup>26</sup>
Endring i brukerrater i kommunene <sup>27</sup>	-1,64 %	0,96 %	-1,23 %	0,46 %
Endring i brukerrater i kommunene <sup>28</sup>	-1,80 %	2,26 %	-0,34 %	-1,12 %
Endring brukerrater for landet <sup>29</sup>	-2,17 %	4,35 %	-1,09 %	0,00 %
	N=407	N=408	N=404	N=379
Varians	0,047	0,336	0,329	0,295
Standardavvik	0,218	0,581	0,575	0,544

Variasjonene er små sett ut fra et kommunenivå. Det later også til at de barnerike kommunene, som hadde lave brukerrater i eksemplet om hjemmebesøk innen to uker, har høyere brukerrate i denne kontrollen.

Kontroll IV: Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av første skoletrinn.

**Tabell 18: Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn. Kilde: SSB**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>30</sup>
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>31</sup>	85,4 %	91,2 %	89,8 %	90,7 %	89,6 %	93,2 %	90,3 %	90,4 %	91,2 %
Gjennomsnittlig brukerrate i kommunene <sup>32</sup>	90,5 %	97,7 %	97,3 %	97,2 %	102,2 %	120,4 %	99,6 %	102,7 %	109,9 %
Landsgjennomsnitt <sup>33</sup>	89,0 %	92,0 %	88,0 %	88,0 %	87,0 %	92,0 %	89,0 %	90,0 %	93,0 %
Varians	8,024	5,153	6,535	4,561	4,810	3,554	3,621	3,913	3,225
Standardavvik	0,284	0,227	0,256	0,214	0,220	0,189	0,191	0,198	0,180

Dette gir følgende relative endringer:

**Tabell 19: Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn. Kilde: SSB**

	Endring 2005-2007	Endring 2005-2008	Endring 2005-2012	Endring 2005-2013 <sup>34</sup>
Endring i brukerrater i kommunene <sup>35</sup>	5,06 %	6,13 %	5,80 %	6,71 %
Endring i brukerrater i kommunene <sup>36</sup>	7,61 %	7,43 %	13,48 %	21,50 %
Endring brukerrater for landet <sup>37</sup>	-1,12 %	-1,12 %	1,12 %	4,49 %
	N=388	N=389	N=386	N=362
Varians	0,607	1,357	1,367	1,432
Standardavvik	0,780	1,166	1,171	1,198

<sup>26</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>27</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>28</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

<sup>29</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

<sup>30</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>31</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>32</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

<sup>33</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge

<sup>34</sup> Data for 2013 er foreløpig publisert per 17. mars 2014. Korrigert data vil foreligge i juni 2014

<sup>35</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen.

<sup>36</sup> Gjennomsnitt av antall utførte kontroller i kommunen/antall i målgruppen i kommunen – ukorrigerte tall

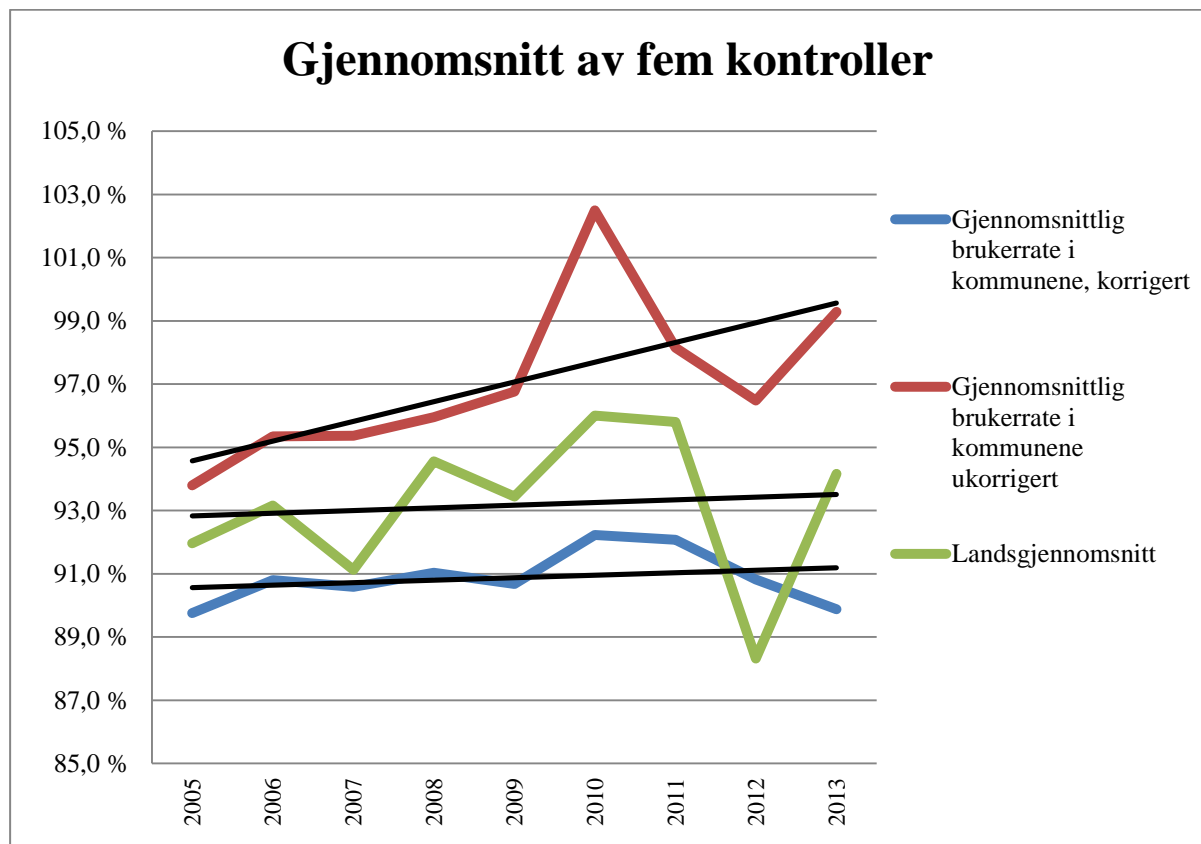
<sup>37</sup> Landsgjennomsnitt, antall utførte kontroller i Norge/antall i målgruppen i Norge



For denne undersøkelsen ser det ut som om det er litt større endringer siden utgangsåret 2005. Jeg finner få åpenbare grunner til at såpass store endringer forekommer, men en faktor som kanskje kan tenkes ha hatt en effekt, er at læreplanverkets bestemmelser er trukket inn eksplisitt i veilederen fra 2005. Året etter kom stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller», med følgende mål for barn og unges oppvekstvilkår: «Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet». Meldingen understreket skolehelsetjenestens betydning, og det ble satt et spesifikt mål for skolehelsetjenesten: «Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten».

### Oppsummert

Ut fra tallene så har det vært en viss økning i andelen barn som har fått utført de kontrollene jeg har sett på. Hvis vi sammenfatter utviklingen i de fem ulike kontrollene til et gjennomsnitt, ser vi at utviklingen utvilsomt øker uavhengig av hvilken måte man velger å se på på gjennomsnittet. Økningen er ikke veldig stor, men den er der. Figuren under illustrerer dette.



Figur 6: Sammenfatning av fem kontroller på helsestasjon, 2005-2013 etter tre ulike gjennomsnitt, brukerrater og trend (Kilde: SSB, 2014).

Jeg vil være forsiktig med å konkludere med at en faglig veileder alene har stor effekt, da det er vanskelig å vite om økningen kan ha andre årsaker. For eksempel kan det tenkes at et fruktbarhetstall (gjennomsnittlig antall barn en kvinne får), som på sikt ligger under 2,1, føre til relativt flere eldre enn yngre innbyggere. Om en kommune har en fast stab ansatte som skal yte tjenester til en minkende gruppe tjenestemottakere, vil man i første omgang oppnå bedre kapasitet, så fremt de ansatte ikke finner seg eller blir omplassert til annet arbeid. Ettersom fruktbarhetstallet i Norge har ligget under 2,1 siden 1976, kan dette tenkes å spille en rolle.

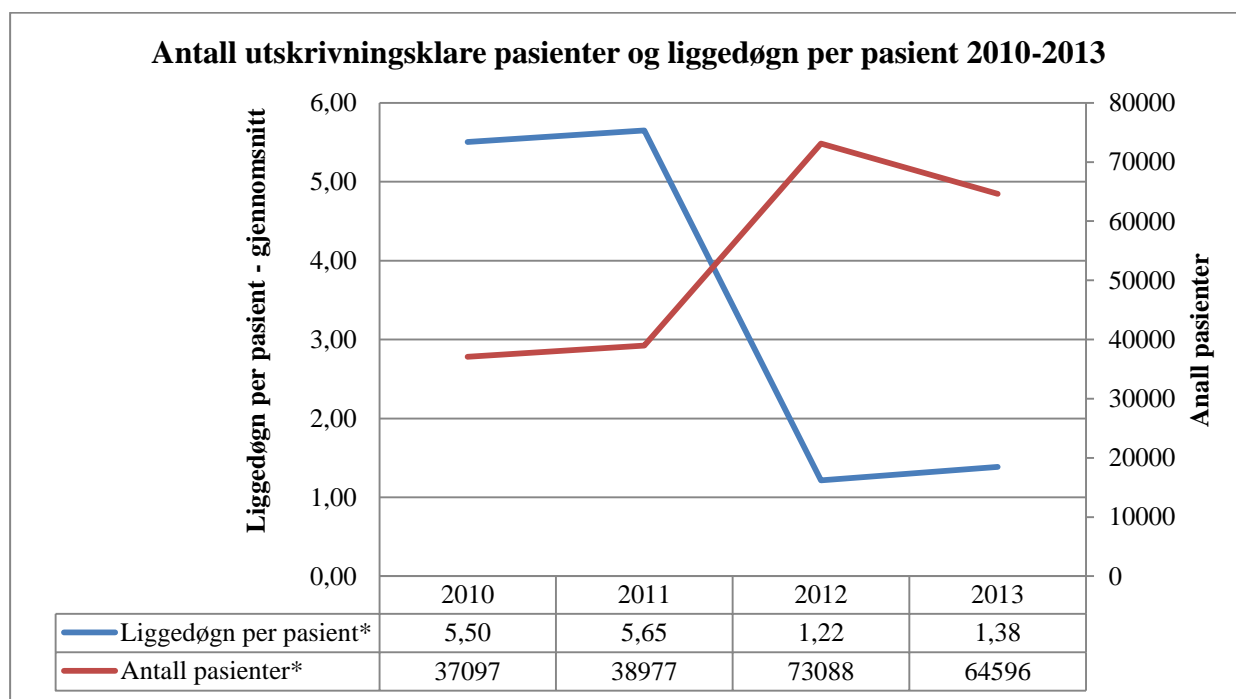
I tillegg til veilederen jeg allerede har nevnt, så kom det i 2007 en stortingsmelding, og i 2010 faglige retningslinjer for veiing og måling som regnes som en del av den omtalte veilederen. Disse føringene vil også kunne kategoriseres inn under hva jeg omtaler som «Bør-signaler». Det er nærliggende å anta at økningen, eller i hvert fall noe av den, kan knyttes til minst en av disse «Bør-signalene».

***Eksempel II: «utskrivningsklare pasienter før og etter samhandlingsreformen og nytt lovverk».***

Utskrivningsklare pasienter kan tjene som et godt eksempel på «Bør-signal», men med en litt annen tilnærming enn veilederstyringen i forrige eksempel. Betalingsordning for utskrivningsklare pasienter kom i stand som en del av samhandlingsreformen. Ordningen trådte i kraft fra 1.1.2012. En utskrivningsklar pasient er ferdigbehandlet på sykehus, men vurderes av medisinsk personell til å kunne ha behov for kommunale helsetjenester etter sykehusoppholdet. Tidligere var dette en gruppe pasienter som ofte ble liggende i korridorer på sykehus og som dermed opptok viktig kapasitet på sykehusene. Samtidig var det ingen generelle sanksjoner eller insentiver for kommunene til å hente pasientene ut, selv om det til tider var en viss oppmerksomhet i medier og blant politikere om temaet.

Med samhandlingsreformen flyttet man om lag 1,2 mrd. kr. ut av budsjetttrammene til sykehusene og inn i kommunebudsjettene, for så å gi kommunene et valg. Samtidig hjemlet man i forskrifts form at sykehusene kan sende en regning på kr. 4 255 per døgn en pasient ligger på sykehus etter at pasienten er regnet som utskrivningsklar. Kommunene ble slik gjort ansvarlige for å hente ut pasientene, og forskriften gav en valgmulighet. Valget består i enten å ta ut pasientene når de defineres som ferdigbehandlet, eller alternativt å betale denne summen som på 4 255 kroner i 2014 langt på vei overstiger døgnprisen for en kommunes kostnader ved å drive et døgnkontinuerlig helsetilbud. Summen som ble overført fra stat til kommune, var basert på hvor lenge disse pasientene tidligere lå på sykehus før

Samhandlingsreformen ble innført. På den ene siden gir dette valgmuligheter. Samtidig er misforholdet mellom prisen som må betales for å la pasienter ligge på sykehus fremfor å hente pasientene ut, såpass stort at jeg velger å plassere ordningen som et «Bør-signal» fremfor et «Kan-signal». Figur 7 viser hva som skjedde:



**Figur 7: Utskrivningsklare pasienter - antall og gjennomsnittlig liggetid (Kilde: Helsedirektoratet, 2014)**

Som figuren viser – betalingsordningen som ble innført 1.1.2012 fikk umiddelbar effekt. Med bakgrunn i dataene over, vil jeg konkludere med at økonomisk baserte insentiver virker på to måter. For det første har trusselen om at kommunene «taper» potensielt kr. 4 255 per døgn per pasient som kan skrives ut, hatt en åpenbar effekt. Pasientene hentes nå ut mye raskere enn tidligere. Den andre effekten kan knyttes til sykehusene, som later til å ha fått en bedre registreringspraksis. Dette kan være konsekvens av en potensiell økonomisk gevinst – for hvert døgn en utskrivningsklar pasient blir liggende på sykehus, «vinner» sykehuset kr. 4 255.

### **Oppsummert: bør-signaler**

I min analyse har jeg sett på to typer «Bør-signaler»: én faglig type og én økonomisk type. Ettersom dette er sterke anbefalinger, samtidig som man strengt tatt kan velge andre løsninger enn det som tillates, mener jeg begge hører hjemme i «Bør-kategorien».

Det later til at begge variantene jeg har sett på har effekt, men det er nokså åpenbart at den retningen som innebærer økonomiske insentiver virker raskere og kraftigere enn hva faglige

retningslinjer med en litt uklar juridisk status gjør. Funnene mine peker likevel i en retning av at «Bør-signalene» virker.

### «kan-signaler»

For å konkretisere det jeg mener med «Kan-signaler», vil jeg legge til grunn et par tjenester hvor kommunenes handlingsrom og grad av frihet til lokale tilpasninger har vært stor.

#### ***Eksempel I: 180 mill. kr. for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Statsbudsjett 2014.***

Det første eksemplet jeg vil bruke, er et signal også hentet fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Signalet jeg vil se på i eksemplet stammer fra Statsbudsjettet for 2014. Den forrige regjeringen vedtok å øke kommunebudsjettets frie rammer med 180 millioner kroner for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En økning i kommunenes frie rammer innebærer imidlertid at kommunene i prinsippet kan disponere midlene slik de selv ønsker. Derfor anser jeg dette som et «Kan»-signal.

Forhenværende helseminister, Jonas Gahr Støre, la til grunn følgende i en pressemelding den 14.10.2013: «*Innenfor veksten i de frie inntektene til kommunene for 2014 legger regjeringen til grunn at 180 millioner kroner skal gå til styrking av tjenesten. Dette tilsvarer en økning på omlag 300 årsverk*» (HoD, Nr.: 35/2013).

I forbindelse med dette eksemplet har jeg vært heldig å få utlevert datagrunnlaget fra en undersøkelse foretatt av tidsskriftet Sykepleien i januar 2014. Tidsskriftet sendte ut en spørreundersøkelse til samtlige av landets kommuner for å finne ut noe om hvordan kommunens andel av de tildelte 180 millionene ble budsjettetert. 356 kommuner svarte innen fristen. Noen kommuner oppga i undersøkelsen at de «var i ferd med å vedta» eller at «endelig fordeling ikke formelt var besluttet». Jeg har her gått inn på hjemmesidene til de åtte kommunene dette gjaldt og undersøkt hva som fremkommer av nyheter i forbindelse med budsjettvedtak. Ofte finnes ikke vedtaket eksplisitt, men man har vedtatt at «området skal styrkes», eller liknende formuleringer. Dette gjelder kommunene: Trondheim, Bergen, Haugesund, Fredrikstad, Ski, Time, Austevoll og Halden. Jeg fant at disse kommunene hadde vedtatt styrking av tjenesten med til sammen 25,15 flere årsverk enn det som var tilfellet i undersøkelsen gjennomført av tidsskriftet Sykepleien.

Det er viktig å merke seg at undersøkelsen som ble foretatt spesifikt dreide seg om helsesøsterårsverk. Det betyr at midlene kan ha gått til tjenesten, men ikke til helsesøstre, i

noen av de andre kommunene. Det er også verdt å merke seg at 24 av de undersøkte kommunene la ned til sammen 9,5 årsverk.Funn:

**Tabell 20; Bruk av 180 mill. kr. gitt i kommunenes frie rammer med en forventning om styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Kilde: Tidsskriftet Sykepleien)**

Antall kr. budsjettet:	Kr. 163 074 806
Antall nye årsverk oppgitt av 356 kommuner	118,8
Antall nye årsverk 356 kommuner - korrigert	143,95

Helse- og omsorgsdepartementet la til grunn en kostnad på om lag kr. 600 000 for et helsesøsterårsverk i sin utregning. Min erfaring fra Oslo kommune er at ett helsesøsterårsverk koster om lag kr. 700 000, inkludert direkte og indirekte kostnader. I mine utregninger av kostnadene har jeg tatt utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets satser, men det er heftet en viss usikkerhet til hvorvidt de faktiske kostnadene stemmer overens med dette.

De 356 kommunene som svarte på undersøkelsen hadde til sammen mottatt 163,08 millioner kroner. Av disse hadde 121 kommuner vedtatt en styrking av tjenesten i tråd med statens forventninger, med til sammen 118,8 årsverk. Disse 121 kommunene hadde mottatt til sammen 88,7 millioner. Basert på departementets årsverkspris, tilsier det at kommunene hadde brukt 71,3 millioner kroner, tilsvarende 80 % av de tildelte midlene i tråd med intensjonen.

Ved min ekstra kartlegging i mars 2014 fant jeg ytterligere syv kommuner som hadde vedtatt en styrking av tjenesten, og det var da totalt 128 kommuner som til sammen hadde mottatt 112,3 millioner av de 180 millionene som var bevilget. Totalt hadde kommunene per mars 2014 besluttet å opprette til sammen 143,95 årsverk.

Dette vil si at 86,4 millioner kroner av 112,3 millionene (eller 77 %) som kommunene fikk, var brukt i tråd med intensjonen. Med utgangspunkt i at de kommunene som svarte på vedtaket fikk bevilget 163 millioner av de 180, viser undersøkelsen at 53 % av de bevilgede midlene ble brukt i tråd med intensjonen. Dersom Oslo kommunes årsverkskostnad legges til grunn, vil andelen være 61,8 %.

#### *Har variasjonen noen klare årsaker?*

Hvordan disse 180 millionene skulle brukes, var helt opp til den enkelte kommune, og jeg gjorde derfor en liten regresjonsanalyse for å se om det er noen egenskaper ved kommunene som påvirker mer enn andre faktorer, eller om det er helt tilfeldig hva som får en kommune til å etterleve eller ikke etterleve et «Kan»-signal.

Jeg så på om kommunene hadde vedtatt «endret bemanning» (omkodet til om det var oppgang, nedgang eller ingen endring) som avhengig variabel, og prøvde meg frem med følgende uavhengige variabler fra KOSTRA: «Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter – gjennomsnittlig utvikling 2005-2013», «Kommunestørrelse 2012» (som jeg delte inn i åtte kategorier<sup>38</sup>), politisk «farge» på ordføreren (etter rødgrønn, blå og politisk uavhengig), «andel av innbyggerne som ble født i 2012» og «andel innbyggere som var 0-5 år i 2012».

Dataen kan oppsummeres i tabellen under:

Tabell 21: Deskriptiv statistikk – 180 millioner kroner fordelt til kommunene Kilde: Sykepleien					
	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnit t	Standardavv ik
Fordeling av de 180 mill per kommune	356	100 000	18 778 000	458 075	1 232 379
Endring (økning=1, ingen endring=0, nedgang= -1)	252	-1,00	1,00	,1746	,40078
Farge (rødgrønn/blå/politisk uavhengig)	429	,00	2,00	1,3147	,57705
Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter utvikling 2005-2013	431	-,21	29,20	,0599	1,40760
Kommunestørrelse 2012	431	,0000	6,2000	2,667517	1,4118314
Gyldige N	251				

Regresjonsmodellen blir som følger:

Tabell 22: Modellen oppsummert				
Mod	R	R <sup>2</sup>	Justert R <sup>2</sup>	Standardfeil
<b>1</b>	<b>,671</b>	<b>,450</b>	<b>,439</b>	<b>,30069</b>

A Predictors: (Constant), Kommunestørrelse 2012, Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter utvikling 2005-2013, andelfodt2012, farge, 2014 180 mill

R<sup>2</sup> er 0,450, dvs. at denne modellen kan forklare inntil 45 % av variasjonen.

<sup>38</sup> standard fra SSB; Under 2 000 innbyggere, 2 000 - 4 999 innbyggere, 5 000 - 9 999 innbyggere, 10 000 - 19 999 innbyggere, 20 000 - 29 999 innbyggere, 30 000 - 49 999 innbyggere, 50 000 - 299 999 innbyggere og 300 000 eller flere innbyggere

Tabell 23: Koeffisienter<sup>a</sup>

	Ustandardiserte koeffisienter		Standardiserte	t	Signifikans	
	B	Standardfeil	koeffisienter			
1	Konstant	-,284	,066	Beta	-4,279	,000
	Fordeling av de 180 mill per kommune	3,061E-008	,000	,109	1,959	,051
	Farge (rødgrønn/blå/politisk uavhengig)	-,020	,035	-,030	-,576	,565
	Andel fødte 2012	,077	,057	,069	1,334	,184
	Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter utvikling 2005-2013	,027	,010	,122	2,577	,011
	Kommunestørrelse 2012	,148	,015	,577	9,859	,000

a. Avhengig variabel: endring i tildeling til tjenesten

Det som ser ut til å kunne forklare mest av variasjonen, er kommunestørrelse. Om kommunen gjennomsnittlig har hatt et positivt driftsresultat i perioden 2005-2013 og hvor mye midler som ble tildelt later også til å ha en viss innvirkning. Politisk farge og andel av befolkningen som ble født i 2012 ser ikke ut til å ha noe særlig å si. Under analysen lurte jeg på om det å lage et mål for politisk stabilitet og spredning kunne fortalt mer. En slik videreutvikling må jeg imidlertid overlate til en annen analyse.

### **Eksempel II: Frisklivssentraler i kommunene**

På midten av 1990-tallet dukket begrepet «frisklivssentral» opp i det norske helsevokabularet. Med en gryende interesse for folkehelse og anerkjennelse av at de store utfordringene for det norske velferdssystemet i stor grad vil være forårsaket av livs- og yrkesrelaterte ikke-smittsomme lidelser, ble etter hvert større oppmerksomhet rettet mot folkehelse og leveforhold.

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* pålegger kommunene å etablere forebyggende helse- og omsorgstjenester (jf. § 3-2). Frisklivssentralen er én av flere måter å organisere en kommunal helse- og omsorgstjeneste på, og som kan ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Helsedirektoratet definerer frisklivssentralen som en kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal tilby folk hjelp til å endre levevaner. Primært er det tenkt at tilbudet skal ytes innenfor områdene «fysisk aktivitet», «kosthold» og «tobakk». Målgruppen er personer som trenger støtte for å endre

levevaner. Dette kan blant annet skyldes økt risiko for — eller begynnende utvikling av — sykdom eller lidelse som kan relateres til levevaneområdene. En frisklivssentral skal jobbe med helsefremmende faktorer og bidra til den enkeltes mestring av egen helse. En frisklivssentral skal også ha oversikt over helsefremmende og forebyggende tilbud i kommunen, og samarbeide med for eksempel idrettslag og andre lag og foreninger. De som oppsøker tilbudet skal få strukturert oppfølging, primært gjennom individuell helsesamtale, og ulike tilbud om hjelp til mestring av utfordringer knyttet til psykisk helse, risikofyllt alkoholbruk — samt læringstilbud og andre tilbud som fremmer mestring av egen helse.

Å samle inn historiske data til dette eksemplet var ikke helt enkelt, men jeg fant ut at det var én frisklivssentral i Modum i 1995. Deretter fulgte det ulike spredte forsøk innenfor samme tema. I 2008 kom det en evalueringsrapport for det som heter «grønn resept» (Helsedirektoratet, 2008), hvor frisklivssentraler foreslås som en måte å følge opp «grønn resept» på. I denne rapporten fremgår noe data på fylkesnivå i enkelte fylker. De fem fylkene var Oppland, Buskerud, Vest-Agder, Nordland og Troms. De prøvde ut ulike modeller for hvordan tilbudet ble drevet; frivillig sektor, kommunal regi, kommersiell regi og blandingsmodeller.

Med samhandlingsreformen og den samtidige nye folkehelseloven ble «Frisklivssentral» lansert som en særskilt satsing og mulig tilbud som kommuner kunne yte sine innbyggere.

I spredningen av tiltaket har staten tilbudt en mulighet for å få oppstartstilskudd, og det har vært mye informasjon om frisklivssentraler og effekter av dette. Imidlertid har det ikke vært noen strenge styringssignaler eller påleggs-liknende formuleringer. Det har altså vært opp til den enkelte kommune å beslutte om man skal ha det eller ikke.

Som følge av *Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) – Resept for et sunnere Norge* og evalueringen av denne, ble det besluttet at noen fylkeskommuner skulle gi kommunene tilskudd til etablering og oppstart av frisklivssentraler i perioden 2005-2008. Dette som en form for utprøving av lavterskeltilbud og ledd i ulike *partnerskapsavtaler* mellom fylkeskommunene og kommunene. I forbindelse med *Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen*, og *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*, ble dette strukturert og utlyst også på nasjonalt plan, og det ble nå mulig for alle kommuner å søke om tilskudd, samtidig som søkesummen ble utvidet. Utviklingen har vært som følger:



Tabell 24: Antall frisklivssentraler i Norge 1995-2013. Kilde: Helsedirektoratet

År	Antall Frisklivssentraler	Merknader
1995	<b>1</b>	
2004	<b>14</b>	
2005	<b>37</b>	
2006	<b>42</b>	
2007	<b>49</b>	
2008	<b>54*</b>	*51 av disse lå i Nordland, Troms, Buskerud, Oppland eller Vest-Agder
2009	<b>70</b>	
2011	<b>135</b>	
2013	<b>150/177**</b>	**for 2013 har jeg data per kommune som har tilbud – dvs. 177 kommuner har 150 frisklivssentraler – mange mindre kommuner samarbeider om driften av en sentral. Kilde: Helsedirektoratet

Det ser ut til at kommuner i de fylkeskommunene som prøvde ut *frisklivssentraler*, gjør utslag på statistikken før tilskuddsordningen trådte i kraft i 2011. I 2008 var det 54 kommuner med sentraler. 51 av disse lå i fylkene som var med i utprøvingsordningen. Det er verdt å merke seg at det i Oppland, hvor frisklivstilbudet ble drevet av frivillig sektor, hadde størst andel kommuner med tilbud om frisklivssentral. I de fylkeskommunene hvor driften var i kommunal eller kommersiell regi, var utbredelsen noe lavere. Dette kan kanskje si noe om kommunenes oppfatning om risiko knyttet til de ulike driftsformene.

Av dataene fremgår det en markant økning i antall frisklivssentraler i 2011. Langt flere kommuner valgte å opprette tilbudet etter at det kom en stimuleringsordning, selv om denne er per søknad og tilskuddet gis over en tidsbegrenset periode. I 2008 hadde 12,5 % av kommunene frisklivssentral. I 2011 steg tallet til 177 kommuner (som drev 150 sentraler), dvs. 41 % av kommunene. I 2014 er det i tillegg 10 sentraler i Oslo kommune (her regnet som en kommune, men har 15 bydeler som alle er større enn gjennomsnittskommunen) – det vil si en økning på 328 % etter at tilskuddene ble gjort tilgjengelig for alle kommuner. Det gjenstår å se hva som skjer når tilskuddsordningen opphører. For å kartlegge dette må imidlertid tilskuddsordningen opphøre først.

### ***Oppsummert: kan-signaler***

I min analyse har jeg sett på to varianter av «Kan-signaler». Den første er utdeling av midler til kommunene i de frie rammene men med anmodning om å styrke en spesifikk tjeneste. Den andre varianten er mulighet til å søke om midler til oppstart av et tilbud som staten ønsker at kommunene skal ha. Det at kommunene kan velge om de vil etterkomme statens forventninger eller velge om de skal søke om oppstartsmidler eller ikke, er årsaker til at jeg kategoriserer dette som et «Kan»-signal.

For begge varianter ser vi at signalene har en viss effekt. Særlig for frisklivssentralene er økningen stor, målt i antall kommuner som har et slikt tilbud. Det er imidlertid tydelig at «Kan-signaler», med grad av valgfrihet, ikke gir samme effekt som «Skal»- og «Bør»-signaler. Samtidig ivaretar de en viktig dimensjon ved styringen av kommunene, ved at kommunene, som lokaldemokratiske enheter, får mulighet til å skape et tilbud som er tilpasset sine innbyggere, og ikke nødvendigvis noe som fungerer for gjennomsnittet av en kommune. I mine analyser har jeg ikke undersøkt om det gis eventuelle alternative tilbud som ikke fanges opp av mine variabler. Denne måten å måle på tar ikke høyde for at det kan finnes tilbud som gir befolkningen samme velferdsnivå og likeverdige tjenester, og at de kan være organisert eller ha en struktur som gjør dem vanskelige å fange opp innenfor det standardiserte regimet som jeg valgte.

## **Noen avsluttende ord**

Ut fra mine undersøkelser innenfor helse- og omsorgssektoren later det til at alle de tre styringssignalene virker. Jeg har anvendt mine relativt enkle «Skal»-, «Bør»- og «Kan»-kategorier. Som jeg har vist i avsnittene over, finnes det fordeler og ulemper i alle kategoriene. «Skal»-signaler virker (som forventet) sterkt. «Kan»-signaler virker tilsynelatende bedre i kommuner med et visst handlingsrom. «Bør»-signalene virker bedre der de er basert på økonomiske insentiver fremfor å appellere til faglighet. Avslutningsvis ønsker jeg å komme med noen betraktninger jeg har gjort meg underveis i arbeidet med denne oppgaven.

«Skal-signaler» virker sterkt, men ressursinnsatsen er kanskje høyere enn den trenger å være? Dette har fått meg til å tenke på uttrykket «å skyte spurv med kanoner». For det å sikre tilgang til like tjenester overalt, uavhengig av behov, trenger ikke nødvendigvis å bety at behovet er det samme for befolkningen i de ulike kommunene. I dag får kommunene tildelt penger etter et kriteriesystem fremfor en fast sum som er lik for alle innbyggere i alle kommuner. Dette tyder på at man langt på vei anerkjenner at det er ulike behov i kommunene. Ved å styre for mye via «Skal»-signaler kan man risikere å sløse med samfunnets knappe ressurser, på å utføre oppgaver som strengt tatt ikke er nødvendige på bekostning av lokale behov som ikke reflekteres i et gjennomsnitt. Likevel kan man konkludere med følgende: Hvis man ønsker at noe skal gjøres likt i alle kommuner, fra Utsira til Oslo, så virker «Skal-signalene».

Mine undersøkelser tyder på at «Bør»-signalene fungerer relativt sterkt de også, særlig om de involverer økonomiske insentiver. Styringssignaler som dette får meg til å tenke på Al-Capones berømte sitat: «*You can get much further with a kind word and a gun than you can with a kind word alone*». Jeg mener dette styringssignalet på mange måter ivaretar kommunenes selvstyre og delvise autonomi på en bedre måte enn hva «Skal»-signaler gjør. Funnene mine tyder også på at kommunene i stor grad gjør det staten ønsker, men at de i større grad også tar hensyn til økonomisk bærekraft i tilfeller hvor «Bør»-signaler blir gitt.

Ofte lages insentivordninger som gjør at andre valg enn det som ordningen oppmuntrer til, fort vil fremstå som irrasjonelle eller suboptimale. Imidlertid gjør *muligheten* til å velge annerledes *i seg selv* mye for å dempe eller forhindre potensielle konflikter. Samtidig kan det kanskje sies å være mer effektiv bruk av knappe ressurser når man bygger opp kapasitet gradvis fremfor å starte med overkapasitet. På individnivå virker såkalt «choice architecture» (Thaler&Sunstein: 2009) — noen ganger oversatt som «valgarkitektur» — relativt sterkt på hva og hvordan folk velger. «Choice architecture» handler om å legge til rette for at de valgene som fremstår som kloke skal være enklere å ta enn valg som synes å være mindre kloke. Imidlertid er det viktig at man har muligheten til å velge annerledes om man ønsker det. Mine undersøkelser tyder på at dette også kan virke bra i kommune-Norge.

«Kan»-signalene får meg til å tenke på religiøse grupperinger eller reklame for sunn mat. Man får en anelse om at de kommunene som er «flinkest i klassen», er de kommunene som kunne vært tilbøyelige til å innføre denne typen tjenester uansett. Som en del av det å få frem lokale særpreg eller bidra til å ivareta eller forsterke fagmiljøer og entusiasme, ser jeg for meg at dette er et godt virkemiddel. Underveis i arbeidet har jeg tenkt at det kunne vært interessant å gå dypere til verks for å finne ut mer om dette. Et sterkt styringssignal vil også innebære at noen må prioritere en viktig oppgave fremfor en annen. Foruten risiko for feil bruk av knappe ressurser, vil imidlertid et *for sterkt styringssignal* også kunne føre til at andre oppgaver i neste omgang blir prioritert etter samme prinsipper. Man risikerer dermed at for mange oppgaver blir noe som «skal» gjøres, og i realiteten vil en begrenset ressursramme kunne medføre en kamp mellom ulike oppgaver som alle «skal» prioriteres. Valg av riktig styringssignal er derfor viktig. Under arbeidet med oppgaven har jeg tenkt på mange problemstillinger rundt selve lokaldemokratiet. Bidrar enhetsstaten til å undergrave lokaldemokratiet? Kan det være slik at sentral regelstyring med teknokratiske tilsnitt kan bidra til å undergrave lokal styring? Kan det være slik at sentral normering ut fra individets rettigheter kan bidra til å undergrave faglig skjønn, lokaldemokrati og selvstendighet? Og er

det slik at dette er medvirkende faktorer til at valgdeltakelsen og deltakelsen i det politiske liv blant den jevne nordmann synker? Dette er store spørsmål, som det ikke har vært mulig å diskutere innenfor rammen av denne oppgaven. Men jeg anser mitt bidrag som et godt grunnlag for å gå nærmere inn på interessante spørsmål som disse.

## Kilder

- Atekst/Retriever.no, [www.retriever.no](http://www.retriever.no), søkeord «helsestasjon, skolehelse og skolehelsetjeneste», 3.april 2014.
- Barret, S. & Hill, M. (1984): «Policy, Bargaining and Structure in Implementation Theory: Towards an Integrated Perspective» I Policy and politics vol. 12/3.
- Christensen, Tom, Læg Reid, Per, Roness, Paul G. og Røvik, Kjell Arne (2009): Organisasjonsteori for offentlig sektor, 2. utgave 2010, Universitetsforlaget
- Aust Agder fylkeskommune (2012): Frisklivssentraler - Hva er historien bak og hvor er vi i dag?, foredrag fra Frisklivssamling Agder 4. desember 2012. <http://www.austagderfk.no/>
- Fylkeskommunene Anbefalinger fra Buskerud, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder (2008), Evalueringsrapport – Oppfølgingssystemer til «Grønn resept» 2004-2008. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): St.meld. nr. 20 (2006–2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): Pressemelding, 14.10.2013 Nr.: 35/2013, Publisert under Regjeringen Stoltenberg II
- Helsedirektoratet (2005): IS-1154, Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2008): Evalueringsrapport, Oppfølgingssystemer til «Grønn resept» 2004-2008, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2010): IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2011): IS-1896, Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2013): IS-1896 (Oppdatert utgave), Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2013): Om kommunens øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Helsedirektoratets nettsider, <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>
- Helsedirektoratet (2014): Fastlegestatistikken, <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/refusjonsordninger/tall-og-analyser/fastlege/Sider/default.aspx>
- Iversen, T. og Godager G. (2014), Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 – 2012, Helseøkonomisk forskningsnettverk ved Universitetet i Oslo, i *HERO Skriftserie* 2014:2, Universitetet i Oslo
- KS FoU-prosjekt nr. 134018: Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, [www.ks.no](http://www.ks.no)
- Kjellberg, Francesco og Reitan, Marit (1995), 6. opplag (2007): Studiet av offentlig politikk. En innføring, Oslo: Tano
- Statistisk Sentralbyrå (2011): (Kjelvik, Julie), Notat 32/2007, Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene. [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Statistisk Sentralbyrå (2011): Langørgen Audun og Aaberge Rolf, Rapport 8/2011 Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser, [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Statistisk Sentralbyrå (2011): Mundial, A. Vekst i antall leger, Samfunnsspeilet 2/2011, [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Lovdata: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>, [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) (hentet januar 2014)

Lovdata: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>

Pfizerundersøkelsen 2010: Artikkel:

[http://www.helsenett.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16545:synkende-tillit-til-norsk-helsevesen&catid=252](http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=16545:synkende-tillit-til-norsk-helsevesen&catid=252)

Statens Helsetilsyn, 1998: IK-2617, Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Statistisk Sentralbyrå (2011): Samfunnsspeilet nr. 2/2011, [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Statistisk Sentralbyrå (2014): KOSTRA, <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>

Thaler R.H. & Sunstein, C.R. (2009): *Nudge*, London, Penguin books

Weimer, D. & Vining, A. (2011): *Policy Analysis*, ed.no.5. Pearson Education Inc.