



Samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak: Arena for maktkamp eller forum for deliberasjon?

Collaboration Committees between Municipalities and Health Enterprises: Arena for Power Struggle or Forum for Deliberation?

Hilmar Rommetvedt

Dr.Polit., forsker I, NORCE Norwegian Research Centre

hiro@norceresearch.no

Sammendrag

I forbindelse med samhandlingsreformen, som ble innført i helsevesenet fra 2012, fikk kommuner og helseforetak en lovfestet plikt til å inngå samarbeidsavtaler på en rekke områder. Samtidig ble det etablert samarbeids- eller samhandlingsutvalg som skulle bidra til å forbedre samordningen og pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten i helseforetakene og helse- og omsorgstjenestene i kommunene. De nye avtalene og utvalgene skulle bygge videre på lignende ordninger som kommuner og helseforetak hadde etablert på frivillig basis forut for samhandlingsreformen. Artikkelen undersøker forhandlingsprosessene og innflytelsesforholdene i de gamle og nye samarbeidsutvalgene før og etter samhandlingsreformen. Har det skjedd endringer med hensyn til initiativ og dagsordensetting, enighet og konflikt i forhandlingsprosessene, eller partenes innflytelse? Teoretisk tar studien utgangspunkt i ulike typer forhandlinger og maktforhold, nærmere bestemt strategiske forhandlinger, deliberative forhandlinger og deliberasjon på den ene siden, og det man på den andre siden kan kalle «makt over» og «makt til». Empirisk er artikkelen basert på to surveyundersøkelser blant medlemmene av samarbeidsutvalgene innenfor Helse Vest-regionen, henholdsvis før og etter samhandlingsreformen.

Nøkkelord

Helsetjenester, samhandlingsreformen, helseforetak, kommuner, forhandlinger

Abstract

With the implementation of the Norwegian Coordination Reform from 2012, municipalities and health enterprises were legally obliged to enter into coordination agreements in various areas. At the same time they established collaboration committees in order to improve the transfer of patients between specialist health services in hospitals and primary healthcare services in the municipalities. The new agreements and committees were supposed to be built on similar arrangements established on a voluntary basis before the reform. This article analyses negotiation processes and power relations within the collaboration committees both before and after the Coordination Reform. Have there been any changes with regard to initiatives and agenda setting, agreement and conflict, or the parties' influence? Theoretically, the study is based on different types of negotiations and power relations: strategic bargaining, deliberative negotiations and deliberation on the one hand, and «power over» and «power to» on the other. Empirically, the article is based on surveys among the members of the collaboration committees in Western Norway (the Helse Vest region), carried out respectively before and after the reform.

Keywords

Health services, coordination reform, health enterprises, municipalities, negotiations

Innledning

Samordning mellom ulike institusjoner og spesialiserte organisasjoner er ofte en stor utfordring (Christensen & Lægneid, 2020). Dette gjelder ikke minst i helsevesenet der kommunene og fastlegene har ansvaret for primærhelsetjenesten, mens det er staten ved helseforetakene og sykehusene som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten (Torjesen & Vabo, 2014). Et hovedsiktemål med den samhandlingsreformen som ble gjennomført i helsevesenet fra 2012, var å styrke samordningen mellom kommunene og de lokale helseforetakene. For å bedre «pasientflyten» mellom sykehusene og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene fikk helseforetak og kommuner en lovfestet plikt til å inngå samarbeidsavtaler om en rekke forhold. De nye, mer detaljerte avtalene skulle bygge videre på frivillige avtaler som tidligere var inngått mellom kommuner og helseforetak. I tillegg skulle reformen også bidra til en avlastning av helseforetakene. Det ble innført flere økonomiske insentiver for å motivere kommunene til å ta en større andel av ansvaret for det samlede helsetilbudet (St.meld. nr. 47 (2008-2009), Prop. 91 L (2010-2011), Innst. 424 L (2010-2011)).

For å håndtere samhandlingsutfordringene ble det også etablert samarbeidsorganer mellom kommuner og helseforetak på så vel det politisk-administrative toppledernivået som det faglig-administrative nivået under dette. Det er de såkalte samhandlings- eller samarbeidsutvalgene på det faglig-administrative nivået vi skal konsentrere oss om i denne artikkelen. Vi skal belyse arbeidet i de nye samarbeidsutvalgene, og sammenligne disse med arbeidet i de utvalgene som var etablert forut for samhandlingsreformen. Det er særlig forhandlingsprosessene og partenes innflytelse i samarbeidsutvalgene vi skal rette søkelyset mot. Er forhandlingene i utvalgene preget av konflikt eller samforståelse? Hvem har størst innflytelse i utvalgene, helseforetakene eller kommunene? Har det skjedd endringer i så måte etter at samhandlingsreformen ble innført?

Artikkelen er basert på utvalgsmedlemmenes vurderinger av arbeidet i samarbeidsutvalgene slik disse er kommet til uttrykk i spørreundersøkelser før og etter samhandlingsreformen. Etter en kort presentasjon av reformen skal vi se nærmere på de teoretiske perspektivene, problemstillingene og det datamaterialet som er lagt til grunn for denne studien. Deretter presenteres de empiriske resultatene av undersøkelsen, før vi kort kommer inn på hva disse eventuelt kan fortelle oss om utsiktene for de nye «helsefelleskapene» mellom kommuner og sykehus som regjeringen har foreslått (Meld. St. 7 (2019-2020)), og som man nå er i ferd med å etablere (se Helsedirektoratet 2020).

Samhandlingsreformen

Tanken om en samhandlingsreform ble først lansert av Bjarne Håkon Hanssen et par uker etter at han overtok som statsråd for Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2008 (Rommetvedt m.fl., 2014:60). Året etter la regjeringen fram sitt forslag om en slik reform for å møte samhandlingsutfordringene og overføre en del av oppgavene i spesialisthelsetjenesten til kommunene (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Etter behandlingen i Stortinget (Innst. 212 S (2009-2010)) arbeidet Helsedepartementet videre med å konkretisere reformen. I april 2011 la regjeringen fram forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med en detaljert utforming av reformen (Prop 91 (2010-2011)). Forslaget ble behandlet og vedtatt i Stortinget i juni 2011 (Innst. 424 L (2010-2011), Lovvedtak 63 (2010-2011)). Reformen ble iverksatt gradvis fra 1.1.2012.

Selv om reformen fikk betegnelsen Samhandlingsreformen, var hovedintensjonen tosidig: overføring av flere oppgaver til kommunene og bedre koordinering av tjenestene mellom kommunene og helseforetakene. Gjennom økonomiske insentiver ble det lagt opp

til at kommunene skulle ta ansvar for en større del av de samlede helsetjenestene. Det ble innført kommunal medfinansiering av en del spesialisthelsetjenester. Dette gjaldt kommunal betaling for somatisk behandling, men ordningen ble opphevet etter at regjeringen Solberg tiltrådte etter stortingsvalget i 2013. Kommunene ble pålagt å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 2016. I overgangsperioden ble det innført øremerkede tilskudd til etableringen av slike tilbud. Den kommunale betalingen for utskrivningsklare pasienter som ble værende på sykehus, ble økt fra ca. 1600 til 4000 kr per døgn og gjort gjeldende fra først dag, mot før etter ti dager. (For studier av de økonomiske insentivenes virkninger, se f.eks. Askildsen m.fl., 2016; EVASAM, 2016; Grimsmo, 2013; Hagen og Melberg, 2016; Hagen og Romøren, 2016; Nødland og Rommetvedt, 2016)).

For å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, ble det innført en lov-pålagt plikt for disse til å inngå samarbeidsavtaler. De nye avtalene skulle bygge videre på de frivillige avtalene som var inngått mellom kommuner og helseforetak forut for sam-handlingsreformen. De nye lovfestede avtalene skulle imidlertid bli langt mer detaljerte enn de tidligere frivillige avtalene. I den nye helse- og omsorgslovens § 6-2 ble det således slått fast at avtalene skulle omfatte 11 forskjellige forhold, deriblant sykehusinnleggelse, utskrivning, rehabilitering, øyeblikkelig hjelp, kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, jordmørtjenester, IKT, forebygging og beredskap. Det ble imidlertid overlatt til kommunene og helseforetakene selv å bli enige om hvordan koordineringen og samhandlingen på disse områdene skulle utføres (se EVASAM, 2016; Gautun m.fl., 2016; Kirchhoff m.fl., 2015; Rommetvedt og Nødland, 2020; Aarseth m.fl., 2015).

I forbindelse med de samarbeidsavtalene som ble inngått forut for samhandlingsreformen, ble det også etablert samarbeidsutvalg mellom kommunene og helseforetakene. Med de nye avtalene ble det fastsatt nye rammer for slike samarbeids- eller samhandlingsutvalg. Det er derfor viktig å se nærmere på hvordan arbeidet i samarbeidsutvalgene fungerer, og om det har skjedd endringer i så måte.

Teoretiske perspektiver, problemstillinger og forventninger

For å belyse spørsmålet ovenfor og presisere problemstillingene, vil vi trekke vekslers på to typer teoretiske perspektiver. Den ene typen gjelder teorier om reformer og endring, mens den andre typen omfatter teorier om utvalg, forhandlingsprosesser og makt.

Samhandlingsreformen i helsevesenet var en omfattende reform der man innførte en rekke forskjellige tiltak som ikke bare skulle bedre samhandlingen mellom helseforetak og kommuner, men som også tok sikte på å overføre en betydelig del av ansvaret for det samlede helsetilbudet fra de statlige helseforetakene til kommunene. Slike reformer iverksettes gjerne når tidligere likevektstilstander blir «punkttert», dvs. at situasjonen endres slik at tidligere tiltak, tilpasninger og avveininger mellom ulike interesser og hensyn ikke lenger fungerer som før (Baumgartner & Jones, 1993). En kommende eldrebølge med økende press på spesialisthelsetjenesten i sykehusene var en viktig del av bakgrunnen for samhandlingsreformen, samtidig som reformen i seg selv medførte store endringer i rammevilkårene for aktørene. Sett i et instrumentelt reform- eller designperspektiv (Peters, 2015) vil man gjerne forvente betydelige endringer i slike situasjoner, mens det sett i lys av et institusjonelt perspektiv med vekt på betydningen av etablerte regler, rutiner og praksis, er mer nærliggende å forvente institusjonell treghet og skrittvis, «stiavhengige» endringer (March & Olsen, 1989; Robinson & Meier, 2006). I forbindelse med samhandlingsreformen ble det som nevnt også lagt vekt på at man skulle bygge videre på de frivillige samarbeidsordningene som var etablert forut for reformen.

Ulike teoretiske perspektiver kan med andre ord gi opphav til motstridende eller alternative hypoteser om samhandlingsreformens virkninger. Dersom reformen var et uttrykk for en punktert likevekt, skulle man forvente at den ville føre til betydelige endringer i helsevesenet, herunder også i samarbeidsutvalgene mellom helseforetak og kommuner. Ved en mer skrittvis reform preget av stivhengighet, vil man snarere forvente at reformen skulle føre til mindre endringer, og at arbeidet i samarbeidsutvalgene i stor grad ville fortsette som før.

I forbindelse med Samhandlingsreformen har Torjesen og Vabo (2014) drøftet en rekke forskjellige virkemidler for interorganisatorisk koordinering. Disse er i varierende grad basert på hierarkiske, finansielle og nettverkspregede mekanismer. Lovbestemmelsen om at det skal inngås samarbeidsavtaler, er et hierarkisk virkemiddel, men samtidig har avtalene også et klart nettverkspreg ettersom det er kommunene og helseforetakene som i fellesskap selv skal utforme innholdet. Når det gjelder nettverkspregede virkemidler, peker Torjesen og Vabo (2014: 142) bl.a. på samarbeidsutvalg og faggrupper med rådgivende, konsulterende og besluttsende funksjoner. Det er slike utvalg vi her skal konsentrere oss om.

Som Sartori (1987: 228ff) har påpekt, er en komite (eller det vi her kaller utvalg) en liten, varig og institusjonalisert gruppe mennesker som samhandler ansikt-til-ansikt. Midlertidige utvalg kan bli opprettet for å forberede og eventuelt treffe beslutninger i enkeltsaker, mens permanente utvalg som samarbeidsutvalgene i helsevesenet behandler en kontinuerlig strøm av forskjelligartede saker som de skal ta stilling til. Beslutningsprosesser er sjelden et «rettlinjet» fenomen, men noe forenklet kan man dele slike prosesser inn i ulike faser, som en initiativfase der en sak blir satt på beslutningstakerens dagsorden, en diskusjons- eller forhandlingsfase der saken drøftes, en vedtaksfase der beslutningen treffes, en iverksettingsfase der vedtaket settes ut i livet, og en evalueringsfase der man undersøker om tiltakene virker slik man har tenkt. Utvalgsarbeidet som helhet kan inngå i en eller flere av de nevnte fasene, men også prosessene innad i selve utvalget kan gjennomgå tilsvarende faser. Det er det siste vi skal konsentrere oss om her.

Spørsmålet om hvem som tar initiativet til å få satt saker på utvalgets dagsorden, er viktig bl.a. fordi den som setter dagsordenen, gjerne legger premissene for det videre forløpet og dermed også for noe av utfallet av beslutningsprosessen. Samhandlingsreformen tok som nevnt sikte på at kommunene skulle overta større deler av ansvaret for de offentlige helse-tjenestene. Det var først og fremst kommunene som ble stilt overfor nye oppgaver, mens helseforetakene skulle få frigjort kapasitet. Selv om også helseforetakene måtte innføre nye rutiner for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunene, var det nok kommunene som fikk de største utfordringene. Det er derfor nærliggende å anta at samhandlingsreformen har ført til at kommunene i større grad enn helseforetakene tar opp saker til drøfting i samarbeidsutvalgene mellom de to partene.

Når saker tas opp til behandling i et utvalg, kan beslutningene treffes på forskjellige måter (jf. Rommetvedt, 2006). I mange tilfeller finnes det lover og regler som angir hva man skal/ikke skal gjøre. Da dreier beslutningen seg om å finne den regelen som gjelder for det aktuelle tilfellet, såkalt subsumpsjon. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak inneholder slike bestemmelser, men de er i mange tilfeller for generelle til at de uten videre kan anvendes når nye problemer oppstår. Avtalebestemmelsene kan også være uklare og åpne for ulike fortolkninger. Hensikten med samarbeidsutvalgene er bl.a. å håndtere slike situasjoner.

I et kommunestyre, fylkesting eller Storting med representanter for forskjellige partier treffes beslutningene som oftest ved voteringer der flertallet bestemmer. I et utvalg forsøker man derimot å komme fram til enighet om hva som skal gjøres. Utvalgsbeslutninger er ofte enstemmige, ikke nødvendigvis fordi medlemmene har felles interesser, men fordi de disku-

terer seg fram til en konklusjon som alle kan godta. Ifølge Sartori (1987:214ff) er enigheten i et utvalg basert på det han kaller «deferred reciprocal compensation», eller en underforstått oppfatning om at man på et senere tidspunkt vil få gjenytelser eller støtte fra de andre medlemmene i utvalget. Det er også andre mekanismer som kan bidra til at man blir enige i et utvalg. Arbeidet foregår ofte bak lukkede dører der man kan diskutere åpent med hverandre, lufte nye ideer og endre oppfatninger uten at man blir «tatt» for dette etterpå.

Det hender naturligvis at utvalgsmedlemmene ikke blir enige, og at det må foretas en avstemning for å nå fram til en beslutning. Et utvalg fungerer imidlertid dårlig dersom det til stadighet må ty til voteringer og flertallsavgjørelser. Eller satt på spissen slik Sartori (1987:230) uttrykte det: «the majority principle represents the watershed between committees and non-committees or, if you wish, between functioning and malfunctioning committees». Spørsmålet som da melder seg, er følgende: Hvordan kommer utvalg der medlemmene kan ha ulike meninger og interesser fram til enighet? Dette kan skje på forskjellig vis, avhengig av den problemsituasjonen utvalget står overfor, den formen diskusjonen og forhandlingene får i utvalget, og den typen løsning utvalget forsøker å finne fram til. Et utgangspunkt i så måte kan være de ulike «logikkene» som ligger til grunn for det jeg (Rommetvedt, 2006) har kalt strategiske forhandlinger, deliberative forhandlinger og deliberasjon.

Strategiske forhandlinger er særlig aktuelle i beslutningssituasjoner der partenes ønsker eller preferanser er gitt på forhånd, og der preferansene dreier seg om de samme delelige godene og verdiene (som f.eks. en kake eller en gitt pengesum). Slike beslutningssituasjoner har karakter av et null-sum-spill der det den ene parten oppnår, går på bekostning av den andre. Hvis den ene parten får et større kakestykke, blir det mindre igjen til den andre. Eller hvis en part skal betale en mindre andel av regningen, må den andre betale mer. I slike forhandlinger tar partene sikte på å nå fram til *kompromisser* der man møtes et sted mellom ytterpunktene. Partene forsøker å få til en kompromissløsning som ligger så nær eget ønske som mulig. Forhandlingene får da et strategisk preg der partene forsøker overtale hverandre til å gi etter, mens man selv holder igjen. Dette kan skje ved hjelp av løfter eller trusler der troverdigheten til disse er avhengig av partenes ressurser i form av f.eks. penger eller kunnskap. Det er nærliggende å anta at det som oftest er helseforetakene som får størst innflytelse i slike situasjoner (se nedenfor).

Utgangspunktet for *deliberasjoner* er ganske forskjellig fra dette. I deliberative prosesser er deltakernes preferanser ikke gitt på forhånd. Dette kan ha sammenheng med nye typer problemer og utfordringer der det ikke er så lett å vite hva man bør gjøre. Deliberasjoner preges av en åpen og oppriktig dialog som kan føre til at partene endrer meninger og preferanser underveis i prosessen. Siktemålet vil være å nå fram til en *kvalifisert konsensus* der partene blir enige, både om hva som er best å gjøre, og om en felles begrunnelse for den løsningen som er valgt (jfr. Eriksen 1995). Deliberasjoner har med andre ord karakter av et positiv-sum-spill der alle deltakerne høster gevinster uten at dette går på bekostning av de andre. Spørsmålet om innflytelse dreier seg her om makt til å oppnå det felles beste, særlig for pasientene og de pleietrengende.

Deliberative forhandlinger er en mellomkategori mellom de ovennevnte typene. Utgangspunktet for deliberative forhandlinger kan være at partenes preferanser er uavklarte, eller at preferansene er rettet mot ulike forhold, slik at de kan forenes. I deliberative forhandlinger er det viktig å se ulike forhold i sammenheng med hverandre, slik at man kan nå fram til *pakkelsninger* der den ene parten får gjennomslag for sine ønsker på ett område, mens den andre parten får ivaretatt sine preferanser på andre områder. Pakkelsninger kan også være basert på at intensiteten i preferansene varierer, slik at partene kan gi etter på mindre viktige områder, mot å få gjennomslag for sterkere preferanser på andre områder.

Når det gjelder endringer som følge av Samhandlingsreformen, er det nærliggende å anta at innslaget av strategiske forhandlinger i samarbeidsutvalgene er blitt større, bl.a. som følge av de økonomiske insentivene som ble innført. Med samhandlingsreformen kom det bl.a. en kraftig innskjerping og økning av de døgnsetene som kommunene må betale dersom de ikke tar imot utskrivningsklare pasienter. I denne forbindelsen er det klart at den ene partens økonomiske gevinst medfører et direkte tap for den andre parten. Betalingssetene fastsettes imidlertid av Helse- og omsorgsdepartementet, slik at kommuner og helseforetak ikke kan inngå kompromisser om disse. Samarbeidsutvalgene kan imidlertid finne fram til andre tiltak som gjør overføringen av ferdigbehandlede pasienter smidigere. Dette kan peke i retning av deliberative forhandlinger og pakkeløsninger.

Makt og innflytelse forbindes ofte med evnen til å overvinne motstand, slik Dahl (1957) gjorde i sin klassiske definisjon av makt: A har makt over B i den grad A kan få B til å gjøre noe som B ellers ikke ville gjort. En slik makt *over* noe eller noen bør imidlertid suppleres med makt *til* å oppnå eller utrette noe i samarbeid med andre. As makt *over* B kan oppfattes som et null-sum-spill der det A vinner går på bekostning av B, mens makt *til* representerer et pluss-sum-spill der alle parter oppnår fordeler som ikke går på bekostning av de andre (se f.eks. Goehler, 2000 og Engelstad, 1999 for utdyping). Det kan også ligge betydelig makt og innflytelse i evnen til å holde saker borte fra dagsordenen (jfr. Bachrach og Baratz, 1962 om «non-decisions»).

I Samhandlingsreformen ble det lagt stor vekt på at kommuner og helseforetak skal være likeverdige parter. Opprettelsen av samarbeidsutvalgene mellom helseforetakene og kommunene kan ses som et forsøk på å forsterke makten *til* i fellesskap å forbedre situasjonen for pasientene gjennom deliberasjon. En slik betraktningssmåte kan imidlertid også oppfattes som uttrykk for en harmonimodell der man tilslører interessemotsetninger og reelle maktforhold. I strategiske forhandlinger kan noen deltakere ha ressurser som setter dem i stand til å ta makten *over* andre. I helsevesenet er det som nevnt nærliggende å anta at helseforetakene kan ha et fortrinn overfor kommunene. I samarbeidsutvalgene er det på den ene siden representanter for ett lokalt helseforetak, mens det på den andre siden deltar representanter for flere kommuner som kan ha ulike interesser. Dette kan gjøre det vanskelig for kommunene å opptre som en enhetlig aktør, mens dette er mindre problematisk for helseforetaket. Samtidig har helseforetakene større ressurser i form av medisinsk-faglige kunnskaper og ekspertise, og dermed også større definisjonsmakt, enn kommunene. En enhetlig aktør med store ressurser vil som regel stille sterkt når vedtak skal fattes. Dersom arbeidet i samhandlingsutvalgene får karakter av strategiske forhandlinger, er det med andre ord mye som kan tilsi at helseforetakene får større innflytelse enn kommunene. I mer deliberative forhandlinger er det vanskelig å sette et klart skille mellom det vi har kalt makt *over* og makt *til*. Hver av partene kan få makt *over* det som er viktigst for dem, samtidig som begge parter får makt *til* å realisere sine forskjellige sterke ønsker.

På denne bakgrunn kan vi oppsummere de problemstillingene vi skal undersøke, i form av følgende spørsmål og forventede svar:

1. Har det skjedd endringer med hensyn til spørsmålene 2–5 nedenfor etter at samhandlingsreformen ble iverksatt?

Forventning basert på reformens intensjoner og punktert likevekt: Samhandlingsreformen var en omfattende reform med omfordeling av oppgaver mellom helseforetak og kommuner, og den forventes derfor å medføre betydelige endringer.

Alternativ forventning basert på institusjonell treghet og stivhengighet: Reformen bygde

videre på tidligere etablerte samarbeidsavtaler og -utvalg, og forventes derfor ikke å ha ført til store endringer.

2. Hvem tar initiativet til å sette saker på samarbeidsutvalgenes dagsorden, helseforetakene eller kommunene?

Forventning: Samhandlingsreformen medførte større utfordringer for kommunene enn for helseforetakene, slik at kommunene antas å ha størst behov for å ta opp saker i samarbeidsutvalgene.

3. I hvilken grad er arbeidet i utvalgene preget av enighet eller uenighet?

Forventning: Det blir mer uenighet som følge av punktert likevekt, raskere overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunene, og kraftig økning i kommunenes betaling for pasienter som forblir på sykehus.

4. Hvordan kan beslutningssituasjonen, prosessene og utfallene karakteriseres i forhold til de ulike forhandlings- og deliberasjonstypene som er skissert ovenfor?

Forventning basert på større innslag av økonomiske insentiver og økt kommunal betaling til helseforetakene: større innslag av strategiske forhandlinger etter reformen.

5. Er det helseforetakene eller kommunene som har størst innflytelse på forhandlingene i utvalgene og utfallet av disse?

Forventning basert på reformens intensjon om likeverdige parter: større jevnbyrdighet med hensyn til innflytelse etter reformen.

Alternativ forventning basert på at helseforetakene er enhetlige aktører med større ressurser i form av ekspertise og kunnskap: Helseforetakene får størst innflytelse i utvalgene.

Metode og datagrunnlag

For å belyse de skisserte problemstillingene, skal vi basere oss på to webbaserte spørreundersøkelser som er blitt gjennomført blant medlemmene av samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak, henholdsvis før og etter iverksettingen av samhandlingsreformen. De fleste utvalgsmedlemmene (anslagsvis åtte av ti) representerer kommunene og helseforetakene. Resten representerer ulike grupper som brukere og fastleger.

I den første undersøkelsen ble det bl.a. stilt spørsmål om de samarbeidsutvalgene som var i funksjon før samhandlingsreformen ble iverksatt. Denne omfattet medlemmene av de ulike utvalgene innenfor Helse Vest-regionen. Den ble gjennomført i januar-mars 2012. I alt 95 av til sammen 136 utvalgsmedlemmer (77 prosent) fylte ut hele eller deler av spørreskjemaet (se Rommetvedt m.fl., 2014:25).

Den andre undersøkelsen omfattet medlemmene av samarbeidsutvalgene over hele landet, unntatt ved Oslo Universitetssykehus. Den ble gjennomført i oktober-november 2016. Av de til sammen 377 som ble spurt, var det 165 (44 prosent) som svarte. 51 av dem som besvarte hele eller deler av spørsmålene, var medlemmer av samarbeidsutvalg innenfor Helse Vest-regionen. For sammenlignbarhetens skyld er det svarene fra de sistnevnte vi skal

legge til grunn for undersøkelsen. Vi har ikke grunnlag for å si noe om eventuelle endringer i de andre helseregionene.

Undersøkelsene omfattet i utgangspunkt hele populasjonene av de nevnte gruppene, ikke tilfeldige utvalg som man legger til grunn ved signifikanstester. Svarprosentene og antall respondenter varierer, slik at det er grunn til å advare mot å trekke for bastante slutninger på grunnlag av små prosentdifferanser.

Problemstilling 1) om endringer besvares ved hjelp av sammenligninger av svarfordelingene før og etter reformen. Problemstillingene 2) om initiativ, 3) om enighet/uenighet og 5) om innflytelse belyses ved hjelp av svarene på spørsmål der utvalgsmedlemmene ble bedt om å vurdere disse forholdene. Når det gjelder problemstilling 4), ba vi respondentene om å angi i hvor stor grad de mente at beslutningssituasjonen, forhandlingene og konklusjonene/vedtakene ble preget av bestemte egenskaper. Spørsmåls- og svarformuleringene er gjengitt i detalj i resultatpresentasjonen.

Selv om spørsmålene er stilt til enkeltpersoner (utvalgsmedlemmene), er det viktig å huske på at svarene brukes for å gi samlede karakteristikker av arbeidet i kollektive organer eller institusjoner (samarbeidsutvalgene). Det er eventuelle endringer på utvalgsnivå (organisasjonsnivå), ikke på individnivå, vi er ute etter å undersøke.

Siden det er de involverte aktørenes vurderinger av samarbeidsutvalgene som legges til grunn, kan man kanskje frykte at respondentene vil «pynte» på situasjonen, men det er ikke respondentenes egen innsats vi har spurt om. De er bedt om å karakterisere utvalgsarbeidet som helhet. Som Peters (2015) påpeker, er det de involverte som vet best hvordan det hele fungerer. Det er medlemmene som har best innsikt i det interne arbeidet i utvalgene. Dersom vi var ute etter å vurdere det mer substansielle eller konkrete, praktiske innholdet i beslutningene, ville det vært ønskelig med mer «objektive» data og/eller kvalitative case-studier, men dette ligger utenfor rammen av denne studien.

Den største fordelene med det opplegget vi har valgt, er at det er stilt likelydende spørsmål om arbeidet i utvalgene både forut for Samhandlingsreformen og en tid etter at reformen ble iverksatt. Tidsperspektivet er også noe lenger enn i de fleste tidligere undersøkelser av Samhandlingsreformen.

Resultater

Resultatene vi skal presentere her, gjelder som nevnt samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak innenfor Helse Vest-regionen. Antall respondenter som besvarte de aktuelle spørsmålene (N) var 80-84 i 2012 og 47-48 i 2016.

Initiativ og beslutningssituasjon

I spørreundersøkelsene ble medlemmene av samarbeidsutvalgene stilt følgende spørsmål: «Hvem tar oftest initiativet til å sette nye saker på utvalgets dagsorden?» I 2012 svarte 50 prosent at det var helseforetakene og deres representanter som «oftest» tok slike initiativ. I 2016 var denne andelen redusert til 42 prosent. Bare 5 prosent i 2012 og 2 prosent i 2016 sa at initiativet oftest kom fra kommunene. 43 prosent av dem som svarte i 2012, sa at initiativet var «relativt jevnt fordelt mellom kommunene og helseforetaket». I 2016 økte denne andelen til 52 prosent. Det ser med andre ord ut til at initiativet er blitt noe jevnere fordelt etter Samhandlingsreformen, men det er fortsatt en betydelig andel av medlemmene som mener at det er helseforetakene som oftest tar initiativet til å sette saker på samarbeidsutvalgenes dagsorden. Det er svært få som sier det samme om kommunene.

For å kartlegge beslutningssituasjonen i samarbeidsutvalgene, ble medlemmene bedt om å vurdere flere forhold. Det første spørsmålet lød slik: «Hvor ofte vil du si at det oppstår uenighet i utvalget mellom kommunenes representanter på den ene siden og representantene for helseforetaket på den andre?» Svarene framgår av tabell 1. Både i 2012 og i 2016 svarte de fleste utvalgsmedlemmene at det bare «av og til» eller «sjelden» oppsto uenighet mellom helseforetakene og kommunene. Det var imidlertid en litt større andel som svarte «sjelden» etter Samhandlingsreformen, enn som sa det samme før reformen. Forventningen om økt uenighet i utvalgene blir ikke innfridd. Det kan snarere se ut til å ha blitt litt mer enighet i utvalgene etter reformen.

Tabell 1. Uenighet mellom kommunenes og helseforetakenes representanter i samarbeidsutvalgene (prosent av utvalgsmedlemmene i Helse Vest-regionen)

	2012 – før reformen	2016 – etter reformen
Svært ofte	0	0
Nokså ofte	10	4
Av og til	55	46
Sjelden	35	44
Aldri	0	2
Vet ikke	0	4
Sum	100	100

Samarbeidsutvalgenes medlemmer ble også bedt om å ta stilling til følgende spørsmål: «Hvor ofte vil du si at følgende utsagn om forholdet mellom kommunene og helseforetaket er dekkende for arbeidet i utvalget?» Utsagnene og vurderingene av disse er vist i tabell 2 der utsagnene er delt i to grupper. De tre første utsagnene kan sies å beskrive ulike beslutningssituasjoner eller typer av enighet og uenighet mellom kommunene og helseforetakene. De to siste utsagnene gir uttrykk for medlemmenes oppfatninger av de to hovedaktørene som er representert i utvalgene, eller det vi kan kalle aktør oppfatninger.

Stabilitet er det mest iøynefallende trekket ved vurderingene av de tre utsagnene om beslutningssituasjonen. Det ser ikke ut til å ha skjedd noen endring etter at Samhandlingsreformen ble innført.

Svarfordelingene viser at beslutningssituasjonen i samarbeidsutvalgene er ganske blandet, men også at det er store variasjoner i hyppigheten av de ulike situasjonene. Både før og etter Samhandlingsreformen finner vi flest utvalgsmedlemmer som sier at partene ofte er enige om både problemer og løsninger. Deretter følger situasjoner der begge parter ser problemene, men har ulike oppfatninger om løsninger. Situasjoner der kommuner og helseforetak har motstridende interesser, forekommer relativt sjelden.

Når det gjelder de aktør oppfatningene som kommer til uttrykk i de to siste utsagnene i tabell 2, ser vi at det har skjedd visse endringer etter Samhandlingsreformen. Endringen gjelder kommunenes forståelse for helseforetakets ønsker og behov. Det var en noe mindre andel av utvalgsmedlemmene i 2016 som mente at kommunene «nokså ofte» har liten forståelse for helseforetakenes behov, enn det tilfellet var i 2012. Helseforetakenes forståelse for kommunenes behov ser derimot ikke ut å ha blitt endret etter Samhandlingsreformen.

Tabell 2. Utvalgsmedlemmenes oppfatninger om forholdet mellom kommunene og helseforetaket (prosent)

	År	Svært ofte	Nokså ofte	Nokså sjelden	Svært sjelden	Vet ikke	Sum
Begge parter er enige om hva som er problemet og hva som må til for å løse det	2012	5	63	27	3	3	100
	2016	9	64	21	6	0	100
Begge parter ser problemene med manglende samordning, men det er ulike oppfatninger om løsningene	2012	4	43	48	6	0	100
	2016	0	47	43	8	2	100
Kommunene og helseforetaket har motstridende syn og interesser	2012	1	31	59	9	1	100
	2016	0	25	62	13	0	100
Helseforetaket har liten forståelse for kommunenes ønsker og behov	2012	2	12	54	29	2	100
	2016	4	13	57	26	0	100
Kommunene har liten forståelse for helseforetakets ønsker og behov.	2012	0	17	54	27	2	100
	2016	0	6	66	26	2	100

De ovennevnte utsagnene om beslutningssituasjonen i utvalgene ble i sin tid utformet i lys av de ulike forhandlings- og deliberasjonstypene som er beskrevet teoridelen. I den førstnevnte og hyppigst forekommende beslutningssituasjonen skulle forholdene ligge godt til rette for åpen og oppriktig deliberasjon. Den neste situasjonen peker i retning av deliberative forhandlinger, mens sistnevnte situasjon med motstridende interesser gjør det mer sannsynlig at forhandlingene blir strategiske. Det er dette vi skal se nærmere på i neste del.

Diskusjoner og konklusjoner

Både før og etter Samhandlingsreformen ble medlemmene av samarbeidsutvalgene stilt følgende spørsmål: «I hvilken grad vil du si at følgende utsagn er dekkende for *diskusjonen* mellom kommunene og helseforetaket i utvalget?» Utsagnene kan betraktes som operasjonaliseringer av henholdsvis deliberasjon, deliberative forhandlinger og strategiske forhandlinger. Svarfordelingene er presentert i tabell 3. Også her er det mest påfallende å se hvor stabile oppfatningene er. Det ser ikke ut å ha skjedd noen særlig forandring i utvalgsdiskusjonenes karakter, selv om Samhandlingsreformen var en omfattende reform.

Tabell 3. Utvalgsmedlemmenes oppfatninger om diskusjonene i samarbeidsutvalgene (prosent)

Diskusjonen bærer preg av ...	År	Svært stor grad	Nokså stor grad	Nokså liten grad	Svært liten grad	Vet ikke	Sum
... en åpen dialog for å finne fram til en felles forståelse av problemene og løsningen av disse	2012	27	62	7	4	0	100
	2016	25	62	9	4	0	100
... at den ene parten prøver å få gjennomslag for sine ønsker på <i>ett</i> område, mot at den andre parten får gjennomslag for sitt syn på et <i>annet</i> område	2012	0	6	51	40	2	100
	2016	2	9	38	49	2	100
... en dragkamp, eller et «nullsum-spill» der det den ene parten forsøker å oppnå, går på bekostning av den andre parten	2012	0	15	52	31	2	100
	2016	4	9	51	34	2	100

Både i 2012 og i 2016 ser vi at diskusjonene i samarbeidsutvalgene var mest preget av deliberasjoner med en åpen dialog for å finne fram til felles oppfatninger av problemer og løsninger. Innslaget av deliberative og strategiske forhandlinger ser ut til å ha vært mer beskjedent selv om også slike forhandlinger har forekommet. Dette stemmer ganske godt overens med de beslutningssituasjonene som ble beskrevet ovenfor. Forventningen om et større innslag av strategiske forhandlinger etter Samhandlingsreformen blir ikke innfridd.

Det dominerende innslaget av deliberasjon med åpen dialog for å finne fram til felles løsninger (konsensus) har nok også bidratt til at hele 95 og 94 prosent av utvalgsmedlemmene i henholdsvis 2012 og 2016 oppga at det ikke hadde vært voteringer i samarbeidsutvalget i den tiden de hadde deltatt. I 2012 sa 80 prosent av de spurte at de «av og til» eller «nokså ofte» endret standpunkt som følge av diskusjonene i samarbeidsutvalget, mens 64 sa det samme i 2016. Denne nedgangen i tilbøyeligheten til å endre standpunkt er i tråd med svarfordelingen i tabell 1 der vi så en viss tendens til økt enighet i utvalgene.

Enighet kan imidlertid også oppnås gjennom deliberative forhandlinger som fører fram til pakkedninger, eller strategiske forhandlinger som ender med kompromisser. Vi har kartlagt forekomsten av de ulike løsningstypene ved hjelp av følgende spørsmål: «Hvor ofte vil du si at følgende utsagn er dekkende for utvalgets konklusjoner og vedtak?». Svarene framgår av tabell 4.

Tabell 4. Utvalgsmedlemmenes oppfatninger om konklusjoner og vedtak (prosent)

Konklusjonene / vedtakene preges av ...	År	Svært ofte	Nokså ofte	Nokså sjelden	Svært sjelden	Vet ikke	Sum
... at kommunene og helseforetaket diskuterer seg fram til en felles forståelse av problemene og de tiltakene som må til for å løse disse	2012	16	70	10	1	3	100
	2016	32	55	5	4	4	100
... «pakkeløsninger» der kommunene gir etter på noen områder, mens helseforetaket gir etter på andre områder	2012	0	15	48	31	7	100
	2016	0	11	49	32	8	100
... kompromissløsninger der både kommunene og helseforetaket gir etter for å møtes et sted på «halvveien»	2012	2	44	35	15	4	100
	2016	6	41	33	15	5	100

Vi ser her at konklusjonene og vedtakene i samarbeidsutvalgene som oftest var preget av at man nådde fram til en felles forståelse av problemer og løsninger. Det ser også ut til at en slik konsensus ble oppnådd litt oftere etter Samhandlingsreformen, enn før. Forventningen om å finne et større innslag av strategiske forhandlinger og kompromisser etter reformen, blir ikke bekreftet. Vi ser imidlertid at kompromissløsninger preger utvalgenes vedtak en god del oftere enn pakkeløsninger. Det kan være en indikasjon på at ulike saker behandles enkeltvis, uten at disse koples sammen med andre saker.

Partenes innflytelse

De resultatene som er presentert ovenfor, gir inntrykk av en betydelig grad av enighet mellom kommunene og helseforetakene. Når det har oppstått uenighet i samarbeidsutvalgene, har partene som regel diskutert seg fram til konklusjoner som alle kunne slutte seg til. At man har gjort de fleste vedtakene uten å måtte votere over sakene, behøver likevel ikke å bety at de ulike medlemmene av utvalgene har hatt like stor innflytelse på utfallet. I spørreundersøkelsene ble utvalgsmedlemmene bedt om å ta stilling til følgende spørsmål: «Hvem har etter din mening størst innflytelse på saker som behandles i utvalget?». Svarene framgår av tabell 5.

Vi ser her at det er liten endring i svarene. Både før og etter reformen svarte et flertall, godt og vel halvparten av medlemmene, at begge parter hadde omtrent like stor innflytelse på de sakene som ble behandlet i samarbeidsutvalget. Om lag fire av ti medlemmer mente at helseforetakene hadde størst innflytelse, mens bare seks prosent i 2012 og to prosent i 2016 sa at kommunenes representanter hadde størst innflytelse.

Tabell 5. Medlemmenes oppfatninger om kommunenes og helseforetakets innflytelse i samarbeidsutvalgene (prosent)

	2012 – før reformen	2016 – etter reformen
Kommunenes representanter har klart størst innflytelse	1	0
Kommunenes representanter har noe større innflytelse enn helseforetakets representanter	5	2
Begge parter har omtrent like stor innflytelse	54	56
Helseforetakets representanter har noe større innflytelse enn kommunenes representanter	27	31
Helseforetakets representanter har klart størst innflytelse	12	11
Vet ikke	1	0
Sum	100	100

Medlemmene i samarbeidsutvalgene ble også bedt om å ta stilling til to påstander om at «utvalget fungerer mest som et talerør for» henholdsvis helseforetaket og kommunene. Et stort flertall av utvalgsmedlemmene sa seg «svært/nokså uenig» i disse påstandene. I 2012 var 78 prosent av utvalgsmedlemmene uenige i påstanden om at samarbeidsutvalget fungerte mest som et talerør for helseforetakene, mot 77 prosent i 2016. I 2012 sa 81 prosent seg uenige i at utvalget fungerte mest som et talerør for kommunene, mot 83 prosent i 2016. Det var litt flere som var enige i påstanden om et talerør for helseforetaket (hhv. 20 og 17 prosent i 2012 og 2016), enn som var enige i at utvalget var et talerør for kommunene (hhv. 15 og 11 prosent).

Samlet sett må vi si at et knapt flertall av medlemmene av samarbeidsutvalgene mente at innflytelsen i disse utvalgene var forholdsvis jevnt fordelt mellom helseforetakene og kommunene. Samarbeidsutvalgene ser *ikke* ut til å ha fungert som et talerør for den ene eller andre parten i noen særlig grad. Vi har imidlertid også sett at det var langt flere som mente at helseforetakene hadde størst innflytelse på utvalgsarbeidet, enn som sa det samme om kommunene. Denne overvekten til fordel for helseforetakene i vedtaksfasen stemmer også overens med det vi innledningsvis så for initiativfasens vedkommende. Helseforetakene har hatt et visst overtak når det gjelder initiativ til å få satt saker på samarbeidsutvalgenes dagsorden, selv om vi også har sett at en betydelig del av utvalgsmedlemmene mente at initiativet var relativt jevnt fordelt mellom helseforetakene og kommunene. Det ser ikke ut til å ha skjedd vesentlige endringer i forhold til Samhandlingsreformens intensjon om mer likeverdige parter.

I de resultatene vi har presentert ovenfor, framstår forholdene i samarbeidsutvalgene mellom kommunene og helseforetakene som forholdsvis harmoniske, selv om vi også har sett at det har forekommet uenighet, og selv om innflytelsen ikke har vært helt balansert. En mulig fortolkning av dette kunne være at samarbeidsutvalgene har behandlet saker som i realiteten har liten betydning, men dette er en fortolkning som de fleste av respondentene i våre spørreundersøkelser er *uenige* i. Både i 2012 og i 2016 sa 74 prosent av de spurte at de var «svært/nokså uenig» i en påstand om at samarbeidsutvalget «har liten reell betydning». I 2012 sa 72 prosent at de var enige i påstanden om at utvalget «tar ofte initiativ til nye samarbeidstiltak», mot 79 prosent i 2016. I 2016 var det også 75 prosent som sa seg enige i en

påstand om at utvalget «bidrar ofte til å løse problemer i forholdet mellom kommunene og helseforetakene» (ikke spurt i 2012).

Avslutning

Avslutningsvis skal vi oppsummere de konklusjonene vi kan trekke på grunnlag av undersøkelserne, og si litt om implikasjonene av våre funn for de nye helsefelleskapene som nå er under etablering.

Konklusjoner

På bakgrunn av de resultatene vi har presentert ovenfor, kan vi oppsummere svarene på de fem spørsmålene i del 2 på denne måten:

1. Sett i lys av det omfanget og den oppmerksomheten som Samhandlingsreformen fikk da den ble lansert og iverksatt, er det overraskende å se hvor små endringene har vært med hensyn til arbeidet i samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak. Ideen om en punktert likevekt i forbindelse med reformen ser ikke ut til å være særlig berettiget i denne sammenheng. Den alternative forventningen om institusjonell treghet og stivhengighet er mer dekkende for de begrensede endringene vi har registrert.
2. Vi antok at reformen medførte større utfordringer for kommunene enn for helseforetakene, og at kommunene derfor ville ta opp flest saker i samarbeidsutvalgene. Resultatene viser at det har skjedd en viss utjevning, men det er fortsatt langt flere av utvalgsmedlemmene som mener at det er helseforetakene som oftest tar initiativet til å få saker på dagsordenen i utvalgene, enn som sier det samme om kommunene.
3. På grunnlag av ideen om en punktert likevekt og de store nye utfordringene for kommunene forventet vi at arbeidet i samarbeidsutvalgene ville bli preget av en større grad av uenighet etter Samhandlingsreformen. Denne forventningen har ikke slått til. Det ser snarere ut til at det er blitt mer enighet mellom kommunene og helseforetakene. Vi har også sett at det sjelden forekommer avstemninger i samarbeidsutvalgene.
4. Enighet kan utvikles på forskjellige måter. Med utgangspunkt i det teoretiske skillet mellom strategiske forhandlinger, deliberative forhandlinger og deliberasjon har vi undersøkt karakteristiske trekk ved beslutningssituasjonen, diskusjonene og konklusjonene og vedtakene i utvalgene. Vår forventning om at Samhandlingsreformen og de økonomiske insentivene skulle føre til større innslag av strategiske forhandlinger, har ikke slått til. Resultatene viser at alle de tre beslutningstypene, og «logikkene» i disse, forekommer i samarbeidsutvalgene, men både forutsetningene, diskusjonene og konklusjonene peker mest i retning av deliberasjoner preget av åpen dialog med sikte på å nå fram til enighet om både problemforståelsen og løsninger som kan være til det felles beste.
5. En av intensjonene med Samhandlingsreformen var at helseforetakene og kommunene skulle bli mer jevnbyrdige parter. Sett i lys av et instrumentelt perspektiv var det nærliggende å forvente en større grad av jevnbyrdighet med hensyn til innflytelse i samarbeidsutvalgene. Enhetlige, ressurssterke aktører på helseforetakssiden kunne imidlertid tilsis at disse ville få større innflytelse enn kommunene. Resultatene viser at det ikke har skjedd endringer av betydning etter Samhandlingsreformen. Et flertall av utvalgsmedlemmene svarte at helseforetak og kommuner har omtrent like stor innflytelse. Det var imidlertid langt flere som mente at helseforetakenes innflytelse er størst, enn som sa at det er kommunene som har størst innflytelse. Helseforetak og kommuner ser med andre ord ikke ut til å ha blitt jevnbyrdige parter i samarbeidsutvalgene.

Selv om kommuner og helseforetak ikke er jevnbyrdige parter, framstår samarbeidsutvalgene, samlet sett, mer som fora for deliberasjon, enn som arenaer for strategiske maktkamper. Samhandlingsreformen ser ikke ut til å ha ført til større endringer i så måte.

Implikasjoner

Hva kan så disse resultatene fortelle oss mer generelt om slike reformer og tiltak? Vi skal være forsiktige med å generalisere, men det er nærliggende å se den pågående etableringen av såkalte «helsefellesskap» mellom kommuner og sykehus i lys av erfaringene fra samarbeidsutvalgene før og etter Samhandlingsreformen.

I november 2019 la regjeringen fram forslag til ny nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)). Under overskriften «4.1 Fra parter til partnere» framholdt regjeringen bl.a. at «Kommuner og helseforetak bør ... finne sammen i et bedre og mer likeverdig partnerskap» (s. 26). For å bidra til dette, hadde regjeringen inngått en avtale med kommunenes organisasjon KS om å opprette 19 helsefellesskap mellom kommuner og sykehus fra 2021 (s. 27, 172). Disse skulle baseres på «etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer ... men videreutvikles». I den forbindelse anbefalte regjeringen at «helsefellesskapene skiller tydeligere mellom hhv. overordnede, prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger» (s. 28). Det ble også skissert en arbeidsdeling i helsefellesskapet med et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og et faglig samarbeidsutvalg (s. 27). Som man ser har intensjonene med de nye helsefellesskapene mange likhetstrekk med de intensjonene som i sin tid lå til grunn for Samhandlingsreformen.

Meldingen ble behandlet i Stortinget i juni 2020. I innstillingen fra helse- og omsorgskomiteen satte opposisjonspartiene visse spørsmålstegn ved regjeringens forslag. Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet framholdt bl.a. at «helsefellesskap ... på ingen måte representerer noe nytt», mens SVs medlem mente at helsefellesskapene kunne bli en «papirtiger» dersom det ikke ble tilført mer ressurser (Innst. 255 S (2019-2020), s. 11).

I en kommentarartikkel stiller Gautun og Kvæl spørsmål om hvorvidt helsefellesskapene vil føre til bedre samhandling eller økt byråkratisering. Selv svarer de: «Dette tror vi er oppskriften på økt byråkratisering» (Gautun og Kvæl, 2020: 1). Vi skal ikke gå nærmere inn på disse eller andre vurderinger av helsefellesskapene her, men selv om vi i denne artikkelen bare har belyst en liten del av et stort sakskompleks, kan det settes spørsmålstegn ved effekten av slike «top down»-tiltak og reformer som både Samhandlingsreformen og de nye helsefellesskapene representerer. Det ser i hvert fall ikke ut til at Samhandlingsreformen har ført til større endringer i samarbeidsutvalgenes arbeid, eller i maktforholdet mellom kommuner og helseforetak. Hva de nye helsefellesskapene kan bringe i så måte, gjenstår imidlertid å se.

Artikkelen er et resultat av prosjektet «Coordination agreements, financial incentives and local responses in the governance of Danish and Norwegian health and care services», finansiert av Norges forskningsråd. Jeg vil takke Stian Brosvik Bayer, Nina Hjertvikrem, Svein Ingve Nødland, Anna Stephansen, Inger Marie Stigen og Karsten Vrangbæk som har deltatt i gjennomføringen prosjektet og/eller kommentert tidligere utkast. Takk også til NSTs anonyme reviewere for nyttige kommentarer.

Referanser

- Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I. & Skrove, G. K. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17 (3), 109-133.
- Askildsen, J. E., Holmås, T. H., Kaarbøe, O. & Monstad, K. (2016). Evaluering av kommunal medfinansiering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (2), 135-142. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-08>
- Bachrach, P. & Baratz, M.S. (1962). Two faces of power. *American Political Science Review*, 56, 947-952. <https://doi.org/10.2307/1952796>
- Baumgartner, F. R. & Jones, B. D. (1993). *Agenda and Instability in American Politics*. 2nd edition. Chicago: University of Chicago Press.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2020). Coordination Quality in Central Government – the Case of Norway. *Public Organization Review*, 20, 145-162. <https://doi.org/10.1007/s11115-018-00434-0>
- Dahl, R.A. (1957). The Concept of Power. *Behavioral Science*, 2(3), 201-215. <https://doi.org/10.1002/bs.3830020303>
- Engelstad, F. (1999). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Eriksen, E.O. (red. 1995). *Deliberativ politikk. Demokrati i teori og praksis*. Oslo: TANO.
- EVASAM (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen* (EVASAM). Oslo: Norges forskningsråd.
- Gautun, H. & L. A. H. Kvæl (2020). Etablering av 19 nye helsefelleskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (3), 1-3. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-03>
- Gautun, H., Martens, C. T. & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (2), 88-94. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03>
- Goehler, G. (2000). Constitution and Use of Power. I H. Goverde, P.C. Cerny, M. Hauggard & H. Lentner (eds.): *Power in Contemporary Politics*. London: Sage, 41-58.
- Grimsmo, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen* (Sluttrapport EVASAM). Oslo: Norges forskningsråd.
- Hagen, T. P. & Melberg, H. O. (2016). Leggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (2), 143-158. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-09>
- Hagen, T. P. & Romøren, T. I. (red.) (2016). Temanummer: Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2, (2).
- Helsedirektoratet (2020). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Innst. 212 S (2009-2010). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om ny velferdsreform. Oslo: Stortinget.
- Innst. 255 S (2019-2020). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Stortinget.
- Innst. 424 L (2010-2011). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Stortinget.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Å. Brekk (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18 (2), 125-141.
- Lovvedtak 63 (2010-2011). Oslo: Stortinget.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1989). *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.

- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nødland, S. I. & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunal respons. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60 (2), 166-188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Opedal, S. & Stigen, I. M. (red.) (2005). *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Peters, B. G. (2015). *Advanced Introduction to Public Policy*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Prop. 91 L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Robinson, S. E. & Meier, K. J. (2006). Path Dependence and Organizational Behavior. *American Review of Public Administration*, 36 (3), 241-260. <https://doi.org/10.1177/0275074006288299>
- Rommetvedt, H. (2006). The Multiple Logics of Decision-making. *European Political Science*, 5 (2), 193-208. <https://doi.org/10.1057/palgrave.eps.2210077>
- Rommetvedt, H. & Nødland, S. I. (2020). Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (3), 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-05>
- Rommetvedt, H., Opedal, S., Stigen, I. M. & Vrangbæk, K. (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sartori, G. (1987). *The Theory of Democracy Revisited*. Chatham, NJ: Chatham House Publishers.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Torjesen, D. O. & Vabø, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I M. Vabø og S. I. Vabø (red.): *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.