



Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen

Coordination Agreements between Norwegian Health Enterprises and Municipalities – before and after the Coordination Reform

Hilmar Rommetvedt

Forsker I, NORCE Norwegian Research Centre

hiro@norceresearch.no

Svein Ingve Nødland

Seniorforsker, NORCE Norwegian Research Centre

svno@norceresearch.no

Sammendrag

Med samhandlingsreformen fra 2012 fikk kommuner og helseforetak en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler om en rekke forhold. Artikkelen sammenligner forhandlingsprosessene og resultatene av de nye lovpålagte avtalene med de frivillige avtalene som ble inngått før samhandlingsreformen. Den er basert på spørreundersøkelser blant lederne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og medlemmer av samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak.

Resultatene kan tyde på at forhandlingsprosessene ble preget av at helseforetakene har hatt noe større innflytelse på utformingen av avtalene enn kommunene. Et flertall av de spurte mente at det er blitt for mange og for omfattende avtaler, men de var uenige i at avtalene bør avvikes og erstattes med statlig fastsatte regler. De nye avtalene kan ha bidratt til en klargjøring av oppgavefordelingen mellom helseforetak og kommuner, men har sannsynligvis ikke redusert problemet med pasienter som blir «kasteballer» mellom helseforetak og kommuner.

Nøkkelord

helsevesenet, samstyring, forhandlinger, avtaler

Abstract

The coordination reform from 2012 included a statutory provision that state-owned health enterprises and municipalities should negotiate cooperation agreements on a comprehensive list of topics. This article compares the negotiation processes and effects of the new statutory agreements with the voluntary agreements established before the reform. It is based on surveys among the top administrative leaders of the municipal health and care services and members of coordination committees representing municipalities and health enterprises.

The results show that health enterprises were more influential than the municipalities in the negotiation processes. A majority of the respondents agreed that there are too many and too far-reaching agreements, but they want to maintain negotiated agreements instead of letting the state determine the rules regarding coordination between health enterprises and municipalities. The new agreements have clarified the responsibilities between municipalities and hospitals. However, there are hardly any differences between the effects of old and new agreements with regard to the problem with patients that are «thrown back and forth» between hospitals and municipal health and care services.

Keywords

health care services, governance, negotiations, agreements

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- To–tre år etter samhandlingsreformen ble det konstatert at de nye lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak ikke hadde ført til vesentlige endringer i samarbeidet.
- Det ble også framholdt at helseforetakene hadde større innflytelse på utformingen av de nye avtalene enn kommunene.
- Kommunene opplevde en mangel på likeverd i forhold til helseforetakene.

Hva tilfører denne studien?

- Denne studien har et lenger tidsperspektiv der de frivillige avtalene før samhandlingsreformen sammenlignes med de nye og senere reviderte avtalene etter reformen.
- Seks år etter reformen ser det ut til at de nye lovpålagte avtalene i noen grad har klargjort oppgavefordelingen, men problemet med pasienter som blir «kasteballer» mellom kommuner og helseforetak ser ikke ut til å ha blitt mindre.
- Helseforetakene ser ut til å ha større innflytelse på avtalene enn kommunene. Det er skjedd en viss bedring i ivaretagelsen av kommunenes og særlig helseforetakenes behov, men de er ikke blitt likeverdige parter.

Innledning

I forslaget til ny nasjonal helse- og sykehusplan for 2020–2023 framholder regjeringen at «Kommuner og helseforetak bør ... finne sammen i et bedre og mer likeverdig partnerskap» (Meld. St. 7 (2019–2020): 26). Derfor går regjeringen inn for å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og sykehus. I disse helsefelleskapene skal «representanter for helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal legges til grunn, men videreutvikles» (Meld. St. 7 (2019–2020): 27–28).¹ I denne artikkelen skal vi se nærmere på noen av de erfaringene som er gjort med de samarbeidsavtalene som ble etablert før og etter samhandlingsreformen i 2012.

Samhandlingsreformen fra 2012 hadde et tredelt siktemål. Regjeringen og Stortinget ønsket å begrense veksten i behovet for spesialisthelsetjenester, å overføre en del av det samlede tjenestetilbudet fra helseforetakene til kommunene, og å bedre samhandlingen og pasientflyten mellom de ulike delene av helsevesenet. Reformen inneholdt bl.a. nye økonomiske insentiver² og et lovpålegg om at kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler på en rekke områder.

Også forut for samhandlingsreformen hadde en rekke helseforetak og kommuner inngått frivillige samarbeidsavtaler. En viktig intensjon med samhandlingsreformen fra statens side var likevel å forbedre samordningen mellom nivåene i helsetjenesten. Den overordnede problemstillingen for vår artikkel er derfor om de nye lovpålagte avtalene etter reformen har bidratt til å forbedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, sammenlignet med de tidligere frivillige avtalene. Vi har undersøkt om det har skjedd endringer i oppfatningene om:

1. Se også Innst. 255 S (2019–2020), stortingsdebatten 12.5.2020 og voteringene 14.5.2020.

2. De ulike økonomiske insentivene og kommunenes respons på disse er behandlet i Nødland og Rommetvedt (2019).

- likeverdighet og innflytelse mellom partene i forhandlingsprosessene
- avtalenes bidrag til å klargjøre oppgavefordelingen og bedre pasientflyten mellom helseforetak og kommuner
- avtalenes tilpasning til varierende lokale forhold

Men først skal vi se hvordan avtalesystemet er blitt utviklet.

Fra frivillige til lovpålagte avtaler

Med sykehusreformen i 2002 ble eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene overført til staten, som etablerte nye regionale og lokale helseforetak med ansvar for spesialisthelsetjenesten (se Opedal & Stigen, 2005; Rommetvedt, Opedal, Stigen & Vrangbæk, 2014). For å bedre samordningen mellom helseforetakene og kommunene ble det i mange tilfeller inngått formaliserte avtaler. Dette skjedde på *frivillig* basis med en nedenfra og opp-prosess der både form og innhold ble fastlagt lokalt og regionalt av helseforetakene og kommunene, men i juni 2007 ble de lokale avtalene supplert med en nasjonal rammeavtale om samhandling mellom Helse- og omsorgsdepartementet og kommunesektorens organisasjon KS (Helse- og omsorgsdepartementet & KS, 2007). Høsten 2007 ble denne supplert med en veileder (Helse- og omsorgsdepartementet & KS, 2007b).

Etter at helseminister Bjarne Håkon Hanssen hadde lansert ideen om en samhandlingsreform i juni 2008, la regjeringen først fram en stortingsmelding og så en lovproposisjon om reformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009), Prop. 91 L (2010–2011)). Meldingen la opp til en «tyngdepunktforskyvning» fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og at de to nivåene i helsetjenesten skulle bli «mer likeverdige beslutningstakere» (s. 33). Siden det ikke var mulig å utforme «en detaljert grensedraining ... mellom nivåene i helsetjenesten», ville regjeringen «lovfeste et krav til at ... kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler». Dette skulle «sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud» (s. 77).

I lovforslaget framholdt regjeringen at de nye lovpålagte avtalene skulle bygge videre på de frivillige avtalene som var inngått tidligere (Prop. 91 L (2010–2011): 329). En samlet helse- og omsorgskomite i Stortinget mente at «det er fornuftig å fastsette plikt for kommuner og foretak til å inngå samarbeidsavtaler» og at det var «viktig at det gjennom nasjonal rammeavtale, standardavtaler og veiledningsmaterieill tilstrebes en stor grad av likhet i formen på de avtaler som skal inngås» (Innst. 424 L (2010–2011): 39). Vi ser med andre ord at hensynet til nasjonal likhet tillegges større vekt enn lokal variasjon og tilpasninger.

I Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV 2011-06-24 nr 30, § 6-2), som ble vedtatt av Stortinget i juni 2011, het det at avtalene skal omfatte: 1) forvaltningsnivåenes oppgaver, ansvar og tiltak, 2) inn- og utskrivning, (re)habilitering, lærings- og mestringstilbud, 3) innleggelse i sykehus, 4) kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, 5) samarbeid om utskrivningsklare pasienter, 6) kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering, 7) forskning, utdanning, praksis og læretid, 8) jordmortjenester, 9) IKT-løsninger, 10) forebygging, og 11) beredskapsplaner og akuttmedisinske planer. Loven trådte i kraft 1.1.2012, med frist til 1.7.2012 for å inngå avtalene.

Den nye lovpålagte avtaleplikten er mer omfattende enn de gamle frivillige avtalene mellom helseforetak og kommuner og rammeavtalen mellom Helsedepartementet og KS (jf. Rommetvedt et al., 2014). I tillegg ble det utarbeidet en ny nasjonal veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det dreier seg fortsatt om veiledning, ikke instruks, men i tillegg til avtaleplikten er også veiledningen fra sentralt hold blitt langt mer detaljert. I meldingen om ny helse- og sykehusplan som ble lagt fram i 2019, vises det til at sam-

arbeidsavtalene omhandler både overordnede strategiske spørsmål og konkrete prosedyrer. Regjeringen framholdt derfor at den nasjonale veilederen skal revideres, slik at det blir et tydeligere skille mellom overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger (Meld. St. 7 (2019–2020): 28).

Perspektiver og problemstillinger

Det nye avtalesystemet i helsevesenet ses her i lys av statens intensjoner med samhandlingsreformen. Reformen ses i et instrumentelt-rasjonelt perspektiv, eller det man også kan kalle et design-perspektiv på offentlig politikk (Peters, 2015). De mer konkrete problemstillingene vi skal undersøke, er basert på teoretiske perspektiver og resultater fra tidligere studier.

Reform, samstyring og evaluering

Peters (2015, s. 5) påpeker at et design-perspektiv på offentlig politikk består av tre komponenter: en årsaksmodell med oppfatninger om hva som forårsaker problemet man vil løse, en intervensjonsmodell som sier noe om hvilke tiltaksmuligheter som er tilgjengelige, og en evalueringsmodell med kriterier for hva som er en vellykket politikk.

I et høyt spesialisert samfunn er samordning mellom ulike nivåer og deler av det offentlige apparatet et kjent problem (Christensen & Læg Reid, 2020; Rommetvedt, 2017). I helsevesenet er det en sentral utfordring å få til en bedre og mer koordinert pasientflyt mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenestene i helseforetakene. Man kan si at utilstrekkelig samarbeid mellom helseforetak og kommuner var ett av elementene i den årsaksmodellen som staten la til grunn for samhandlingsreformen.

Intervensjonsmodellene i offentlig politikk og forvaltning har tradisjonelt vært basert på samordning gjennom en hierarkisk organisering og lover og regler der staten bestemmer hva underliggende etater og instanser skal gjøre. Denne formen for «government» skal ivareta viktige hensyn som likebehandling, forutsigbarhet og samordning. I en omskiftelig verden skaper imidlertid ny teknologi, nye arbeidsmåter og nye økonomiske forutsetninger behov for fleksibilitet og omstillingsevne. Derfor iverksettes gjerne reformer med bruk av nye typer policy-instrumenter (Peters, 2015, s. 101ff; Salamon, 2002, s. 9ff). Ofte erstattes eller suppleres den tradisjonelle hierarkiske styringen med mykere styringsformer, «governance» eller samstyring (Røiseland & Vabo, 2016). Forhandlinger og avtaler inngår ofte i de tiltakene som iverksettes, slik tilfellet også var med samhandlingsreformen.

Røiseland og Vabo (2016, s. 21) definerer samstyring som «den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening». Forhandlinger og avtaler mellom ulike aktører som opptrer som om de var likeverdige parter, er sentrale elementer i en slik samstyring. Likeverdigheten mellom partene kan imidlertid variere, avhengig av ulike karaktertrekk eller logikker ved forhandlingsprosessene. I Rommetvedt (2006) skilles det således mellom *strategiske forhandlinger* preget av tautrekking mellom parter med forhåndsgitte, uforenlige preferanser, og en mer åpen *deliberasjon* der partene forsøker å finne løsninger som ivaretar det felles beste. I en mellomkategori plasseres *deliberative forhandlinger* der partene har forskjellige, men forenlige preferanser. Siktemålet med slike forhandlinger er å komme fram til avtaler basert på henholdsvis *kompromisser* der man avhengig av partenes forhandlingsressurser møtes et sted på halvveien, en kvalifisert *konsensus* der man blir enige om hva som er til det felles beste, eller *pakkeløsninger* der hver av partene tilgodeses på ulike områder.

I en oversikt over evalueringsforskningen skiller Vedung (2006, s. 400) mellom tre sett av evalueringskriterier: prosesskriterier, innholdsmessige resultat-kriterier og økonomiske

resultatkriterier. I vår undersøkelse er det prosess og innholdsmessige resultater vi konsentrerer oss om. Når det gjelder prosessvurderinger, har vi studert:

- likeverdighet mellom helseforetakene og kommunene mht. innflytelse
- prosessenes karakter av strategiske forhandlinger, deliberative forhandlinger eller deliberasjon

Resultatvurderingene omfatter:

- måloppnåelse med hensyn til bedre samordning mellom kommuner og helseforetak
- ulike sider ved avtalenes utforming, som klarhet, detaljeringsgrad og antall avtaler m.m.
- tilpasning til varierende lokale forhold

Problemstillinger og forventninger

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak var ett av flere temaer i den forskningsbaserte følgeevalueringen av reformen (EVASAM, 2016; se også Hagen & Romøren, 2016 og Meld. St. 7, 2019–2020). I sin sluttrapport peker styringsgruppen på at avtaleforhandlingene «innledningsvis var preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold», men at «asymmetrien ble noe utjevnet for kommuner som slo seg sammen i forhandlingsprosessen» (EVASAM, 2016, s. 23). Med henvisning til Martens og Veenstra (2015) framholder styringsgruppen at «samarbeidet mellom kommuner og foretak generelt er godt og konstruktivt», men at «Samarbeidsavtalene og forhandlingene i forkant kan ha lagt grunnlaget for et forhandlingsregime snarere enn dialog» (s. 24). Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove (2015) beskriver blandede erfaringer av kommuners møter med helseforetak. På den ene siden pekes det på positive erfaringer ved at avtalene bidrar til avklaring og tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom kommuner og foretak. På den andre siden opplever kommunene derimot en mangel på likeverd som følge av forhold som sentralisering og standardisering av kontakten mellom helseforetak og kommuner, og foretakenes definisjonsmakt når det gjelder overføring av oppgaver og tjenester til kommunen. I en studie av samarbeidsavtaler om utskrivning av pasienter antyder Gautun, Martens og Veenstra (2016, s. 88) at «spenningsnivået kan ha økt etter samhandlingsreformen», mens styringsgruppen skriver at avtalene «ikke [har] bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid». Gruppen framholder at kommunene «ikke [opplever] ... økt likeverd i forhandlinger og samarbeid». I denne forbindelse vises det til Grimsmo (2015) som bl.a. mener at det er «viktig å oppnå større likeverd mellom foretak og kommuner» (EVASAM, 2016, s. 25).

Reformer blir gjerne iverksatt fordi tidligere tilpasninger, avveininger og likevektstilstander mellom ulike interesser og hensyn ikke lenger fungerer. De nye samarbeidsavtalene skulle bygge videre på de tidligere frivillige avtalene og kan ses som et ledd i en skrittvis, stiavhengig utvikling (Robinson & Meier, 2006), men samhandlingsreformen la også opp til betydelige endringer i oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak. Slike endringer kan føre til at etablerte likevekter blir «punktert» (Baumgartner & Jones, 1993), og at institusjonaliserte strukturer og prosesser settes i spill. Det kan derfor være nærliggende å anta at forhandlingsprosessene ble preget av en *stor grad av uenighet, både mellom kommuner og helseforetak, og mellom forskjellige kommuner.*

Ved forhandlinger og avtaler legges det opp til at deltakerne opptrer som likeverdige parter. I samhandlingsreformen ble det da også lagt stor vekt på at kommunene og de statlige helseforetakene skulle være likeverdige parter. Statens intensjoner skulle derfor tilsi at *kommuner og helseforetak fikk nokså lik innflytelse* på utformingen av de lovpålagte samarbeidsavtalene, slik at *begge parter fikk ivaretatt sine behov.*

Spørsmålet om ivaretagelse av partenes behov kan være avhengig av forhandlingsprosessen karakter (jf. Rommetvedt, 2006). Dersom forhandlingspartene gjennom en åpen deliberativ prosess finner fram til enighet (konsensus) om hva som er til det felles beste, er det grunn til å tro at partene selv vil *vurdere innflytelsen som likeverdig*. I strategiske forhandlinger med bruk av trusler og løfter er det derimot grunn til å forvente at ressursforskjeller vil påvirke utfallet (kompromisset) og dermed *føre til skjevheter i innflytelsen og ivaretagelsen av partenes behov*.

I en drøfting av ulike typer nettverk framholder Kenis og Provan (2009, s. 449f) at frivillighet kan føre til større legitimitet og bedre klima mellom deltakerne, enn påbud. Dette kan også gjelde avtaleforhandlinger. Lovpålegget om nye samarbeidsavtaler var dels et uttrykk for at det frivillige avtalesystemet før samhandlingsreformen ikke ble ansett som godt nok, og dels et resultat av behovet for å foreta tilpasninger til endringene i oppgavefordelingen mellom helseforetakene og kommunene. Hvis resultatoppnåelsen skal være i samsvar med intensjonene, må vi anta at *de lovpålagte samarbeidsavtalene etter samhandlingsreformen fungerer bedre enn de frivillige avtalene forut for reformen*, og at det lovpålagte avtalesystemet etter reformen *har bidratt til å klargjøre oppgavefordelingen og styrke samordningen og pasientflyten mellom helseforetakene og kommunene*.

I diskusjoner om lokalt selvstyre har forholdet mellom nasjonal likhet og lokal frihet til å foreta ulike lokale tilpasninger lenge stått sentralt (Kjellberg, 1987). Samhandlingsreformen skulle bidra til en større grad av likhet selv om konkretiseringen av innholdet ble overlatt til de lokale partene. Styringsgruppen for EVASAM (2016, s. 23f) viser til at det ble utarbeidet «et svært stort antall individuelle avtaler», men det var «små variasjoner i avtaleverket». Det «rom som lovgiver har gitt for lokale tilpasninger», ble «i liten grad benyttet» av kommunene, bl.a. på grunn av «sterke nasjonale føringer og ønske om standardisering, nasjonal veileder med maler». Styringsgruppen fant «grunn til å forvente at avtalene blir noe mer individuelt tilpasset etter hvert som de blir reforhandlet» (s. 24), men den økte vekten som staten over tid har lagt på standardisering av avtalene, gir grunn til å anta at *samarbeidsavtalene i liten grad ivaretar lokale tilpasningsbehov*.

Metode og datagrunnlag

Vår studie er basert på data fra flere surveyundersøkelser som ble gjennomført via e-post, henholdsvis før (Rommetvedt et al., 2014) og etter samhandlingsreformen:

- helsesjefene eller tilsvarende med administrativt ansvar for helse- og omsorgstjenestene i kommunene innenfor Helse Vest-området, gjennomført i perioden desember 2011–februar 2012, besvart av 67 av i alt 87 spurte (77 prosent)
- de kommunale helsesjefene og pleie- og omsorgssjefene i hele landet, gjennomført i perioden mai–juli 2017, og besvart av 442 av i alt 802 spurte (55 prosent). E-postadressene ble levert av Kommuneforlaget
- medlemmene av samarbeids-/samhandlingsutvalgene mellom kommunene og de lokale helseforetakene i Helse Vest-området, gjennomført i perioden januar–mars 2012, besvart av 95 av i alt 136 spurte (70 prosent)
- medlemmene av samarbeids-/samhandlingsutvalgene mellom kommunene og de lokale helseforetakene i hele landet unntatt Oslo universitetssykehus, gjennomført i perioden oktober–november 2016, besvart av 165 av i alt 377 spurte (44 prosent)

De kommunale helse- og omsorgssjefene ble valgt ut fordi vi antok at disse hadde god kjennskap til kommunenes respons på samhandlingsreformen (jf. Nødland & Rommetvedt, 2019) og avtalene med helseforetakene. Samarbeids-/samhandlingsutvalgene er sentrale i håndteringen av saker som angår samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Flesteparten av medlemmene representerer kommunene og helseforetakene, men det er også brukerrepresentanter og enkelte andre medlemmer. Graden av involvering i avtaleforhandlingene varierer noe både innad i og mellom de to respondentgruppene, men som vi skal se, var det forholdsvis få respondenter (særlig blant utvalgsmedlemmene) som benyttet «vet ikke»-kategorien da de svarte på spørsmålene. Vi antar derfor at de valgte respondentgruppene er godt informert om de forholdene vi har spurt om. Det er vanskelig å se at andre grupper skulle være noe særlig bedre informert.

Undersøkelsene omfatter i utgangspunkt hele populasjonen av de nevnte gruppene, og tabell 1 viser enkel deskriptiv statistikk. Det er ikke trukket tilfeldige utvalg som gjør vanlige signifikanstester relevant. Ved sammenligninger av resultatene er det viktig å huske på at populasjonene og svarprosentene varierer, og at det i en del (under)grupper er forholdsvis få respondenter. Små forskjeller må derfor ikke tillegges vekt.

Man kan tenke seg at representanter for helseforetak og kommuner kan være tilbøyelige til å etter-rasjonalisere prosessene og resultatene fordi de er ansvarlige for forhandlingene og utformingen av avtalene. Det kan imidlertid også hevdes at dette ansvaret er begrenset fordi det er staten som har fastsatt rammene. Dette kan dempe tilbøyeligheten til å ville pynte på resultatene. Peters (2015) framholder da også at de involverte vet bedre enn andre hvordan tiltakene fungerer.

Et viktig metodiske poeng er for øvrig tidsaspektet. Vi har et lenger tidsperspektiv enn tidligere undersøkelser og kan foreta direkte sammenligninger mellom de vurderingene av de frivillige avtalene som ble avgitt i forkant av samhandlingsreformen, med vurderinger av de lovpålagte avtalene noen år etter iverksettingen av reformen.

Prosessvurderinger

I denne delen skal vi se nærmere på forhandlingsprosessene ved utforming og revidering av de nye samarbeidsavtalene. Spørreundersøkelsene i 2011–12 omfattet som nevnt bare Helse Vest-regionen (jf. Rommetvedt et al., 2014), mens undersøkelsene i 2016–17 dekket hele landet unntatt Oslo universitetssykehus (OUS). For å kartlegge endringer over tid må vi derfor sammenligne svarene fra Helse Vest-regionen på de to tidspunktene. For 2016–17 vil vi i tillegg sammenligne svarfordelingene for Helse Vest-regionen med fordelingene for hele landet (unntatt OUS).

Samhandlingsreformen la vekt på at kommunene og helseforetakene skulle være likeverdige parter. Spørsmålet om likeverd og innflytelse er mest aktuelt når det er uenighet mellom partene, det vil særlig si i strategiske og til dels også deliberative forhandlinger. I 2011–12-undersøkelsene ble det stilt følgende spørsmål: «I hvilken grad vil du si at arbeidet med den nye avtalen mellom kommunen og det lokale helseforetaket har vært preget av enighet eller uenighet?». Samme spørsmål ble stilt i 2016–17, men da med referanse til «arbeidet med de nåværende samarbeidsavtalene». Det vil si at vi kan sammenligne forhandlingene om de første lovpålagte avtalene med de senere reviderte utgavene av disse. Vi har ikke tilsvarende vurderinger av de frivillige avtalene før samhandlingsreformen.

Tabell 1 Oppfatninger av enighet og uenighet ved inngåelse av nye og reviderte samarbeidsavtaler etter samhandlingsreformen (prosent).

Respondentgruppe	Kommunale helse- og omsorgssjefer			Medlemmer av samarbeidsutvalg		
	Nye lovpålagte	Reviderte lovpålagte		Nye lovpålagte	Reviderte lovpålagte	
Region (svartidspunkt)	Helse Vest (2011-12)	Helse Vest (2017)	Hele landet* (2017)	Helse Vest (2012)	Helse Vest (2016)	Hele landet* (2016)
Nokså / svært stor enighet	38	50	53	36	62	62
Både og	38	32	28	36	32	29
Nokså / svært stor uenighet	9	4	7	18	4	6
Vet ikke	15	14	13	10	2	3
Sum (N)	100 (55)	100 (76)	100 (306)	100 (81)	100 (47)	100 (145)

* Unntatt Oslo universitetssykehus

Tabell 1 viser at det er forholdsvis få respondenter som svarte at det var *uenighet* om både de første nye og de senere reviderte avtalene. De fleste svarte både-og eller at det var nokså/svært stor enighet. Vi ser også at arbeidet med de reviderte avtalene har vært preget av mer enighet enn de første avtalene etter reformen. Det ser med andre ord ut til at revisjonen av avtalene i større grad har vært preget av deliberasjon, mens innslaget av strategiske forhandlinger var større ved etableringen av de nye avtalene. Samarbeidet kan ha «gått seg til» og blitt bedre over tid, men det kan også være at revisjonene hovedsakelig har dreid seg om mer beskjedne justeringer. Svarene fra 2016–2017 viser at det da var liten forskjell mellom Helse Vest-regionen og landsgjennomsnittet.

Når det gjelder partenes innflytelse, er det arbeidet med de frivillige avtalene før samhandlingsreformen og de reviderte lovpålagte avtalene etter reformen vi kan sammenligne. Følgende spørsmål ble bare stilt til de kommunale helse- og omsorgssjefene: «Hvordan vil du beskrive styrkeforholdet mellom kommunene og helseforetaket ved utformingen av avtalene?» I 2011–12 svarte 40 prosent av de kommunale helse- og omsorgssjefene i Helse Vest-regionen at innholdet i de frivillige avtalene i overveiende grad ble bestemt av helseforetaket, mens 50 prosent svarte det samme om de reviderte lovpålagte avtalene i 2017 (tabell vises ikke). I 2011–12 svarte 42 prosent at innflytelsen var jevnt fordelt, mot 37 prosent i 2017. Det var ingen av de kommunale helse- og omsorgssjefene som svarte at kommunene i overveiende grad hadde bestemt innholdet i avtalene. Sett fra kommunenes synsvinkel økte helseforetakenes dominans noe fra 2011–12 til 2017. Dette kan ha sett noe annerledes ut fra helseforetakenes synsvinkel, men vi har ikke tilsvarende tall for disse.

Partenes innflytelse belyses også ved hjelp av spørsmål om avtalene ble diktert av den ene eller andre parten. Spørsmål om dette ble stilt til medlemmene av samarbeidsutvalgene mellom kommuner og helseforetak, henholdsvis før og etter samhandlingsreformen.

I tabell 2 er svarkategoriene svært og nokså enig/uenig slått sammen. Den viser at det store flertall av medlemmene av samarbeidsutvalgene var *uenige* i at avtalene ble diktert av den ene eller andre parten. Endringene over tid var ubetydelige. Vi ser også at det i 2016 var marginale forskjeller mellom Helse Vest-regionen og landsgjennomsnittet.

Tabell 2 Oppfatninger av innflytelse ved inngåelse av frivillige avtaler før og lovpålagte avtaler etter samhandlingsreformen (prosent, vet ikke utelatt).

Respondentgruppe		Medlemmer av samarbeidsutvalg		
Avtale		Frivillige	Lovpålagte	
Region (svartidspunkt)		Helse Vest (2012)	Helse Vest (2016)	Hele landet* (2016)
Avtalene ble i realiteten diktert av helseforetaket	Enig	20	17	16
	Uenig	73	72	79
Avtalene ble i realiteten diktert av kommunene	Enig	4	0	8
	Uenig	89	89	86
(N)		(82)	(47)	(145)

* Unntatt Oslo universitetssykehus

Det kan legges til at det var noen (særlig kommunerepresentanter) som mente at avtalene ble diktert av helseforetaket, mens en mindre andel (særlig av helseforetakenes representanter) mente at avtalene ble diktert av kommunene. Begge parter nedtoner til en viss grad sin egen innflytelse, mens motpartens innflytelse oppvurderes.

Samlet sett tyder svarene på at helseforetakene har hatt noe større innflytelse i forhandlingsprosessene, enn kommunene. Det har ikke vært full likeverdighet mellom partene, men forskjellene i innflytelse har ikke vært dramatiske. Når vi sammenligner de tidligere frivillige avtalene med de lovpålagte avtalene, ser vi også at endringene har vært beskjedne. Statens intensjoner om likeverd er ikke blitt fullt ut realisert.

Resultatvurderinger

I denne delen skal vi se nærmere på vurderingene av noen av de mål og resultater som er oppnådd med de nye samarbeidsavtalene, og spørsmålet om lokale tilpasninger.

Måloppnåelse og ulike sider ved avtalene

Når det gjelder de frivillige avtalene forut for samhandlingsreformen, ble respondentene bedt om å svare på følgende spørsmål: «I hvor høy grad mener du at samarbeidsavtalen(e) oppfyller målet om å styrke sammenhengen mellom kommunens og helseforetakets innsats?» Etter inngåelsen av de nye lovpålagte avtalene og større eller mindre revideringer av disse, ble respondentene stilt følgende spørsmål: «I hvilken grad mener du at de nåværende samarbeidsavtalene oppfyller målet om å styrke samordningen mellom kommunene og helseforetaket?». Det er noen forskjeller i ordlyden, men vi tror ikke at dette har vesentlig betydning for svarene som er vist i tabell 3. Man skal imidlertid være oppmerksom på at svarkategorien vet ikke var utelatt i skjemaet til samarbeidsutvalgenes medlemmer.

Tabell 3 Oppfatninger om avtalenes bidrag til å bedre sammenhengen mellom kommunene og helseforetakenes tjenester (prosent).

Respondentgruppe	Kommunale helse- og omsorgssjefer			Medlemmer av samarbeidsutvalg		
	Frivillige	Lovpålagte		Frivillige	Lovpålagte	
Region (svartidspunkt)	Helse Vest (2011-12)	Helse Vest (2017)	Hele landet* (2017)	Helse Vest (2012)	Helse Vest (2016)	Hele landet* (2016)
I høy grad	19	20	16	25	32	30
I noen grad	67	67	66	56	60	59
I mindre grad	9	9	15	13	9	9
Slett ikke	0	0	0	0	0	2
Vet ikke	5	4	3	6	-	-
Sum (N)	100 (54)	100 (76)	100 (303)	100 (82)	100 (47)	100 (145)

* Unntatt Oslo universitetssykehus

Tabell 3 viser små forskjeller mellom de frivillige og de lovpålagte avtalene. Hovedtyngden av respondentene mener at begge avtalene i noen grad oppfyller målet om å bedre sammenhengen/samordningen mellom kommuner og helseforetak. Medlemmene av samarbeidsutvalgene er noe mer positive enn de kommunale helsesjefene og pleie- og omsorgssjefene. Hovedkonklusjonen er imidlertid at de lovpålagte samarbeidsavtalene ikke ser ut til å ha ført til vesentlige *forbedringer* med hensyn til målet om å styrke samordningen mellom kommuner og helseforetak. Vi finner dessuten svært små forskjeller mellom Helse Vest-regionen og landsgjennomsnittet i 2016–2017.

Respondentene ble også bedt om å oppgi hvor enige eller uenige de var i en rekke utsagn om samarbeidsavtalene. I tabell 4 har vi slått sammen svært/nokså enig eller uenig slik at vi bare skiller mellom enige og uenige. Det bør legges til at de fleste respondentene plasserte seg i en av de to nokså-kategoriene.

Tabell 4 Oppfatninger om de frivillige og lovpålagte avtalenes virkninger (prosent, vet ikke utelatt).

Respondentgruppe		Kommunale helse- og omsorgssjefer			Medlemmer av samarbeidsutvalg		
		Frivillige avtaler	Lovpålagte avtaler		Frivillige avtaler	Lovpålagte avtaler	
Region (svartidspunkt)		Helse Vest (2011-12)	Helse Vest (2017)	Hele landet* (2017)	Helse Vest (2012)	Helse Vest (2016)	Hele landet* (2016)
a) ... har klargjort oppgavefordelingen mellom kommunen og helseforetaket	Enig	64	89	82	63	85	78
	Uenig	24	11	17	32	15	22
b) ... har redusert problemet med pasienter som blir «kasteballer» mellom kommunen og helseforetaket	Enig	42	45	48	51	60	55
	Uenig	42	47	46	38	36	41
c) ... er for generelle og uforpliktende	Enig	51	25	37	46	28	33
	Uenig	38	72	59	49	72	67
d) ... er for mange / for omfattende	Enig	Ikke spurt	66	61	Ikke spurt	55	57
	Uenig	Ikke spurt	18	28	Ikke spurt	37	37
e) ... er for detaljerte / for lite fleksible	Enig	Ikke spurt	41	31	Ikke spurt	30	28
	Uenig	Ikke spurt	46	55	Ikke spurt	62	66
f) ... ivaretar kommunens ønsker og behov på en god måte	Enig	45	57	57	60	70	72
	Uenig	42	37	38	26	26	23
g) ... ivaretar helseforetakets ønsker og behov på en god måte	Enig	58	80	80	71	81	79
	Uenig	13	3	2	15	13	16

* Unntatt Oslo universitetssykehus

Vi ser her at det var ganske klare flertall av respondentene både før og etter reformen som sa seg enige i utsagn (a) om at avtalene har klargjort oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak. Svarene i begge respondentgruppene tyder dermed på at de lovpålagte avtalene etter reformen har vært mer klargjørende enn de frivillige avtalene før reformen (selv om de fleste bare var nokså enige). Det er litt flere i Helse Vest-regionen enn på landsbasis som mente at avtalene etter samhandlingsreformen har vært klargjørende.

Når det gjelder utsagn (b) om at avtalene har redusert problemet med pasienter som blir såkalte «kasteballer» mellom kommuner og helseforetak, er bildet mindre oppløftende. Vi finner nesten like mange uenige som enige i dette utsagnet, men medlemmene i samarbeidsutvalgene er litt mer positive enn de kommunale helse- og omsorgssjefene. Det er små endringsforskjeller mellom de frivillige og de lovpålagte avtalene. De nye avtalene ser i noen

grad ut til å ha klargjort oppgavefordelingen, men det er liten reduksjon i problemet med pasienter som blir «kasteballer» mellom kommuner og helseforetak.

Vurderingene av utsagn (c) om at avtalene er for generelle og uforpliktende, tyder på at det har skjedd en forbedring i så måte. Det var flere i Helse Vest-regionen som mente at de frivillige avtalene var for generelle og uforpliktende, enn som svarer det samme om de lovpålagte avtalene. På landsbasis er det imidlertid noen flere som mener at de nåværende avtalene er for generelle, enn i Helse Vest-regionen.

De to neste utsagnene var bare tatt med i 2016–17-undersøkelsene. Det er noen nyanser i svarene mellom Helse Vest-regionen og hele landet, men de fleste forskjellene er nokså beskjedne. I alle respondentgruppene var det flest som var enige i utsagn (d) om at det er for mange/for omfattende avtaler. Et flertall i alle respondentgruppene svarte seg uenige i utsagn (e) om at avtalene er for detaljerte/for lite fleksible.

I vurderingene av forhandlingsprosessene så vi at det var en tendens til at helseforetakene fikk større innflytelse enn kommunene. Denne tendensen gjør seg også gjeldende for utsagnene (f) – (g) om ivaretagelse av partenes behov. Det er flere respondenter som mente at avtalene ivaretar helseforetakenes behov på en god måte, enn som svarte det samme om kommunenes behov. Svarene i Helse Vest-regionen viser imidlertid at begge parters behov blir bedre ivaretatt med de lovpålagte avtalene enn det tilfellet var med de gamle frivillige avtalene.

Selv om helseforetakenes behov blir noe bedre ivaretatt enn kommunenes behov, er hovedtendensen at begge parters behov blir nokså godt ivaretatt. De lovpålagte avtalene etter samhandlingsreformen ser også ut til å ivareta begge parters behov på en noe bedre måte enn de frivillige avtalene før reformen. Dette samsvarer godt med den begrensede graden av uenighet mellom kommuner og helseforetak som vi så i tabell 1. Det ser ut til å ha vært et betydelig innslag av fellesinteresser og deliberasjon i forhandlingene mellom kommunene og helseforetakene. Men selv om de nye lovpålagte avtalene ser ut til å ha medført noen forbedringer, er det bekymringsfullt at så mange mente at problemet med pasienter som blir «kasteballer» mellom kommuner og helseforetak, ikke er blitt redusert med de nye avtalene.

I samtaler vi har hatt, er det enkelte som har framholdt at avtalene og forhandlingene bør droppes, og at staten heller bør fastsette regler for samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. I 2016–17-undersøkelsene spurte vi om de var enige eller uenige i dette. Blant de kommunale helse- og omsorgssjefene svarte 49 prosent at de var uenige i å droppe avtalene, mens 35 prosent var enige. I samarbeidsutvalgene svarte 63 prosent at de var uenige i å droppe avtalene, mens 24 prosent sa seg enige i dette (resten svarte «vet ikke»).

Lokal tilpasning

Staten overlater til kommunene og helseforetakene å konkretisere innholdet i samarbeidsavtalene. Dette gir rom for ulike lokale tilpasninger, men etter hvert er likhetshensyn blitt tillagt større vekt. Det er nærliggende å spørre om dette kan ha ført til at varierende lokale behov blir dårligere ivaretatt. Med en rekke store og små kommuner med kortere eller lengre avstander til sykehusene, er de lokale variasjonene størst på kommunesiden. På sykehussiden forhandler de fleste kommunene bare med ett helseforetak. Det er derfor tilpasningen til de ulike kommunene som har størst aktualitet i denne forbindelse.

Både før og etter samhandlingsreformen ble de kommunale helse- og omsorgssjefene forelagt følgende spørsmål: «I hvilken grad vil du si at de kommunene som hører til det lokale helseforetakets inntaksområde, har felles interesser i forhold til samarbeidsavtalene?». Svarene viser at vurderingene er nesten identiske for de frivillige og de lovpålagte avtalene. Sett i forhold til de frivillige avtalene, svarte 51 prosent av helse- og omsorgssjefene i Helse

Vest-regionen at kommunene «i høy grad» hadde felles interesser, mens 46 prosent svarte «i noen grad». De tilsvarende tallene for de lovpålagte avtalene var henholdsvis 47 og 49 prosent. Endringene er med andre ord svært beskjedne.

I 2016–17, dvs. etter større eller mindre revideringer av de lovpålagte avtalene, ble de kommunale helse- og omsorgssjefene stilt følgende spørsmål:

Hvor godt eller dårlig vil du generelt si at samarbeidsavtalene er tilpasset situasjonen i ulike enkeltkommuner?

Hvor godt eller dårlig vil du si at samarbeidsavtalene er tilpasset situasjonen i din egen kommune?

Det første spørsmålet ble også stilt til medlemmene i samarbeidsutvalgene. Tabell 5 viser at et klart flertall i alle respondentgruppene mente at avtalene er svært godt, eller for de aller flestes vedkommende nokså godt, tilpasset situasjonen i både egen kommune og i ulike enkeltkommuner. I Helse Vest-regionen ser det ut til å ha skjedd en viss bedring i forhold til helsesjefenes egen kommune, mens det er ubetydelig endring for ulike enkeltkommuner. For de fleste kommuners vedkommende ser tilpasningen forholdsvis god ut. Dette har nok sammenheng med at kommunene i betydelig grad synes å ha felles interesser, men det er også en del kommuner der tilpasningen til lokale forhold blir oppfattet som nokså dårlig.

Tabell 5 Oppfatninger om tilpasning til forholdene i enkeltkommuner og egen kommune (prosent).

Hvor godt eller dårlig tilpasset situasjonen i <i>din egen</i> kommune?			... tilpasset situasjonen i ulike enkeltkommuner			
	Kommunale helse- og omsorgssjefer			Kommunale helse- og omsorgssjefer		Medlemmer av samarbeidsutvalg	
Region (svartidspunkt)	Helse Vest (2011-12)	Helse Vest (2017)	Hele landet* (2017)	Helse Vest (2017)	Hele landet* (2017)	Helse Vest (2016)	Hele landet* (2016)
Svært / nokså godt	74	82	74	63	62	70	72
Svært / nokså dårlig	23	18	23	24	27	23	21
Vet ikke	3	0	3	13	11	7	7
Sum (N)	100 (302)	100 (76)	100 (301)	100 (76)	100 (301)	100 (47)	100 (145)

* Unntatt Oslo universitetssykehus

Oppsummering og konklusjon

I denne artikkelen har vi ved hjelp av spørreundersøkelser studert så vel forhandlingsprosessen som noen av de oppnådde resultatene ved innføringen av det nye lovpålagte avtalesystemet i samhandlingsreformen. Søkelyset har særlig vært rettet mot statens intensjoner om å få til prosesser med likeverdighet og bedre samordning mellom kommunene og helseforetakene. Vi har i de fleste tilfellene sammenlignet de nye samarbeidsavtalene med de tidligere frivillige avtalene som ble inngått før samhandlingsreformen. I den forbindelse vil vi minne om at populasjonene og svarprosentene varierer, slik at små forskjeller ikke bør vektlegges.

Undersøkelsene i 2011–12 omfattet bare Helse Vest-regionen, mens 2016–17-undersøkelsene omfattet hele landet utenom Oslo Universitetssykehus. Når det gjelder sammenligninger mellom frivillige og lovpålagte avtaler og dermed endringer over tid, er det utviklingen innenfor Helse Vest-regionen vi kan si noe om. Mangelen på landsomfattende data om de frivillige avtalene før samhandlingsreformen gjør det ikke mulig å si noe sikkert om endrin-

ger i andre regioner. De fleste forskjellene mellom Helse Vest-regionen og landet som helhet i 2016–17 er imidlertid forholdsvis beskjedne. Det er derfor ikke usannsynlig at utviklingen i Helse Vest-regionen også gjelder for landet for øvrig.

Med utgangspunkt i reformens omfang antok vi at den kunne føre til en større grad av uenighet mellom kommuner og helseforetak. I våre undersøkelser svarte de fleste enten både/og eller at forhandlingene ble preget av svært/nokså stor enighet. Det var uenighet på noen områder mellom en del av partene ved inngåelsen av de nye avtalene, men uenigheten ble mindre ved revideringene. Selv om det var innslag av strategisk atferd i forhandlingene, ser det ut til at disse var mer preget av deliberasjon og deliberative forhandlinger med sikte på å nå konsensus eller finne fram til pakkeløsninger som var akseptable for begge parter.

Da samhandlingsreformen ble vedtatt, ble det fra regjeringen og Stortingets side lagt vekt på at kommuner og helseforetak skulle være likeverdige parter. Våre undersøkelser tyder imidlertid på at helseforetakene har hatt noe større innflytelse på utformingen av samarbeidsavtalene enn kommunene. Det er liten forskjell mellom frivillige og lovpålagte avtaler i så måte. Vi har også sett at det var flere som mente at avtalene ivaretar helseforetakenes ønsker og behov, enn som svarte det samme om kommunenes behov. Dette kan ha sammenheng med at helseforetakene er mer enhetlige aktører og har større definisjonsmakt på helsefeltet enn kommunene. De nye avtalene har ikke ført til full likeverdighet mellom kommuner og helseforetak, men det ser ut til at det har skjedd en viss forbedring av ivaretakelsen av de to partenes behov.

Et hovedsiktemål med samhandlingsreformen var å bedre samordningen og pasientflyten mellom helseforetak og kommuner, til beste for pasientene. De fleste respondentene i våre undersøkelser svarte at avtalene oppfyller målet om å styrke sammenhengen mellom kommunenes og helseforetakenes tjenester, men det er ikke noen entydig oppfatning om at de nye avtalene er bedre enn de gamle. De nye lovpålagte avtalene har i noen grad klargjort oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak. Svarene kan likefullt tyde på at de nye avtalene ikke har medført noen særlig bedring i pasientflyten. En betydelig andel av våre respondenter sa seg uenige i at samarbeidsavtalene har redusert «kasteball»-problemene. Dette gjelder både gamle og nye avtaler.

Den siste problemstillingen vi har undersøkt, gjaldt avtalenes tilpasning til varierende lokale forhold og behov. På grunnlag av den økte vekten som staten har lagt på standardisering og likhet i avtalene, antok vi at ivaretakelsen av ulike lokale hensyn kunne bli svekket. Vi har sett dette i sammenheng med spørsmålet om de ulike kommunene i det lokale helseforetakets inntaksområde hadde felles interesser i avtaleforhandlingene. Både før og etter samhandlingsreformen svarte over halvparten av de kommunale helsesjefene at kommunene i høy grad hadde felles interesser, mens mesteparten av de øvrige svarte i noen grad. Etter reformen svarte et klart flertall av medlemmene i samarbeidsutvalgene at avtalene var tilpasset situasjonen i ulike kommuner. Om lag en fjerdedel karakteriserte imidlertid denne tilpasningen som dårlig.

Samhandlingsreformen var en omfattende reform med betydelige endringer i oppgavefordelingen og samarbeidsforholdene mellom kommuner og helseforetak. Reformen kan i noen tilfeller oppfattes som en «punktering» av en etablert likevektstilstand mellom aktørene, men når det gjelder de nye lovpålagte samarbeidsavtalene, er det mer nærliggende å se disse som en stivhengig videreutvikling av de tidligere frivillige avtalene. Selv om det har skjedd store endringer i avtalenes utforming, ser det likevel ut til at resultatforbedringene er forholdsvis beskjedne. Det er et tankekors at oppgavefordelingen er blitt klargjort med de nye avtalene, samtidig som problemet med pasienter som blir «kasteballer» mellom kommuner og helseforetak *ikke* er blitt noe særlig mindre.

Avtalesystemet i helsevesenet kan ses som en form for «governance» eller samstyring som etter hvert har erstattet eller supplert de tradisjonelle, hierarkiske styringsformene. Når forbedringene ser ut til å være såpass beskjedne, kan man stille spørsmål om ikke staten like godt kan gå tilbake til den mer tradisjonelle formen for «government» og fastsette reglene for samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Noen av respondentene i våre undersøkelser gir uttrykk for at det nye avtalesystemet bør droppes, men flertallet av de spurte er uenige i en slik konklusjon. Det er fortsatt et utbredt ønske om å finne løsninger på samhandlingsproblemene gjennom forhandlinger på lokalplanet, men mange synes at avtalene er blitt for omfattende. En gjennomgang av avtaleverket med sikte på forenklinger kan være på sin plass. En klargjøring av formålet med avtalene og hvem de retter seg mot, slik regjeringen og Stortinget går inn for i den nye helse- og sykehusplanen, kan være nyttig. Det gjenstår imidlertid å se hvor mye nytt de såkalte helsefelleskapene vil representere. Det er ingen lett oppgave å utforme klare skiller mellom prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger og finne enkle og stabile løsninger på samkjøringsproblemene i en så kompleks sektor som helsevesenet.

Artikkelen er en del av prosjektet «Coordination agreements, financial incentives and local responses in the governance of Danish and Norwegian health and care services», finansiert av Norges forskningsråd. Vi vil takke Stian Brosvik Bayer, Anna Stephansen, Inger Marie Stigen og Karsten Vrangbæk som på forskjellige måter har bidratt til gjennomføringen av prosjektet og gjort denne artikkelen mulig. Takk også til tidsskriftets fagfeller og redaktør 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. <https://nos.portfolio.no/>
- 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>
- EVASAM (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Oslo: Norges forskningsråd.
- 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>
- Grimsmo, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen* (Sluttrapport EVASAM). Oslo: Norges forskningsråd.
- Hagen, T. P. & Romøren, T. I. (red.) (2016). Temanummer: Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2). https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/02
- Helse- og omsorgsdepartementet & KS (2007a). *Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS*. Oslo, 21. juni 2007. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Rammeavtale.pdf> (nedlastet 10.10.2018).

- Helse- og omsorgsdepartementet & KS (2007b). *VEILEDER. For inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Oslo, oktober 2007. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf> (nedlastet 10.10.2018).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen--lovpalagte-samarb/id661886/> (nedlastet 10.10.2018).
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV 2011-06-24 nr 30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Innst. 424 L (2010–2011). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Stortinget. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/>
- Innst. 255 S (2019–2020). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Stortinget. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s>
- Kenis, P. & Provan, K. G. (2009). Towards an Exogenous Theory of Public Network Performance. *Public Administration*, 87(3), 440–456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01775.x>
- Kjellberg, F. (1987). Frihet, likhet, effektivitet og demokrati. I H. Rommetvedt (red.), *Hafrsfjord. Fra rikssamling til lokalt selvstyre* (s. 149–155). Stavanger: Dreyer Bok.
- Martens, C. T. & Veenstra, M. (2015). *Fra dialog til avviksmelding? Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune* (Rapport nr. 9/15). Oslo: NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2015/Samarbeidsavtaler-mellom-helseforetak-og-kommune>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- 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)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>
- 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%2F0275074006288299>
- 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. (2017). *Politikkens allmenngjøring. Stortinget, forvaltningen og de organiserte interessene i et nypluralistisk demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring – governance på norsk* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Salamon, L. (red.) (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV 1999-07-02 nr 61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Vedung, E. (2006). Evaluation Research. I B. G. Peters & J. Pierre (red.), *Handbook of Public Policy* (s. 387–416). London: Sage.