

Et nytt grep på helse-Norge?

*En prosess- og innholdsanalyse av forslaget
om samhandlingsreform*

Martin Høverstad



Masteroppgave ved Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

29.10.2010

Forord

Det har vært både krevende og interessant å studere forslaget om samhandlingsreform så kort tid etter at det ble presentert for Stortinget i juni, 2009. Utspillene fra medier, sentrale interesseorganisasjoner og politikere har kommet som ”perler på en snor”, og ført til stadige utvidede tolkningsrammer av reformforslaget. At ulike aktører ønsker å tolke, og også har en interesse av å tolke implikasjonene av endringsforslagene i reformen, har samtidig gjort det særlig spennende å studere samhandlingsreformen i en tidlig reformfase.

Til dette har de som har latt seg intervjuet til denne oppgaven kommet med svært verdifulle analyser av prosessen med og innholdet i reformforslaget. Stor takk til dem. Jeg vil også takke min veileder, Tom Christensen, for verdifulle innspill og kommentarer. Takk også til Roland for verdifulle innspill og kommentarer. Og takk til Therese for stor tålmodighet i månedene da oppgaven ble ferdigstilt ved siden av jobb.

Martin Høverstad

Oslo, høsten 2010

Sammendrag

Denne prosess- og innholdsanalysen av forslaget om samhandlingsreform baserer seg på intervjuer med nøkkelinformanter og sekundærlitteratur. Siktemålet har dels vært å få innsikt i beveggrunnene til at man valgt å igangsette reform, dels å få innsikt i arbeidsformen og prioriteringene underveis i arbeidet med reformforslaget, og dels å diskutere sentrale forutsetninger for og sammenhengen mellom mål og virkemidler i St.meld. nr. 47 (2008-2009). Implikasjonene av prosessen med og innholdet i St.meld. nr. 47 (2008-2009) har blitt vurdert ut fra et instrumentelt og et kulturelt perspektiv.

Noen sentrale observasjoner og konklusjoner kan oppsummeres i følgende punkter:

- Samhandlingsreformen tok utgangspunkt i den politiske dagsorden og begynte med omrokkingen av statsråder i den rødgrønne regjeringen i juni, 2008. Allerede før Bjarne Håkon Hanssen hadde tatt endelig plass i statsrådsstolen hadde han uttalt at han var ”reformhungrig”, og nå sto helsevesenet for tur. Det betyr at reformen ikke tar utgangspunkt i konkrete problemstillinger, selv om kostnadsveksten i helsetjenesten – spesielt etter sykehusreformen – utgjorde et viktig bakteppe for ”at noe måtte gjøres”. Den politiske formålsrasjonaliteten for reformen kan sies å være i tråd med det instrumentelle perspektivet: Flere av informantene forteller at politisk ledelse fikk ro på seg til å utarbeide forslaget om samhandlingsreformen, nettopp ved å argumentere med at en reform var på vei, en reform som ville ta tak i sentrale utfordringer i helsevesenet og spesielt en økende kostnadsvekst.
- I en forholdsvis lukket prosess fant man fram til en problemforståelse som var nokså mangetydig: ”Vi skal finne fram til et system som gir juridiske og økonomiske virkemidler som sørger for at samhandling skjer på grunn av, og ikke på tross av systemet” (*sitat fra et informantintervju*). Det var naturlig å ta tak i Wisløff-utvalgets rapport (NOU 2005:3) om en sammenhengende helsetjeneste. Wisløff-utvalget foreslo enkeltvis tiltak for å bedre samhandlingen i norsk helsevesen, og særlig mellom de to tjenestenivåene, kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sentralt ifølge flere informanter var også erkjennelsen av at spesialisthelsetjenesten ”hadde fått sitt” som resultat av sykehusreformen og påfølgende år med tilleggsbevilgninger til norske sykehus.

- De politiske vurderingene internt i prosessen med forslaget om samhandlingsreformen kan et godt stykke på vei illustrere en forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet. De motstridende interessene knyttet til kommune- og desentraliseringspolitikk har blitt trukket fram som særlig aktuelle i intervjuene som er gjennomført i forbindelse med denne oppgaven. Det ble derfor vurdert som avgjørende av politiske ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet at man måtte finne fram til hensiktsmessige insentiver, som både kunne gi kommunene ansvar for kostnadsutviklingen i sykehusene, og som samtidig var gunstige nok til å lokke kommunene inn i større strukturer gjennom sammenslåing eller interkommunalt samarbeid. Større kommunale enheter er ansett som en forutsetning for å sikre reformen.
- I et instrumentelt perspektiv inneholder reformen fire sentrale grep og forutsetninger:
 1. Reformen skal styrke kommunehelsetjenesten og spesielt øke fokus på forebyggende helsearbeid.
 2. Dette skal redusere bruk av sykehustjenester – og redusere kostnadsveksten i helsesektoren.
 3. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester er det viktigste finansieringsgrepet i reformen. Dette skal bidra til at kommunene “ser seg tjent” med å øke innsatsen i primær- og sekundærforebyggende helsearbeid – for dermed å redusere sine utgifter til dekning av sykehusopphold.
 4. Et fjerde sentralt grep i reformen, er imperativet om gjensidig og likeverdig partnerskap mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, representert ved de regionale helseforetakene.

En kort oppsummering av disse instrumentelle forutsetningene tilsier at:

- Det er tvilsomt om kommunene finner sammen i større strukturer på helseområdet som følge av reformens virkemidler. Frivillighetsprinsippet som ligger til grunn for kommunesamarbeidet i reformen gjør at mange kommuner vil avstå fra sammenslåing eller samarbeid. I tillegg har KS i sitt vedtak om samhandlingsreformen (26.01.2010) gått aktivt imot generell kommunal medfinansiering fordi det vil gjøre kommunene økonomisk sårbare for kostnadsvekst i sykehusene. Videre peker KS på at generell medfinansiering har ”manglende treffsikkerhet”, og at en medfinansiering også kan innebære ”store kostnader ved byråkratisering”. Risiko for økte kostnader er verken et godt insentiv for kommunesammenslåing eller for mer forpliktende interkommunalt samarbeid.

I denne oppgaven har kommunal medfinansiering vært et sentralt tema. Denne finansieringsordningen skal fungere som et insentiv for oppbygging av kommunehelsetjenesten. Insentivtenkningen tar utgangspunkt i en forutsetning om at kommunene kan “spare” penger til betaling for sykehusopphold, dersom deres egne tilbud forebygger innleggelser eller er i stand til å ta imot pasienter fra sykehusene tidligere enn før. Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen omtaler primærforebygging i liten grad, men inneholder mange referanser til sekundærforebyggende tiltak. De fleste av mine informanter er enige om at de enkeltvise forslagene i form av helsehus, intermediære sykehjemsavdelinger m.m. er hensiktsmessige.

Flere understreker imidlertid at effektene av slike tiltak er tvetydige i den forstand at:

- Opphold i forsterkede sykehjem/intermediære avdelinger innebærer et bedre tilbud for brukerne – og er isolert sett mer kostnadseffektive enn sykehusdøgn.
- Intermediæravdelinger vil imidlertid også føre til forlenget levetid for mange pasienter/brukere – og dermed bety at kostnadene for pasientens/brukerens siste leveår økes.

Denne illustrasjonen i forhold til ett av eksemplene som samhandlingsreformen bygger på, betyr at reformens insentivlogikk (“innsats i kommunehelsetjenesten lønner seg”) ikke nødvendigvis gjelder.

Ut fra et instrumentelt perspektiv – og i kostnadssammenheng – er hovedutfordringen i forhold til forebygging likevel at det tar lang tid å måle effektene av forebyggende helsearbeid. Det betyr i realiteten at kommunebudsjettene må tilføres friske midler i mange år, før en eventuell effekt av forebygging kan hentes ut i økonomiske besparelser.

Dette er en klar motsetning til samhandlingsreformens mål om redusert kostnadsvekst i helsesektoren: Flere informanter er enige om at samhandlingsreformen forutsetter budsjettvedtak som sikrer utbygging av kommunehelsetjenesten i et langtidsperspektiv – uten at dette kan kompenseres direkte gjennom reduksjon av bevilgningene til spesialisthelsetjenesten.

- Et særlig kulturelt forhold som også vil spille inn i oppbyggingen av en større kommunehelsetjeneste, er helseprofesjonenes holdning til samhandlingsreformen. Jeg har i denne oppgaven valgt å konsentrere meg om legene, som er skeptiske til reformen av flere årsaker. Ikke minst fordi samhandlingsreformen på flere områder utfordrer den faglige autonomien til norske leger mer generelt, og for de privatpraktiserende fastlegene spesielt. Den kulturelle profesjonsforventningen til samhandlingsreformen, er derfor at

reformen fortsatt vil møte mye motstand så lenge den utfordrer handlingsrommet til legene i primærhelsetjenesten direkte, og sykehuslegene mer indirekte ved at nye legestillinger i kommende år er ment å tilfalle kommunene.

- Det siste store grepet i samhandlingsreformen som skal nevnes her, og som har vært omtalt i oppgaven, er samarbeidsavtalene mellom de statlige, regionale og administrativt fristilte helseforetakene og kommunene. Fordi man per dags dato mangler strukturelle og sanksjonerende virkemidler i disse avtalene, er det hensiktsmessig å forstå imperativet om likeverdig og gjensidig partnerskap ut fra maktforholdet mellom helseforetakene og kommunene.

Overfor de fleste kommunene vil foretakene være dominerende med hensyn til både kunnskap og ressurser. To av informantene som ble intervjuet understreket at i møtet mellom spesialisert og generalisert helsefaglig kompetanse, er det spesialisten som vil være den fremste premissleverandør.

Problemstillingen er todelt:

- For det første gir den lovfestede ansvarsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten et entydig definisjonsansvar: Fastleger har henvisningsrett (uten medbestemmelse fra kommunene) og sykehusene har definisjonsrett når det gjelder å bestemme hvilke pasienter som er ferdigbehandlete og klare til overføring til kommunene (med dialog-, men ikke medbestemmelsesrett fra kommunale helse- og omsorgstjenester).
- For det annet ivaretas kommunenes dialog med (eller mot) sykehusene gjennom de medarbeidere som kommunene disponerer. I drøftingene i forbindelse med oppgaven har jeg forstått at det i mange tilfeller er kommunale hjelpepleiere som møter sykehusenes samlede kompetanse i forbindelse med utskrivingsmøter. Uansett den formelle ansvarsfordelingen, vil dette gjerne føre til en skjev maktfordeling.
- Etablering av mer “robuste” helsekommuner – gjennom sammenslåing eller interkommunalt samarbeid – kan muligens bidra til at kommunene får rekruttert flere leger som kan være en faglig mer “robust” motvekt mot spesialisthelsetjenestens leger – uten at dette svekker spesialistens “overvekt” overfor generalisten. Og spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt når det gjelder å avslutte behandlinger og overføre pasienter til kommunehelsetjenesten står ved lag.

Innholdsfortegnelse

1	Problemstillinger og tematisering	11
1.1	Drivkrefter i omgivelsene som bakgrunn for helsereform	11
1.2	Hvordan forstå samhandling i reformen	12
1.3	Prioriteringsdilemma mellom økonomi og bedre tjenester?.....	15
1.3.1	Aktivitets- og kostnadsvekst i helsevesenet	16
1.4	Problemstillinger	19
2	Teori og metodisk framgangsmåte	23
2.1	Et organisasjonsteoretisk perspektiv på nivåene i helsevesenet	23
2.2	Et instrumentelt perspektiv på samhandlingsreformen	25
2.3	De viktigste kulturelle grepene i samhandlingsreformen	27
2.3.1	Faglig autonomi.....	28
2.3.2	Behandling og forebygging	29
2.3.3	Avinstitusjonalisering og desentralisering	29
2.4	Møtet mellom kultur og struktur: Forventninger til samhandlingsreformen.....	30
2.5	Metodisk framgangsmåte	31
2.5.1	Det mest sentrale kildedokumentet – St.meld.nr. 47 (2008-2009) – meldingens status og prinsipiell drøfting av innholdet.....	32
2.5.2	Metodisk framgangsmåte i intervjuene	35
3	Prosessen og innholdet i forslaget om samhandlingsreform	37
3.1	Den ”nære prosessen” med forslaget om samhandlingsreform: 2008-2009	37
3.1.1	Forutbestemt reform	37
3.1.2	Jakten på et problem.....	38
3.1.3	Innflytelsen fra det amerikanske helsevesenet	40
3.1.4	Organiseringen av arbeidet med samhandlingsreformen	41
3.2	Innholdet i forslaget om en samhandlingsreform	43
3.2.1	Satsingen på kommunehelsetjenesten	44
3.2.2	Større kommunale enheter	45
3.2.3	Finansieringsløsningene i reformen	46
3.2.4	Formaliserte avtaler mellom statlig styrte helseforetak og større kommuner	48
3.3	Stortingsbehandlingen	48
3.4	Inspirasjonskildene til en samhandlingsreform (2002-2008)	50

3.4.1	Sykehusreformen.....	50
3.4.2	Wisløff-utvalget	54
3.4.3	Endringer i legetjenesten	55
4	Analyse.....	57
4.1	En instrumentell tolkning og vurdering av samhandlingsreformen	57
4.1.1	Problemstilling 1	57
4.1.2	Problemstilling 2	59
4.2	En kulturell tolkning av samhandlingsreformen	69
4.3	Oppsummering og konklusjoner	73
	Litteraturliste	80
	Vedlegg	85

1 Problemstillinger og tematisering

1.1 Drivkrefter i omgivelsene som bakgrunn for helsereform

De siste 30 årene har det vært en reformatorisk tidsalder i helsevesenet. I Norge har desentralisering, fristilling, valgfrihet, brukerinnflytelse og krav til kostnadseffektivitet vært sentrale, men også til tider motstridende endringstrekk (Skaset 2003: 547). Samhandlingsreformen plasserer seg delvis inn i denne rekken av endringstrekk med sitt fokus på pasientorientering og kostnadseffektivitet. Reformen er likevel klart forskjellig fra den forrige store helsereformen på 2000-tallet, sykehusreformen, som med den statlige overtakelsen av sykehusene har vært karakterisert som en sentraliserende systemreform (Opedal og Stigen 2005), med overføring av politisk og administrativ myndighet fra fylkeskommunene til staten som det viktigste grepet. Samhandlingsreformen derimot er i mindre grad en reform med store strukturelle grep. Tvert imot er viktige institusjonelle nyvinninger det siste tiåret – de regionale helseforetakene og fastlegene – sentrale aktører for gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen, slik den er beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008-2009) er et forslag som har fokus på kulturell endring, der samarbeidsordninger, samhandling og dialog står i fokus. Samarbeidsordninger og samarbeidsavtaler, slik de er beskrevet i reformen, har noe vesentlig kulturelt ved seg. Interkommunale samarbeidsordninger skal for eksempel skje frivillig, og samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner, skal utformes lokalt med vekt på likeverdig og gjensidig partnerskap. Den faktiske betydningen av samarbeid, hviler dermed på et fundamentalt prinsipp om *vilje* til samarbeid.

Det at samhandlingsreformen – sammenliknet med sykehusreformen – ikke har lansert store strukturelle grep i samhandlingsreformen, betyr delvis at forslaget om samhandlingsreform må vurderes opp mot de strukturelle og kulturelle forutsetningene som eksisterer i helsevesenet etter en sykehusreform og fastlegereform – som står ved lag – også når endringsforslagene i samhandlingsreformen er tatt i betraktning. Samtidig er de strukturelle endringsforslagene som samhandlingsreformen likevel inneholder, viktige i seg selv, og de er også ment å understøtte kulturelle endringsforslag. Oppbygging av kommunehelsetjenesten og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, er sentrale stikkord i denne sammenheng. På mange måter hviler faktisk imperativene om samarbeid

mellom kommuner, og samarbeid mellom kommuner og helseforetak på at man lykkes med kompetanseoppbygging i kommunene, og at kommunal medfinansiering av sykehusene fungerer etter hensikten¹. Slik er kan de strukturelle forutsetningene være sentrale for gjennomføringen av kulturelle grep i samhandlingsreformen.

Samhandlingsreform er kanskje først og fremst en lansering av en storstilt satsing på kommunehelsetjenesten, som både skal tilføres ressurser, prioritere den forebyggende funksjon, og avlaste sykehusene. Det mye omdiskuterte forslaget om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, som er ment å sikre bedre økonomistyring av helsesektoren, er også et nokså omfattende forslag om strukturell endring i finansierungsstrukturen i helsevesenet.

Med sin satsing på det kommunale forvaltningsnivået, kan samhandlingsreformen også tilsynelatende tolkes i desentraliserende retning, som ifølge Romøren (1994: 107) er hovedstien i norsk helsevesen siden 1970-tallet. Forutsetningen om større befolkningsenheter i kommune-Norge, og opprettelsen av samarbeidsutvalg mellom kommuner og helseforetak, trekker imidlertid i sentraliserende retning. Like fullt, og uavhengig av (de)sentraliseringstendens, er samhandlingsreformen et uttrykk for at pendelen har snudd i helse-Norge fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste, og fra strukturell spesialisering til kulturelle imperativer om sømløs samhandling.

Videre i dette kapittelet vil jeg drøfte samhandlingsbegrepet, og et hoveddilemma i helsepolitikken: Prioriteringen mellom økonomi og bedre tjenester. Deretter følger en redegjørelse for problemstillingene, som skal besvares i oppgaven.

1.2 Hvordan forstå samhandling i reformen

- Dette med samhandling i helsevesenet er ikke nytt. Det er utviklet på slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet i Storbritannia og USA. (Sitat fra intervjuene)

Mye av inspirasjonen til fokuset på samhandling i norsk helsevesen på 2000-tallet, er hentet fra andre land. På engelsk er dette navngitt som ”integrated care”. Ifølge Ahgren og

¹ Kommunehelsetjenesten er regulert av lov om helsetjenesten i kommunene (1982-11-19-66), som gir kommunene et omfattende ansvar for oppgaver knyttet til blant annet forebygging, helsevern, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, diagnose og behandling av skade og sykdom, rehabilitering og pleie- og omsorgstjenester. Spesialisthelsetjenesteloven (1999-07-02-61) fastslår statens ansvar for spesialisthelsetjenester (jf. §§ 2-1 og 2-2), Forutsetningen om at staten og de regionale helseforetakene har ansvaret for sykehustjenester, er sentral i lovverket.

Axelsson (2005) er ”integrated care” kjennetegnet av at en styrking av det lokale helsepolitiske nivået, og dette nivåets samarbeid med myndighetene:

- *This is an upgraded family- and community-oriented primary care, supported by flexible hospital services. Many politicians and policy makers are convinced that such an integrated system will assure both high quality and a cost-effective health care...the fundamental conditions of integrated health care can be referred to as functional integration, which includes clinical integration as well as integration of information systems and financial arrangements... it is common that the system is linked together through chains of care or other types of collaborative networks, many of them with a focus on older patients with multiple diseases*

Som sitatet ovenfor illustrerer, ligger det er en tro på at funksjonell integrering av nivåene i helsetjenestene, som også innebærer en helsefaglig forsterking av det lokale helsefaglige nivået – kommunehelsetjenesten i norsk sammenheng – øker kvaliteten på helsetjenestene, samtidig som integrasjonen er antatt å være kostnadseffektiv. Det er likevel vanskelig å gi en presis definisjon av samhandlingsbegrepet. Dette skyldes særlig at begrepet defineres så bredt med hensyn til antallet organisasjoner og antallet aktører at begrepet vanskelig kan sies å ha en et avgrenset substansielt meningsinnhold. Samhandling blir for eksempel definert på følgende måte i Wisløff-utvalgets rapport (NOU 2005:3:13) om en sammenhengende helsetjeneste:

- *Med ”samhandling i helsetjenesten” mener utvalget aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Samhandlingen vil kunne gjelde pasienter, pårørende, pasient- og brukerorganisasjoner, tjenesteutøvere i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjoner, besluttende myndigheter, ombudsordninger, kontrollmyndigheter og klageinstanser. I tillegg kan ulike fagmyndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer være viktige premissleverandører for hvorledes det samhandles mellom disse. Det samme kan blant annet media være.*

En mulig måte å avgrense samhandlingsbegrepet på, er likevel å ta utgangspunkt i pasientfokuset som ligger i ”integrated care” og samhandlingstematikken på norsk. Fokuset er i særlig grad på eldre og kroniske pasienter fordi disse gruppene er brukere av flere nivåer i helsetjenestene. To viktige avgrensninger av samhandling på norsk er derfor følgende forutsetninger:

- A) Forsterking av det lokale helsefaglige nivået, det vil si kommunehelsetjenesten, som omfatter helsetjenester som i hovedsak er organisert av og i kommunene (blant annet

helsestasjons-/skolehelsetjenester, sykehjem/hjemmesykepleie, miljørettet helsevern, smittevern m.m.), og fastleger (som i all hovedsak er privatpraktiserende).

- B) Samhandling om kroniske og eldre pasienter vil særlig innebære bedre samarbeid mellom de helsefaglige tjenestenivåene – kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (sykehusene).

En slik avgrensning er også i tråd med organisasjonstenkningen i samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009))². I reformforslaget legges det vekt på tettere kobling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste – dels ved overføring av kompetanse og styrking av kommunehelsetjenesten, og dels ved å bygge opp nye institusjoner og tiltak innenfor kommunehelsetjenesten (ibid.).

Den funksjonelle integreringen det er snakk om i forbindelse med samhandling omfatter både vertikal og horisontal samordning av funksjoner.

I samhandlingsreformen er det likevel ikke skissert nye styringslinjer eller radikalt nye organisatoriske grensesnitt i helsevesenet.

Slik blir samhandling også et kulturelt imperativ med fundering i helsevesenets eksisterende formelle og normative struktur. Samhandlingen skal heller forankres i samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, som i disse dager blir utarbeidet. Operasjonaliseringen av samhandling vil dermed skje ut fra hvordan samarbeidsavtalene forankres lokalt. KS og Helse- og omsorgsdepartementet har likevel laget et en standardisert instruks for innholdet i disse samarbeidsavtalene, som enn så lenge tar for seg overordnede mål og grep i samhandlingsreformen. I intervjuene har det blitt pekt på at disse samarbeidsavtalene kan fungere effektivt, hvis og bare hvis det knyttes belønnings- og sanksjonsmuligheter til oppfyllelsen av dem. Disse avtalene kan lett bli avtaler som havner i ”skrivebordsskuffen” dersom de ikke fylles med et strukturelt innhold, ble det sagt i ett intervju. I utgangspunktet må derfor samhandling forstås som et kulturelt grep – som også kan få strukturelt innhold etter hvert som ”veien blir til”.

Avslutningsvis er det grunn til å understreke at samhandlingsreformen også har et stort fokus på den forebyggende funksjon, og gevinstene som kan hentes ut av økt forebyggende helsearbeid. Særlig deler av kommunehelsetjenesten arbeider med forebyggende helsearbeid, hvilket også er årsaken til at kommunehelsetjenesten er et prioritert tema i forslaget om

² Organisasjonstenkningen kan forstås som reformators problemperspeksjon, løsningsforslag og koblingen mellom disse (Christensen 1994: 19)

samhandlingsreform. Her må det likevel understrekes at det vanligste for mange ansatte i helsevesenet er at de i pasientrettet arbeid både har befatning med den kurative funksjonen og den forebyggende funksjonen. Følgelig blir diskusjonen av forebygging også et tema i denne oppgaven.

1.3 Prioriteringsdilemma mellom økonomi og bedre tjenester?

Det er umulig å forstå helsereformer i Norge (så vel som i Europa) uten å være seg bevisst det presset et moderne helsevesen er utsatt for. Stadige krav til bedre økonomistyring i et kostnadseksponert helsevesen, og stadige krav om bedre tjenester, virker sammen, og setter dem som administrerer helsevesenet i et kontinuerlig krysspress. Dette gjelder både for den enkelte sykehusdirektør, rådmann, kommunale tjenesteleder og for den til enhver tid ansvarlige minister. Det er i dette krysspresset man også kan forstå antallet helsereformer som har vært de siste årene.

Medienes fremstilling av enkeltsaker bidrar til å understreke nødvendigheten av å prioritere bedre tjenester, som oftest foran økonomiske mål. Stortingsvalget i 1985 var et valg der helsetjenesten for alvor ble politisert. Det var påstander om et for lite bruker- og servicevennlig helsevesen, et helsevesen med for lav kvalitet og for skjev fordeling som dominerte deler av valgdebatten. I Aftenposten (08.08.1987) viste denne politiseringen seg i gjenkjennelige overskrifter som: ”Lange ventelister”, ”Mangel på helsepersonell” og ”Mange eldre får ikke den omsorgen de har krav på”. (Skaset 2003: 499)

Samtidig rapporterer mediene også om kostnadsvekst i norsk helsevesen. Det siste tiåret har særlig budsjettsprikk og dekningen av store underskudd ved norske sykehus dominert mediebildet parallelt med den type beskrivelser som går på tjenestekvaliteten for den enkelte pasient og pasientgruppe. I VG 3. september 2008 rapporteres det blant annet med fete bokstaver at: ”Norske sykehus makter fremdeles ikke å holde budsjettene, og noterer seg for nye milliarder i minus”. Journalisten skriver videre at sykehusene ikke har blitt flinkere til å få mer ut av pengene sine. Er det effektivisering og omorganisering av helsevesenet som skal til for å løse prioriteringsdilemmaet mellom økonomistyring og tjenestekvalitet? Ambisjonen i den nyeste helsereformen er nettopp å få til bedre helsetjenester, som samtidig er mer økonomisk bærekraftige.

1.3.1 Aktivitets- og kostnadsvekst i helsevesenet

Tabell 1 i viser at det har vært en økning i realkostnader i spesialisthelsetjenesten på 30,5 prosent fra 2002 til 2009. Kommunenes utgifter til helsetjenester (inklusive pleie- og omsorgstjenester) har i samme periode økt med 20,4 prosent.

Tabell 1: Kostnadsutvikling i spesialist- og primærhelsetjenesten, 2002-2009³:

	Nominelle tall			Prisjustert		
	2 002	2 009	Endring	2002	2009	Endring
Spesialisthelsetjenesten						
Somatikk (ekskl. kapitalkostnader)	39 796	65 550	64,7 %	47 264	59 483	25,9 %
Psykisk helsevern (ekskl. kapitalkostnader)	10 174	16 790	65,0 %	12 083	15 236	26,1 %
Rusbehandling	...	3 007			2 729	
Spesialisthelsetjenesten i alt	49 970	85 347	70,8 %	59 347	77 447	30,5 %
Primærhelsetjenesten						
Kommunehelsetjenesten ⁴	7 254	10 518	45,0 %	8 615	9 545	10,8 %
Pleie- og omsorg ⁵	46 871	74 762	59,5 %	55 666	67 842	21,9 %
Primærhelsetjenesten i alt	54 124	85 280	57,6 %	64 281	77 387	20,4 %

Når det gjelder kostnadsveksten i helsevesenet, kan denne forstås ut i fra et omgivelsesperspektiv, der endringer i samfunnet og omgivelsene legger ytre press på helsevesenet i retning av bedre og mer økonomisk bærekraftige tjenester. Det er særlig tre slike omgivelsesfaktorer som har ført til kostnadsvekst de senere år, og som gir prognoser om videre kostnadsvekst i tiden som kommer: Demografisk endring, økt tilfang av såkalte livsstilssykdommer, samt teknologisk og medisinfaglig utvikling.

³ Kilder til tabellen: Spesialisthelsetjenesten: Sintef-Helsetjenesteforskning SAMDATA rapport for 2006 (rapport 1/07) og Helsedirektoratet, Samdata spesialisthelsetjenesten 2009 (IS-0293). Primærhelsetjenesten: SSB.no/kostra.

⁴ Kommunehelsetjenesten omfatter tjenester innen KOSTRA-funksjonene helsestasjons-/ skolehelsetjeneste, forebygging for øvrig og diagnose/behandling/rehabilitering.

⁵ Pleie- og omsorg omfatter tjenester til hjemmeboende, tjenester på institusjon (sykehjem) og aktivitetstilbud til eldre og funksjonshemmede.

Den første forklaringen man legger vekt på i forslaget om samhandlingsreform (St.meld. nr. 47 (2008-2009):24) dreier seg om *demografisk endring*. Demografiske endringer skaper større etterspørsel etter helsetjenester fordi en aldrende befolkning også betyr flere demente, flere kreftpasienter osv. Hagist og Kotlikoff (2005) beregner at den demografiske utviklingen tilsier en økning i helseutgiftenes andel av BNP om 40 år fra 8 til 25 prosent – forutsatt at det ikke innføres strukturelle tiltak for å bremse utgiftsveksten.

Demografi kan vanskelig la seg politisk styre, og kan derfor karakteriseres som en relativt deterministisk forklaring på kostnadsvekst. Ifølge fremskrivninger fra SSB/Helsemod vil det være behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk i helsetjenesten fra 2007 til 2030 (Helsedirektoratet 2009). En tilleggsutfordring med den historisk store eldregenerasjonen som nå er på vei, består i at den har vokst opp under gunstige betingelser mellom 1960 og 1990, og er utdanningssterk og i stand til å stille større krav til velferdsstaten sammenliknet med den generasjonen som mottok sine første, små behovsprøvde pensjonskroner på slutten av 1930-tallet (Kuhnle 2003: 27). Pensjonsreformen som ble vedtatt i flere omganger, NAV-reformen som ble iverksatt i 2005 og samhandlingsreformen som nå dominerer det politiske sakskartet, har i noe varierende grad hatt håndteringen av demografiske utfordringer som utgangspunkt.

Den andre forklaringen på kostnadsvekst som forslaget om samhandlingsreform har fokusert på, er økningen i det man kaller for *livsstilssykdommer*, som også skaper større etterspørsel etter helsetjenester. Røyking og økende fedme i befolkningen er viktige årsaker til sykdommer som kols og diabetes. I en drøfting av utviklingstrekk i helsesektoren, viser Helsedirektoratet til WHO (WHO Health Report 2002): 8 av 10 hjerteinfarkt, 9 av 10 tilfeller av type 2-diabetes, og over 3 av 10 krefttilfeller kan forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Hjerte og karsykdommer og kreft forårsaker hvert år henholdsvis 35 og 26 prosent av alle dødsfall i Norge (Helsedirektoratet 2008). En vesentlig del av kostnadene i helsevesenet er knyttet til pasienter med kroniske sykdommer. I Danmark er det anslått at 70-80 prosent av helsevesenets kostnader er knyttet til kroniske sykdommer (Helsedirektoratet 2008). Det er spesielt denne pasientgruppen som over lang tid er avhengig av et godt samarbeid mellom nivåene i helsevesenet. Livsstilssykdommer representerer ikke noe nytt fenomen. I et folkehelseperspektiv har bevisst folkehelsearbeid ført til omlegging av kostholdsvaner med dertil nedgang i hjerte- og karsykdommer. Det er imidlertid grunn til å understreke at slikt folkehelsearbeid skjer over flere tiår, og vanskelig blir realisert i kjølvannet av en enkelt reform. Dette er likevel ikke noe argument mot å øke takten i det

helseforebyggende arbeidet. Spørsmålet er likevel hvilke målbare effekter som lar seg realisere i kjølvannet av økt fokus på forebygging. Dette fordrer blant annet diskusjon om hvor langt inn i enkeltmennesker liv vi er villig til å gå - i hvert fall når det gjelder såkalt primærforebyggende helsearbeid (innsats før en pasient blir syk) – og arbeidet er også krevende, og forutsetter deltagelse fra et bredt sett av aktører utenfor helsevesenet. Forebygging, og i særdeleshet sekundærforebyggende helsearbeid, det vil si forebygging av videre sykdomsforløp, er et prioritert tema i samhandlingsreformen. Dette drøftes nærmere i kapittel 5.2.2.

Den nevnte nedgangen i hjertesykdom skyldes også endrete behandlingsmetoder. Utviklingen i *teknologi og faget* medisin, som skaper større tilbud av helsetjenester, er den tredje viktige forklaringen på kostnadsvekst i helsevesenet. I perspektivmeldingen 2004 (St.meld. nr. 8 (2004-2005)) skriver Regjeringen: ”Utviklingen innen medisinsk teknologi bidrar til økt kostnadseffektivitet innenfor enkelte tjenesteområder, men kan samtidig medføre at det blir etablert nye behandlingstilbud.”

Denne siste årsaken til at helsevesenet koster stadig mer penger, er likevel ikke diskutert i samhandlingsreformen. Årsaken til dette kan ligge i at stien i det norske helsevesenet har bygget på et velferdsstatlig verdigrunnlag. Forutsetningen om universell tilgang til nødvendige helsetjenester, slik det er formulert i lov om helsetjenester i kommunene (§ 2-1), og lov om spesialisthelsetjenesten (§ 2-1), har vært realisert gjennom skiftende regjeringer de siste hundre årene, og særlig etter 1945. Stein Kuhnle (2003:11) skriver at skandinavisk sosialpolitikks kanskje viktigste særpreg har vært den utstrakte graden av universalisme – at folk har fått sine rettigheter fordi de er statsborgere, og ikke fordi de arbeider i en bestemt næring. Etter 1945 var det tverrpolitisk enighet om at sosialforsikringer av ulik art skulle omfatte hele befolkningen. Velferdsstatens enorme ekspansjon siden 1950-tallet fikk næring fra både politisk konsensus, men etter hvert også økonomisk vekst, som bidro til å redusere konfliktnivået og avideologisere debatten om videre ekspansjon (Kuhnle 2003: 17-19). I forlengelsen av dette argumentet, kan man trolig forvente at konfliktnivået om velferdsstaten rolle vil øke i takt med økonomisk stagnasjon, slik vi i dag er vitne til i mange europeiske land. Dette er likevel ikke et tema i samhandlingsreformen, noe som både skyldes Norges relativt sett svært sterke økonomi, men også det faktum at samhandlingsreformen er igangsatt av en sentrums-venstreorientert regjering, som av ideologiske grunner ikke vil bygge ned velferdsstaten.

Konklusjonen på dilemmaet mellom stram økonomistyring og krav om bedre tjenester, er så langt at penger vanskelig går foran liv og helse i et offentlig, universelt utformet og skattefinansiert helsevesen. Det som kjennetegner de tre forklaringene på kostnadsvekst er at de i tillegg til å være omgivelsesfaktorer også er nokså deterministiske av natur. Her stiller naturligvis livsstilssykdommene seg i et noe annet lys fordi det lar seg slutt å røyke og begynne å trene, selv om folkehelsearbeid er krevende og tar tid. Bedre behandlingsmetoder og aldrende befolkning vil imidlertid medføre endringer man i liten grad kan gjøre noe med, men som må takles politisk, administrativt og helsefaglig. Det politiske rommet man manøvrerer i, er derfor til en viss grad redusert til å følge med på utviklingen, og tilpasse seg de utfordringene man står overfor. Endringene man ønsker å oppnå gjennom en stor reform som samhandlingsreformen er like fullt en indikasjon på at man kan, eller man tror man kan, løse dilemmaet mellom stram økonomistyring og forbedret tjenestekvalitet gjennom mer effektiv organisering, mer effektiv ressursbruk, en mer effektiv behandlingssideologi.

1.4 Problemstillinger

- *Det å tenke på tvers – det er naturlig i alle organisasjoner. Særlig etter en tid med sterkt fokus på spesialisering, slik det var i sykehusreformen. (Sitat fra intervjuene)*

Hvorfor har samhandling, og tilhørende synonymer som samarbeid, samordning og dialog blitt fokuset for den siste store helsereformen? En mulig tolkning som én informant trakk fram i et intervju, var at samhandlingsreformen svarer til politikernes våte drøm, nemlig troen på et sømløst system i norsk helsevesen. Videre kan nær sagt samtlige informanter bekrefte at arbeidet med samhandlingsreformen begynte kort tid etter utskiftningen av politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet juni, 2008. Slik kan samhandlingsreformen tolkes som et resultat av politiske initiativer fra den rødgrønne regjeringen.

En annen informants tolkning var at samhandling som rettesnor for organiseringen av norsk helsevesen har vokst fram nedenifra gjennom mange år, og at det særlig i etterkant av sykehusreformen vokste fram en erkjennelse om at sykehusreformen og påfølgende budsjettår med store tilleggsbevilgninger til sykehusene hadde skygget for kommunehelsetjenesten og folkehelsearbeidet. Informanten forteller videre at drivkraften bak beslutning om å nedsette Den norske offentlige utredningen ”Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste” (NOU2005:3) – det såkalte Wisløff-utvalget - nettopp var de store pasientorganisasjoner og helsepersonell som jobbet med den heterogene pasientgruppa

”kronikere” i kommunene: ”De (les: dem som jobbet med kronikere) så at noen falt utenfor, nemlig dem som brukte tjenester fra begge nivåer”, fortalte informanten.

Wisløff-utvalget har uten tvil hatt stor betydning for utformingen av samhandlingsreformen. Både overlappingen i innhold mellom utvalgsrapporten i 2005 og reformforslag som ble presentert i 2009, og overlappingen av personer som har spilt en rolle i både utvalg og i reformarbeidet, indikerer dette. Også stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) – ”resept for et sunnere Norge” - tok for seg tiltak folkehelseproblematikk, der aktører i kommunehelsetjenesten ble pekt på som viktige for å oppnå en bedre folkehelse. Poenget i denne sammenheng er at innholdet i forslaget om samhandlingsreformen kan trekkes tilbake til enkelte av helsevesenets egne pasientorganisasjoner og personellgrupper, selv om den utløsende årsaken til at reformarbeidet i det hele tatt startet i juni, 2008, ofte knyttet til Bjarne Håkon Hanssen og hans sentrale medarbeidere. En ”ovenifra og ned” tolkning og en ”nedenifra og opp” tolkning av årsakene til samhandlingsreformen synes derfor å være tolkninger som utfyller hverandre - i hvert fall ved første øyekast.

Ett formål med denne oppgaven er å undersøke de *nære* årsakene til at man valgte å igangsette en samhandlingsreform i 2008, men dette gjør det også nødvendig å kaste lys over viktige årsaker som faller noe lenger unna i tid og rom. Det er likevel norsk helsevesen etter forrige store helsereform – sykehusreformen (2002) – som er utgangspunktet for denne analysen av samhandlingsreformen. Det er i hvert fall med sykehusreformen, og påfølgende år med kostnadsvekst i norske sykehus, at pendelen nå har skiftet fra spesialist- til kommunehelsetjenesten:

- *Samhandlingsreformen var et forsøk på å skape en motvekt mot sykehusene. For nå har på en måte sykehusene fått nok ressurser. Nå er det andre som skal ha veksten framover. Det er umulig å satse på kommunehelsetjenesten hvis ikke kommunene holder budsjettene sine. I fjor var det faktisk et lite overskudd. Både fordi sykehusene nå har fått nokså store rammer etter flere år med økte bevilgninger. Men også fordi du har en flertallsregjering som hindrer spillet om tilleggsbevilgninger. (Sitat fra intervjuene).*

Den første problemstillingen i denne oppgaven har jeg valgt å formulere på følgende måte:

Problemstilling 1: Hvorfor valgte man å igangsette en samhandlingsreform, og hva kjennetegner prosessen fram mot forslaget om samhandlingsreform ut fra et kulturelt og et instrumentelt perspektiv?

Den andre problemstillingen, som er av noe mer omfattende karakter, dreier seg om innholdet i samhandlingsreformen. Selv om det er skrevet mye om primærhelsetjeneste,

folkehelseproblematikk og forebygging i tidligere utredninger, inneholder samhandlingsreformen en del nye løsninger. Slik sett er tematikken i samhandlingsreformen velkjent, samtidig som løsningene som nå foreslås inneholder en del nytt. Særlig har det stått strid om det annonserte grepet ”kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten”, som er ment å gi kommunene et medansvar for kostnadsutviklingen i sykehusene. Også svarene fra informantene i denne oppgaven synes å underbygge bildet av at samhandlingsreformen er ”gammel vin på nye flasker”. Det er nokså samstemt enighet om målene i samhandlingsreformen, nemlig redusert kostnadsvekst og bedre helsetjenester, men det er stor usikkerhet knyttet til hvorvidt veien til disse målene går gjennom reformens planlagte utbygging av kommunehelsetjenesten, det som i reformen er omtalt som ”ny kommunerolle” (se kapittel 4.2).

Fordi jeg vil anvende en statsvitenskapelig og organisasjonsteoretisk tilnærming til samhandlingsreformen, går jeg i liten grad gått inn på de helsefaglige spørsmålene som kan stilles i kjølvannet av reformforslaget. Det at reformen er et forslag – og ikke en gjennomført reform – gir også grunn til å trå varsomt i omtalen av mulige effekter. For eksempel er effektene av en god del helseforebyggende arbeid i faglitteraturen antatt å kunne evalueres først etter et par tiår. Med disse forbeholdene vil jeg likevel forsøke å studere de viktigste organisatoriske grepene som er foreslått i samhandlingsreformen ut fra et organisasjonsteoretisk perspektiv. Oppgavens andre problemstilling har jeg formulert på følgende måte:

Problemstilling 2: Hva er de sentrale målene og organisatoriske grepene i samhandlingsreformen, og hvordan kan disse forstås ut i fra et instrumentelt og et kulturelt perspektiv?

I denne sammenhengen er det sentralt å drøfte hvorvidt de valgte grepene er egnet i forhold til samhandlingsreformens målsetninger, og hvordan sammenhengen mellom mål og virkemidler kan forstås ut fra et instrumentelt og et kulturelt perspektiv. Omtalen av henholdsvis de teoretiske perspektivene, metodisk framgangsmåte, prosessen med reformforslaget, innholdet i reformforslaget, og analysen av reformforslaget, har jeg strukturert på følgende måte:

I kapittel 2 vil jeg redegjøre kort for det instrumentelle og det kulturelle perspektivet, og utlede et sett av teoretiske forventninger til forslaget om samhandlingsreform. Videre i kapittel 2, vil jeg også beskrive den metodiske framgangsmåten som er valgt for å svare på problemstillingene i oppgaven. I kapittel 3 følger en mer ekstensiv omtale av bakgrunnen for

og prosessen med Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Videre i dette kapitlet vil jeg også omtale det som informantene har kommentert som særlig sentralt i forhold til tidligere helsepolitikk, tidligere utredninger og øvrige inspirasjonskilder til Stortingsmeldingen. Siste del av kapittel 4 problematiserer det jeg har regnet for å være de viktigste grepene i samhandlingsreformen. Det vil si de grepene som stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) bruker mest plass på å omtale, og som av informantene har vært framhevet som vesentlige for samhandlingsreformen. I kapittel 5 vil jeg analysere prosessen med samhandlingsreformen, og de sentrale grepene i reformen ut fra de teoretiske perspektivene, henholdsvis et instrumentelt og et kulturelt perspektiv.

2 Teori og metodisk framgangsmåte

Med reformer menes aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle og kulturelle trekk ved organisasjoner, mens endringer er det som faktisk skjer med slike trekk (Christensen m.fl. 2009:149). I behandlingen av reformer vil følgelig et instrumentelt perspektiv være et viktig utgangspunkt for analyse; i det perspektivet legger vesentlig vekt på formell struktur og ledende aktørers mulighet til å oppnå endring gjennom den formelle strukturen, gitt tydelige mål- og middelformuleringer.

Kulturperspektivet derimot legger vesentlig vekt på at organisasjonskulturen, som er forbundet med de uformelle normene og verdiene, legger føringer for handling og funksjonaliteten til organisasjoner (Christensen m.fl. 2009: 52). Av kulturperspektivet følger det også at endringer i organisasjoner skjer gradvis, som noe som vokser fram over tid, og som regel ikke som direkte og intenderte resultater av omfattende reformer.

2.1 Et organisasjonsteoretisk perspektiv på nivåene i helsevesenet

Det ligger særlig to avgrensninger i den analysen jeg vil gjøre av hovedgrepene i reformen. For det første vil det interne organisatoriske analysepunktet ligge på kommunehelsetjenesten. Det sentrale siktemålet her vil være å vurdere sannsynligheten for en reell gjennomføring av kompetanseoppbygning i det man planlegger skal være større kommunale enheter. Fordi oppgaven fokuserer på kommunenes rolle, vil det i liten grad gås inn på den statlige styringen av sykehusene gjennom regionale og lokale helseforetak. Dessuten er man i en tidlig reformfase, og det betyr at mål og virkemidler i liten grad er operasjonalisert på lavere nivå, det vil si for de enkelte institusjoner. Den vekt man i stedet har lagt på grep på overordnet nivå, legger føringer i retning av en analyse på meso- og makronivå, det vil si for henholdsvis populasjoner av helseinstitusjoner og for helsevesenet sett under ett. Her er reformator (særlig representert ved politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartement under arbeidet med reformen), og tjenestenivåene (representert ved kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten), de viktigste aktørene.

Det er selvsagt ikke helt uproblematisk å gå analytisk til verks på et overordnet nivå. Særlig er kommunehelsetjenesten en nokså uensartet gruppe av institusjoner, med en spennvidde fra privatpraktiserende fastleger til mellomstore helseinstitusjoner som for

eksempel sykehjem. Kommunehelsetjenesten er i denne oppgaven definert som alminnelige ikke-spesialiserte helsetjenester til pasienter som ikke er på sykehus, men som befinner seg hjemme eller i kommunale institusjoner (Romøren 2001: 154). Spesialisthelsetjenesten omfatter i hovedsak sykehusene (ibid.). Disse hører inn under statlig forvaltningsnivå, men er styrt av nokså administrativt fristilte regionale helseforetak. Det problematiske med å omtale et stort omfang av institusjoner, består særlig i at mange nyanser kan gå tapt.

Å ta utgangspunkt i organisasjonspopulasjoner som kommune- og spesialisthelsetjeneste kan likevel begrunnes ut i fra en antakelse om at det er viktige fellesnevnerne mellom institusjonene innenfor hver av tjenestetypene. I samhandlingsreformen legger man til grunn at spesialisttjenesten nettopp har et spesialistfokus, og at kommunehelsetjenesten har et generalistfokus. Fordi man i reformen argumenterer for at det ligger særlige økonomiske gevinster i et mer forebyggende helsevesen, er nettopp generalistrollen gitt stor vekt, representert ved den delvis kommunalt styrte kommunehelsetjenesten⁶. Det er imidlertid mulig å problematisere denne nokså dikotome antakelsen. Man kan argumentere for at det snarere er kulturelle fellesnevner mellom de to tjenestenivåene; i det de begge beskjeftiger seg med pasientbehandling. Det er dermed ikke gitt at kommunehelsetjenesten har en tydelig kulturell forutsetning for et preventivt fokus på pasienter, særlig dersom fokuset rettes mot rolleutøvelsen til norske leger.

Fra et instrumentelt perspektiv vil skillet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste være tydeligere. Dette fordi perspektivet legger særlig vekt på de formelle styringslinjer, som er ulike for de to tjenestelinjene. Man kan til og med argumentere for at det tjener et instrumentelt perspektiv å operere på organisasjonspopulasjonsnivå fordi man da kan hoppe bukk over ulike rasjonalitetsforutsetninger på individnivå, for eksempel mellom full og begrenset rasjonalitet. Organisasjoner skaper gjennom sitt system av roller, systematisk og kontinuerlig oppmerksomhet omkring et problem uavhengig av personsammensetningen, og man vil følgelig anta at organisasjoner opptrer rasjonelt; det vil som et minimum innebære en stor grad av regularitet i atferd (Egeberg 1984: 41-42).

At organisasjoner opptrer rasjonelt gjennom upersonlige rollefordelinger knyttet til stilling og myndighet, er imidlertid ikke det samme som å si at de vil opptre enhetlig innenfor og mellom grupper av organisasjoner. Her forenes det instrumentelle og kulturelle perspektiv

⁶ Her bør det legges til at godt og vel 90 prosent av fastlegene er privatpraktiserende, og at kommunene har begrenset med styringsmulighet overfor denne gruppen.

i målrealisering overfor mange og til dels svært store organisasjoner, enten man nå tar utgangspunkt i det formelle eller uformelle, er vanskelig på grunn av kompleksitet.

2.2 Et instrumentelt perspektiv på samhandlingsreformen

I et strukturelt-instrumentelt perspektiv (heretter instrumentelt perspektiv) forventes organisasjonsmedlemmene å følge sine formelle forpliktelser. Organisasjonsrollen består særlig av å treffe og iverksette kollektive beslutninger og sørge for samordning av organisasjonsatferd slik at formelle styringsmål kan nås. Nettopp styring er en dominerende del av det instrumentelle perspektivet, og det mellommenneskelige aspektet eksisterer først og fremst som et redskap som lederskapet disponerer for å støtte opp under den formelle styringen. (Christensen og Læg Reid 2002b; Christensen m. fl 2004a)

Organisasjonsformer som tydeligst knytter an til det instrumentelle perspektivet er trolig hierarkiske organisasjonsformer, som man finner i kommuneadministrasjonen eller det statlige byråkratiet. Byråkratiet, slik Weber så det for seg, var nettopp uttrykk for en formell rasjonalitet. Den formelle rasjonaliteten kommer særlig til uttrykk ved at administrasjonen skal fungere som et nøytralt og upersonlig instrument for den politiske ledelsen, noe Weber omtaler som plikten til troskap hos embetsmenn (Weber 1971:13-16).

Styringsaspektet ved organisasjonsatferd blir også understreket i det Aspinwall og Schneider (2000) kaller for rational choice-institusjonalismen. Denne formelle forståelsen av institusjoner er til forskjell fra en mer kulturorientert forståelse, opptatt av at ledere og ansatte har eksogent gitte preferanser. Det vil si at verdier, normer og kultur i liten grad endres av formell struktur eller uformell kultur. En tolkning av dette vil være at styring skjer gjennom formelle insentiver, men at kulturelle preferanser like fullt kan spille en rolle selv om disse i liten grad lar seg styre. For lederne av samhandlingsreformen vil følgelig handlingsrommet være omvendt proporsjonalt med økende ulikheter i preferanser. Til forskjell fra Webers maskinmessige idealmodell av byråkratiet, åpner et slikt perspektiv for mindre grad av lojalitet og større grad av organisasjonsinterne hensyn. Ulikheten i preferanser og verdier knytter seg også til kompleksiteten i organisasjonene. Jo flere ansatte, jo flere styringslinjer, og jo flere organisasjoner det er tale om å styre – dess større er også kompleksiteten i endringene som skal gjennomføres. I samhandlingsreformen må kompleksiteten sies å være stor, både fordi helsevesenet er stort, men også fordi det er delt i to tjenestenivåer. Det er

derfor grunn til å diskutere hvordan ulike aktører vil søke å være premissgivende for innholdet i og utviklingen av samhandlingsreformen.

I et instrumentelt perspektiv er handlingsrommet økende jo høyere man kommer opp i hierarkiet, og ledere av for eksempel helseforvaltningen er nettopp gitt kontrollmuligheter knyttet til formelle regler som blant annet er nedfelt i stillingsbeskrivelse. Formelle regler forventes å materialisere seg i atferd også fordi det blant organisasjonsmedlemmene knytter seg en normativ forventning til myndighetsutøvelse – uavhengig av person. Den faktiske utøvelsen av kontroll er derimot mer betinget av at ledende aktør har innsikt i de eksisterende kontrollmulighetene. Denne innsikten kan defineres som kognitiv kapasitet, tilgang på informasjon eller annet.

Ut i fra de instrumentelle antakelsene vil man forvente at endring i atferd også bør understøttes av belønning og/eller straff, med andre ord en handlingslogikk basert på konsekvenser. Hvis man i utgangspunktet har et sett av myndighetsforhold og normative forventninger om utøvelse av myndighet knyttet til det formelle og upersonlige, vil det kunne være gunstig å realisere formell endring gjennom insentiver. Dette kalles for positiv forsterkning i psykologien, det vil si å legge til et gode for å fremme atferd i ønsket retning. Når det gjelder innholdet i samhandlingsreformen knytter insentivtenkningen seg på et makronivå særlig til det strukturelle forslaget om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

I samhandlingsreformen er det fra et instrumentelt perspektiv også grunn til å diskutere om kongstanken i samhandlingsreformen hviler på korrekte antakelser. Vil økt oppbygning av kompetanse i kommunehelsetjenesten gi den ønskede innsparingen i sykehusenes aktivitet, eller vil det tvert imot innebære økt aktivitet? Vil endringene i finansieringsstruktur lokke til samarbeid, eller vil kommunene heller avstå fra samarbeid? Dette er sentrale spørsmål i forslaget om samhandlingsreformen, og både kostnadsreduksjon på sykehusene og større kommunale helseenheter er også sentrale forutsetninger for innføringen av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder de mer kortsiktige konsekvensvurderingene, som lå til grunn for igangsettingen av og prosessen med samhandlingsreformen, er den politiske formålsrasjonaliteten slående. Her er en forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet relevant, der motstridene interesser mellom regjeringspartiene, gav klare føringer på prosessen og innholdet i samhandlingsreformen. I kapittel 4 vil jeg komme nærmere inn på disse vurderingene.

2.3 De viktigste kulturelle grepene i samhandlingsreformen

Av definisjonen på reformer følger det at all endring ikke er et resultat av bevisste aktørers reforminitiativer. Et kulturperspektiv på institusjoner vil nettopp legge til grunn at endringer i liten grad er intendert, men skjer som følge av en gradvis utvikling i uformelle normer og verdier. Det kulturelle aspektet ved institusjoner er i særlig grad fokusert på at organisasjonsmedlemmene også bærer med seg ulike kulturelle tradisjoner, som kollektive atferdsmønstre for oppgaveløsning. Her er kanskje faglig autonomi en av de viktigste stiene for en diskutert profesjonsgruppe i denne oppgaven, nemlig legene.

Samtidig er det også klare kulturelle formaninger i forslaget om samhandlingsreform, som indikerer en tro på at kulturell endring også kan skapes gjennom reform. Samarbeid mellom legetjenesten i kommunene og øvrige helsetjenester, står helt sentralt i reformforslaget. Også samarbeidet mellom småkommuner, og mellom kommuner og helseforetak, er gitt stor oppmerksomhet i forslaget om samhandlingsreform. Samarbeidsavtalene skal utformes lokalt, og det er lagt vekt på gjensidig og likeverdig partnerskap mellom kommuner og foretak (St.meld. nr. 47 (2008-2009):71-72). Som jeg vil vise i kapittel 3 er reformen iverksatt av ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet, med begrenset deltakelse og representativitet av eksterne aktører. Det er derfor rimelig å anta at tilblivelsen av reformen bar preg av sterkt hierarkisk lederskap. Dette kan lett komme i konflikt med aktørers selvforståelse – for eksempel legenes faglige autonomi eller kommunenes “hevd” på kommunal selvstyre.

Litt generelt sagt har det kulturelle perspektivet – til forskjell fra det instrumentelle – i langt større grad fokus på det mellommenneskelige aspektet ved institusjoner. Der Weber så det moderne byråkratiet som et ideal i form av et fullt utviklet teknisk maskineri, som er overlegent andre organisasjonsformer (Weber 1973: 126), argumenterer Selznick (1997: 41) for at institusjoner er gjennomsyret av verdier. Det vil si at organisasjonsvirksomheten er forankret i meningsbærende sosiale fellesskap. Som resultat av en sosial prosess over tid, vil det vokse fram grunnleggende måter å betrakte virksomheten på – et sett med felles verdier. Det funksjonelle aspektet på institusjonsnivå knyttet til en slik sosial integreringsprosess består i at individene får større engasjement for virksomheten. Slik blir de bærere av det Selznick (ibid.) kaller gruppeidentitet. I et kulturelt perspektiv kan dermed reform forsterke

styringen i en institusjon dersom det er samsvar mellom formelle mål og verdier, men den formelle styringen kan også undergraves dersom regler og kultur er på kollisjonskurs.

I likhet med antakelsen om rasjonalitet på organisasjonsnivå, vil man fra et kulturelt perspektiv også kunne legge regularitet i atferd til grunn, men her er det ikke tale om rasjonalitet knyttet til en konsekvenslogikk. Handlingslogikken i den normative institusjonalismen baserer seg i stedet på logikken om det passende, det vil si at institusjonsmedlemmet tar rutineavgjørelser i pakt med gruppeidentiteten. Ut ifra den konkrete situasjon man står overfor, anvender man slike kulturelle passenhetslogikker i løsningen av et problem. Institusjonsmedlemmene baserer sine handlinger på forenkende kulturelle heuristikker, sammenliknet med strategisk kalkulasjon, som i det instrumentelle perspektivet var dominerende i beslutningsatferden til ledere. (Christensen og Røvik 1999)

2.3.1 Faglig autonomi

Fordi den viktigste aktiviteten i helsevesenet er behandling av pasienter, enten dette skjer på sykehus eller hos allmennlegen, er det rimelig å anta at det blant helsepersonellet eksisterer felles verdier knyttet til pasienthåndtering. Sentrale verdier vil dermed ligge forholdsvis fast selv om det blir foreslått og gjennomført strukturelle endringer. Gruppeidentiteten vil gjelde mer allment for helsepersonell i møtet med pasienter, men for legene må særlig *faglig autonomi* sies å være et dominerende trekk ved profesjonen. Legene er faglige ledere i helsevesenet, og tradisjonelt har de også hatt hevd på det administrative lederskapet ved de enkelte helseinstitusjoner, selv om dette har endret seg noe med profesjonaliseringen av administrativ ledelse de siste årene.

Christensen (1994: 58-60) trekker fram politisk styring og faglig uavhengighet som en viktig historisk skillelinje i organiseringen av helseforvaltningen. Myndighet og kyndighet er en vedvarende spenning i kampen om utformingen av helsetjenestene. I prinsippet kan faglig autonomi omfatte relativt bredt når det gjelder innhold. Rent praktisk har sprikende faglige hensyn også blitt brukt politisk av direktorat overfor departement i diverse dragkamper (Christensen 1994: 194-99). Jeg vil imidlertid knytte faglig autonomi mer konkret til handlingsrommet for norske leger – spesielt fastleger i kommunehelsetjenesten. Forventningen er at jo mer samhandlingsreformen reduserer det faglige og personalpolitiske handlingsrommet til norske leger, dess mer motstand vil reformen møte fra en av de organisatorisk sterkeste profesjonsgruppene i Norge.

2.3.2 Behandling og forebygging

Deler man helseoppgavene funksjonelt inn i to, er behandling og forebygging de viktige funksjonene. Når det gjelder oppgavefordelingen mellom de to nivåene, kan man noe forenklet si at behandlingsfunksjonen dominerer i spesialisthelsetjenesten, lov om kommunehelsetjenester har sterkere fokus på den forebyggende funksjon. Dette selv om behandlingsfunksjonen også i kommunehelsetjenesten er sentral, spesielt hos fastlegene. Forebygging er et funksjonelt aspekt som i særlig grad dominerer organisasjonstenkningen i samhandlingsreformen. Kan hende undervurderer reformen behandlingsaspektets betydning i norske kommuner; behandling kan i hvert fall sies å være det dominerende formål for allmennlegenes aktivitet. Tilsvarende er det et spørsmål om man oppvurderer kommunenes, og dermed også helsevesenets, forutsetninger for forebygging.

2.3.3 Avinstitusjonalisering og desentralisering

Når det gjelder utviklingstrekkene i norsk helsevesen siden 1970-tallet, er desentralisering og avinstitusjonalisering mest sentralt i følge Romøren (2001: 133)⁷. Med avinstitusjonalisering mener man at aktiviteten for institusjoner innrettet for døgnopphold har gått ned, men også at det gjennomsnittelige antallet liggedøgn for den enkelte pasient ved norske sykehus, har blitt redusert. Parallelt med avinstitusjonaliseringen har man siden 80-tallet bygget opp kommunehelsetjenesten, slik at behandlingen av hjemmeboende pasienter har gått opp. Oppgave- og myndighetsoverføringen til lavere forvaltningsnivå har vært av et slikt omfang at man kan tale om en utvikling fra velferdsstat til velferdskommuner (Romøren 2001: 134).

Begrunnelsene for avinstitusjonalisering er i første rekke hensynet til kostnader, all den tid institusjonsdøgn ved norske sykehus er en av de mest kostnadskrevene aktivitetene i norsk helsevesen (NOU 2003:1). I tillegg har det vært en uttalt målsetting de siste tiårene at behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå, både av hensyn til pasientenes beste, men også av hensyn til klassiske argumenter for lokal styringsmyndighet. Kommunene er et effektivt nivå for oppgaveløsning fordi de "kjenner der skoen trykker" (Hagen og Sørensen 2006: 23-24). Samhandlingsreformen har med sitt sterke fokus på oppbygging av kommunehelsetjenesten, som skal skje ved å lage kommune-Norge mer helsefaglig robust, et fokus som tilsynelatende er i tråd med desentraliseringsprinsippet. Også målet om redusert

⁷ Stien i helsevesenet kan dateres flere hundre år tilbake i tid. Her er imidlertid startpunktet satt ved samlingen av kommunehelsetjenesten ved kommunehelseloven i 1984 (Skaset 2003: 187).

kostnadsvekst ved norske sykehus kan tolkes innenfor stien om avinstitusjonalisering, der flest mulig pasienter skal ha kortest mulig opphold på sykehusene.

2.4 Møtet mellom kultur og struktur: Forventninger til samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen tar ikke til orde for å endre på myndighetsfordelingen i norsk helsevesen. Det betyr at reformen viderefører de eksisterende strukturene i helsevesenet basert på:

- En i all hovedsak privatpraktiserende allmennlegetjeneste.
- Kommunale pleie- og omsorgstjenester (sykehjem og hjemmesykepleie), helsestasjons- og skolehelsetjeneste og andre forebyggende tiltak (blant annet miljørettet helse- og smittevern).
- Statlige helseforetak med ansvar for spesialisthelsetjenesten.

De strukturelle grepene i reformen (forutsetninger om større kommunale enheter med utvidete samarbeidsavtaler mellom kommune og regionale helseforetak, og kommunal medfinansiering av sykehusene) må ses i sammenheng med det kulturelle imperativet om økt og forbedret samhandling mellom aktørene i helsevesenet. Et sentralt diskusjonspunkt i denne oppgaven er hvorvidt forutsetningene om samarbeid og likeverdige partnerskap, kan slå rot i helsevesenet.

Her knytter det seg en forventning til at strukturelle forutsetninger vil ha implikasjoner for kulturell endring. Dersom forutsetningene ligger til grunn for større kommunale enheter og kommunal medfinansiering, blir gjennomføringen av samarbeidsavtaler, mer realistisk. Disse forutsetningene vil bli diskutert i kapittel 4. Dersom det derimot er brudd på strukturelle forutsetninger i form av hierarkiske styringsmuligheter for større kommunale enheter, og problematiske forutsetninger i insentivtenkningen knyttet til kommunal medfinansiering, vil også kulturell endring vanskeligjøres.

Fra en kulturell synsvinkel er også profesjonenes vilje til å gjennomføre reformen sentral i både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Her er forventninger at jo mer reformforslaget er i pakt med kulturelle forutsetninger knyttet til blant annet faglig autonomi i helsevesenet, et viktig diskusjonspunkt. Fra et instrumentelt perspektiv vil det også være sentralt å vurdere mulighetene for hierarkisk styring av profesjonene. Her er forventningen at jo mer reformen har helseprofesjonene ”med seg” i reformen, og jo større muligheter for

hierarkisk styring av dem – jo større endringspotensial har reformen. I motsatt fall vil reformen kunne motarbeides fra de ansatte i helsevesenet.

I denne sammenheng vil også selve *reformprosessen* kunne ha implikasjoner for gjennomføringen av reformen. Prosessen med forslaget om samhandlingsreform, som det blir mer grundig redegjort for i kapittel 3, var nokså lukket og preget av stor politisk kontroll, selv om reformen internt i regjeringen var preget av tautrekking om sentrale grep, særlig mellom Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Til dette knytter det seg særlig to forventninger. Fra en instrumentell synsvinkel er den første forventningen til prosess at politiske forhandlinger internt i regjeringen, modererer mulighetene for hierarkisk styring i etterkant. I St.meld. nr 47. (2008-2009) slår man for eksempel fast at samarbeidet om større kommunale enheter på helseområdet skal være frivillig, noe som kan vanskeliggjøre implementering av reformen – særlig hvis den finansielle insentivtenkningen ikke holder mål. For det andre vil hierarkisk styring av en lukket reformprosess, kunne ha konsekvenser i form av tautrekking og forhandlinger om sentrale grep i reformen etter hvert som den skal implementeres. Dette kan også fra et kulturperspektiv forsterke den kulturelle motstanden fra sentrale aktører i helsevesenet, noe som kan vanskeliggjøre styring i reformen.

2.5 Metodisk framgangsmåte

I resten av kapittelet vil jeg særlig redegjøre for (a) hvordan jeg har behandlet sentrale kildedokumenter (St.meld. nr 47(2008-2009)) og (b) metodisk framgangsmåte i datainnsamlingen (informantintervjuer).

Det at samhandlingsreformen ikke er fullført med hensyn til politisk prosess, legger særlige begrensninger for nettopp framgangsmåte og kildebruk. Jeg begynner derfor dette kapittelet med en gjennomgang av de viktigste avgrensningene i oppgaven:

Som sagt ligger det en viktig avgrensning i at samhandlingsreformen er en forslått, og ikke en gjennomført reform. For det andre vil en statsvitenskapelig synsvinkel legges til grunn for behandlingen av reformen, hvilket betyr mindre helsefaglig diskusjon. For det tredje vil det måtte foretas visse reduksjonistiske grep med hensyn til avgrensning i tid og rom. Når det gjelder tid vil jeg ta utgangspunkt i samhandlingsproblematikken i helsevesenet post sykehusreformen av 2002. Dette er den siste store reformen i helsevesenet, og det er særlig i kjølvannet av denne reformen at samhandling ble satt på dagsorden. Når det gjelder rom har jeg lagt særlig vekt på de aktører som initierte og utarbeidet forslaget om

samhandlingsreform, hvilket er naturlig å gjøre ut i fra et instrumentelt perspektiv. Fra et kulturelt perspektiv har særlig legestanden kommet til orde på bekostning av blant annet sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter, som riktignok er sentrale i arbeidet med forebygging. Denne avgrensningen er likevel begrunnet med at legene er den mest innflytelsesrike profesjonen i norsk helsevesen.

2.5.1 Det mest sentrale kildedokumentet – St.meld.nr. 47 (2008-2009) – meldingens status og prinsipiell drøfting av innholdet

Den mest opplagte avgrensningen for denne oppgaven ligger i at reformforslaget er en stortingsmelding. Dette gjør det umulig å si noe sikkert om hvilken reform man til syvende og sist vil ende opp med.⁸ Til gjengjeld kan man si nokså mye om grunnlagene og de viktigste prinsippene i reformforslaget, blant annet hva som i særlig grad har påvirket prosessen fram mot stortingsmeldingen, og hvilke hovedgrep reformen skal ta utgangspunkt i for å nå oppsatte målsetninger.

Ifølge Store norske leksikon er stortingsmeldinger planer som regjeringen presenterer for Stortinget med sikte på framtidige politiske lovvedtak. I tillegg til å fungere som et grunnlag for framtidige politiske planer, er imidlertid en stortingsmelding også en redegjørelse for et arbeid som er gjort på et bestemt politisk felt. Det er rimelig å legge til grunn at det er et samvirke mellom den planleggende og den utredende funksjonen i en stortingsmelding: En framtidig politisk plan står sterkere dess mer gjennomarbeidet den er. Det er også grunn til å tro at de løsninger man har valgt å legge vekt på, og som dermed er mer gjennomarbeidet, også er et uttrykk for hva som faktisk er viktig i stortingsmeldingen.

Reformator er fremfor alt en heterogen aktør. Slik vil det være i et Norge som av Stein Rokkan med rette ble beskrevet som et korporativt system. Skal man gjennomføre en policy-reform i Norge, vil mange aktører være inkludert, blant annet arbeidsgiverforeninger (som KS) og arbeidstakerforeninger (som Legeforeningen). I denne oppgaven vil jeg imidlertid analysere en stortingsmelding som har vært lite på høring, delvis fordi lovprosessen med høringsrunder ikke er igangsatt, delvis også fordi forslaget om samhandlingsreform hadde en form som kun inviterte håndplukkete personer til å bidra med forslaget (mer om dette senere).

⁸ Rett før redigering og avslutning av denne oppgaven, fremla regjeringen høringsutkast til ny kommunal helse- og omsorgslov og til ny folkehelseslov. Høringsforslagene representerer en oppfølging av St.meld. nr 47 (2008-2009) og skal, etter høringen, ende opp i stortingsproposisjoner (lovforslag) som endelig stadfester og gir forutsetningene for implementering av samhandlingsreformen. Tidsrammene for avslutning av oppgaven har ikke gitt anledning til å gå gjennom regjeringens høringsforslag og ordskiftet som fulgte de første dagene etter regjeringens presentasjon av forslagene.

Det er derfor grunn til å forstå reformator som de som aktivt jobbet med reformen i departementet og på politisk nivå. Selve reformforslaget - St.meld. nr. 47 (2008-2009) - er også det viktigste dokumentet for å forstå problemperspeksjonen og løsningsforslagene til reformator, og følgelig kommer man reformator i tale ved å lese ~~denne~~ selve meldingen. Til en viss grad kan det også her være betydelig avvik. Det er for eksempel et avvik mellom den nokså nyanserte diskusjonen av kommunal medfinansiering i selve stortingsmeldingen, og Bjarne Håkon Hanssens formuleringer om en absolutt 20 prosent generell kommunal medfinansiering i den etterfølgende mediedebatten. Like fullt har jeg valgt å tolke Bjarne Håkon Hanssens foredrag om reformen som et samlet uttrykk for den overordnede organisasjonstenkningen i forslaget om ny samhandlingsreform.

Stortingsmeldingen fokuserer på forholdet mellom de to nivåene i helsetjenesten: Kommunehelsetjeneste er den delen av helsetjenesten som kommunene har ansvaret for etter lov om helsetjenesten i kommunene. Ansvaret omfatter helsefremmende og forebyggende helsearbeid, diagnose og behandling, habilitering og rehabilitering og pleie- og omsorg. Pleie- og omsorgstjenestene omfatter i tillegg tjenester etter lov om sosiale tjenester kap. 4. (NOU 2005:3:13).

Spesialisthelsetjeneste er den delen av helsetjenesten som staten har ansvar for i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten og lov om psykisk helsevern. (NOU 2005:3:13)

Samhandling er i denne sammenheng et begrep det er vanskelig å få tak på. Definisjoner og avgrensning av samhandling er tidligere drøftet i kapittel 1.2:

Samhandling, slik begrepet blir definert av Wisløff-utvalgets rapport (NOU 2005:3:13), dreier seg om aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Dette er imidlertid en omfattende definisjon fordi den inkluderer både alle som på en eller annen måte har en lønnet og direkte eller indirekte helsefaglig, politisk eller administrativ befattning med helsetjenestene. Til en viss grad er det også nødvendig å forstå samhandling bredt. For eksempel vil et kulturelt perspektiv på samhandling ta utgangspunkt i samhandling nedenifra, hos den enkelte tjenesteyter, mens samhandling fra øverste myndighetsnivå vil være utgangspunktet for et mer instrumentelt perspektiv. Jeg vil likevel hovedsakelig ta utgangspunkt i reformen sett fra reformators ståsted i Departementet, særlig representert ved tidligere politisk ledelse, som var sentrale initiativtakere til reformen. Den konkrete profesjonsutøvelsen får dermed liten plass, og blir mer trukket inn som en analytisk motpol i analysedelen. I den grad jeg vil diskutere praksis i helsevesenet har jeg også gjort et reduksjonistisk valg ved å holde meg til den mektigste

gruppen - det vil si legene. Får man ikke legene med på laget, er det vanskelig å se for seg at reformen blir gjennomført, selv om annet helsepersonell skulle ha en positiv innstilling til foreslåtte grep.

Man skal også være klar over at det i St.meld. nr. 47 (2008-2009) er vesentlige grep som enda ikke er operasjonalisert. Dette kan også være et uttrykk for at man rett og slett ikke har hatt tid til å utrede forslaget nærmere, eller det kan være et betent spørsmål man lar være å avklare nettopp fordi det er politisk uenighet om det. Dette kan likevel være grep som i senere tid vil vise seg å bli fylt med et mer konkret innhold, for dermed å bli mer kraftfulle.

Et eksempel på det siste kan være reformens forslag om sentralisering av sykehusfunksjoner, som er gitt overskriften hovedgrep 4 i meldingen: "Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse" (St.meld. nr. 47 (2008-2009):15). Dette er et grep som det i liten grad går nærmere inn på i meldingen, men som sett i sammenheng med reformens hovedsatsing på kommunehelsetjeneste, kan føre til at oppbygning av mellomstore institusjoner i kommunene faller sammen med nedleggelse av lokalsykehus. En slik tolkning ligger åpenbart til grunn for påstander om at samhandlingsreformen er et forsøk på å avkle norske kommuner for lokalsykehus, slik det for eksempel tas til orde for av Hagen, Jensen og Østre (2010:11) i en rapport initiert av Kommunenes interesseforening for lokalsykehus: "Samhandlingsreformen forsterker grunnlaget for å nedlegge lokalsykehus og avvikle betegnelsen lokalsykehus". Også diskusjonen om behovet for større "helsekommuner" som handlekraftig samarbeidspartner med spesialisthelsetjenesten, bidrar til at spørsmålet reises: Satser man på desentralisering, mens man egentlig mener sentralisering?

På sikt kan selvsagt oppbygningen av alternative tilbud i kommune-Norge gå på bekostning av lokalsykehus. Påstanden om at samhandlingsreformen er en sentraliseringsreform er likevel et eksempel på noe man frykter vil komme. Det står lite eller ingenting om lokalsykehus i selve stortingsmeldingen om reformen.

Jeg vil derfor når det gjelder dette og andre forhold i størst mulig grad forholde meg til de temaer som i dag er gitt ved både dybde- og breddeomtale i stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), som er vektlagt av mine informanter og som er diskutert i norsk offentlighet. Særlig når disse kildetyperne sammen vier oppmerksomhet til et tema, anser jeg det for å være viktig, hvilket igjen har styrt mitt valg av sekundærkilder. For en mer omfattende diskusjon av reformens viktigste innhold, vises det til kapittel 3 i oppgaven.

2.5.2 Metodisk framgangsmåte i intervjuene

Jeg har valgt en kvalitativ framgangsmåte for denne studien basert på semistrukturerte intervjuer av nøkkelinformanter. Tidlig policyanalyse nødvendiggjør et kvalitativt opplegg, i hvert fall hvis man skal få sentrale aktører fra prosessen i tale. Etter dokumentanalyse – i særdeleshet St.meld. nr 47(2008-2009) – og etter den påfølgende diskusjonen av Stortingsmeldingen etter offentliggjøring – valgte jeg å intervju et utvalg informanter. Utvalget er selektert ut fra følgende overveielser:

- Det var viktig å få informanter som hadde nær befatning med reformen – enten ved at de var sentrale i prosessen som deltakere eller premissgivere.

- Det var også viktig med informanter som ikke var involvert i prosessen, men som har særlig kunnskap om helsetjenesten (enten i helseforvaltningen eller forskning) og forvaltningsnivåene i helsetjenesten. En oversikt over intervjuobjektene er tatt med i vedlegg 1 til denne oppgaven.

Den kvalitative tilnærmingen betyr at jeg i intervjuene har søkt å sikre representativitet gjennom valg av intervjuobjektene. Undersøkelsens reliabilitet er således avhengig av at jeg:

- (1) Har truffet helt sentrale aktører og meningsbærere i forhold til tilblivelse og tolkning av reformen.
- (2) At svarene (beskrivelsene og vurderingene) fra intervjuobjektene er sannferdige.

Jeg har møtt stor velvilje fra de som ble forespurt om å delta i intervjuer. Jeg forsikret intervjuobjektene om at enkeltsynspunkter/sitater fra intervjuene ikke ville bli navngitt. Alt i alt ble jeg møtt med stor åpenhet, der de fleste informantene var nyanserte både i forhold til egne og andres synspunkter.

Tidsrammen for og omfanget av arbeidet tilsa at jeg kun har foretatt én intervjurunde. Det betyr at intervjuene har vært både eksplorerende (bidratt til å spisse problemstillinger), beskrivende og forklarende. (Hellevik 2002)

Når det gjelder utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene, har jeg valgt et semistrukturert opplegg. Intervjuguiden som er benyttet, er vedlagt (vedlegg 2). Et slikt intervjuopplegg er ansett for å være et kompromiss mellom forhåndslette og strukturerte spørsmål, og åpne og ustrukturerte svar, som gir mulighet for oppfølgingsspørsmål. (Bryman 2008:437-438)

For det første var det viktig å la informantene få svare på åpne spørsmål knyttet til reformen. Dette for ikke å låse informantene i svar og tolkninger.

For det andre var det viktig å ha et bredt sett av spørsmål som kunne tilpasses den enkelte informant ut ifra ulike oppfølgingsspørsmål. Dette er hensyn som trekker i retning av en induktiv strategi.

For det tredje var det viktig å ha et felles sett av temaer som ble behandlet i alle intervjuene. Viktigheten av prosessaspektet gjorde at jeg alltid begynte intervjuene med spørsmål knyttet til prosess. Her ble det naturlig nok stilt flere oppfølgingsspørsmål til dem som hadde hatt nær befatning med reformen, men det var også viktig å få tolkninger av reformprosessen sett utenifra.

Validiteten i beskrivelsen, synspunkter og vurderingen av samhandlingsreformen som informantene fremmet, er avhengig av at spørsmålene jeg stilte er relevante i forhold til oppgavens problemstillinger. En felles intervjuguide sikret at alle problemstillinger ble drøftet med alle informanter, samtidig som oppfølgingsspørsmål ga mulighet for å sikre lik forståelse og meningsinnhold i sentrale begreper. I etterkant konstaterer jeg at mange beskrivelser, synspunkter og vurderinger er sammenfallende mellom flere informanter. Dette styrker både reliabilitet og validitet i informasjonen fra intervjuene.

3 Prosessen og innholdet i forslaget om samhandlingsreform

3.1 Den ”nære prosessen” med forslaget om samhandlingsreform: 2008-2009

3.1.1 Forutbestemt reform

- *Det er vanskelig å kritisere noen som er på vei mot et mål. (Sitat fra intervjuene).*

Da Bjarne Håkon Hanssen presenterte samhandlingsreformen på helsekonferansen i juni, 2009, var det få uker før stortingsmeldingen ”Rett behandling - på rett sted - til rett tid” - skulle legges fram for offentligheten. I forkant av foredraget hadde Hanssen og statssekretær, Ketil Lindseth, vært politiske ledere for et reformforslag man hadde brukt om lag et år på å jobbe fram - fra juni 2008 til mai 2009. Det er rimelig å tro at det korte tidsrommet man hadde til å utforme stortingsmeldingen om reformen, er en viktig årsak til at vesentlige deler av reformforslaget av mange ble karakterisert som lite konkret (se bl.a. innstillingen fra Helse- og omsorgskomiteen); det var de overgripende utfordringene og grepene som skulle komme i fokus. Samtidig var det både naturlige årsaker og mer veloverveide intensjoner som lå til grunn for den korte arbeidstiden man hadde gitt seg med reformforslaget, kan en av informantene fortelle.

Bjarne Håkon Hanssen tiltrådte som minister i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i slutten av juni, 2008. Skulle man lage en reform, hadde man dermed om lag ett år fram til valgkampen var i gang. Etter valget kunne like gjerne opposisjonspartiene ha flertall, noe som igjen ville gjøre det vanskelig å forutse hvilken regjering landet ville få, og hvilken skjebne reformarbeidet da ville lide. Det var derfor en avgjørende politisk vurdering, blir det fortalt om i intervjuene, at et forslag om reform måtte legges fram for Stortinget før høsten 2009. Slik ville man også kunne bruke reformen instrumentelt i en valgkamp. Men først måtte man vinne den helsepolitiske debatten.

Bjarne Håkon Hanssen erstattet Sylvia Brustad som helse- og omsorgsminister, som hadde vært utsatt for hard kritikk i mediene når det gjaldt økonomistyringen ved norske sykehus (Aftenposten 20.06.2008). Mot slutten av Brustads tid som helse- og omsorgsminister ble det også reist kritikk av håndteringen av den omstridte utbyggingen av et

sykehushotell ved Radiumhospitalet i Oslo (Aftenposten 10.06.2008). Helsepolitikk var på dette tidspunktet langt i fra en vintersak for den rødgrønne regjeringen. Dette kan sies å ha vært særlig problematisk for Arbeiderpartiet. Dette både fordi helse og eldreomsorg er helt sentrale politiske saker sett over flere stortingsvalg (Aardal 2003: 16), men også fordi Arbeiderpartiets framgang ved stortingsvalget i 2005 mer spesielt var hjulpet fram av et sakseierskap til helsepolitikken. Eldreomsorg og helse var to av tre saker der partiet hadde særlig høy tillit fra norske velgere (Aardal m.fl. 2007:31).⁹

Da Bjarne Håkon Hanssen overtok som helse- og omsorgsminister i 2008, var kommentaren fra statsminister, Jens Stoltenberg, at Hanssen hadde vist en veldig kraft til: "... å gjøre endring, styrke og fornye områder han hadde hatt ansvar for" (Aftenposten 20.06.2008). Bjarne Håkon Hanssen hadde tidligere hatt ansvaret for NAV-reformen, og han var blitt trukket inn som sterk politiker i sluttforhandlingene av pensjonsreformen. Foran slottsplassen den 20. Juni, 2008, kunne Hanssen også fortelle at han var "reformhungrig", og at pasienthåndtering og kvalitet i behandlingen på sykehus var noe han ville se nærmere på (Aftenposten 10.06.2008). Man kan dermed si at en reform i helsevesenet var på trappene allerede ved den andre omrokkingen av statsråder i den rødgrønne regjeringen, som inkluderte utnevnelsen av Bjarne Håkon Hanssen til helse- og omsorgsminister.

En tolkning av dette, som flere av intervjuobjektene også trekker fram, er at den rødgrønne regjeringen nå skulle vinne den helsepolitiske debatten med Hanssen som minister, og samtidig gjøre noe med de stadig økende kostnadene i sektoren. Fra intervjuene blir det trukket fram at arbeidet med en helsereform kunne ha en avgjørende funksjon i det helsepolitiske ordskiftet for den rødgrønne regjeringen: Ble man møtt med kritikk i forbindelse med et helsepolitisk spørsmål, kunne man svare at spørsmålet var under utredning, og at man var på vei mot en ny og bedre helsepolitisk hverdag. Det er med andre ord vanskelig å kritisere noen som er på vei mot et mål.

3.1.2 Jakten på et problem

- Nå ser jeg reformrommet. (Sitat fra intervjuene).

Selv om mer taktiske vurderinger utgjorde et bakteppe for en helsereform, var det uvisst hvilken innretning en slik reform skulle ha. Det var sykehusene som hadde vært i fokus

⁹ Kampen mot arbeidsledighet, eldreomsorg og helse er de tre politiske sakene der Arbeiderpartiet kommer positivt ut når det gjelder tillit blant velgerne, hvis man korrigerer for valgresultatet på 32,7 prosent. På spørsmålet "hvilket parti synes har best politikk på området", får Arbeiderpartiet henholdsvis 38 prosent i spørsmålet om eldreomsorg, og 39 prosent i spørsmålet om helsepolitikk (Aardal m. fl. 2007: 32-34).

de siste årene. Både i form av den siste store helsereformen, sykehusreformen som ble gjennomført i 2002, og i form av store budsjettsprekker ved mange sykehus i årene etter at sykehusreformen var gjennomført. Dette har i sum gitt sykehusene utvidete økonomiske rammer, som også er bakgrunnen for at ”den neste store reformen måtte dreie seg om kommunehelsetjenesten”, som det ble sagt i ett av intervjuene.

Ser man på det tallmessige forholdet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, er også spesialisthelsetjenesten svært dominerende målt ved både andel av helsebudsjettet og ved antall ansatte (jf. lap. 1.3.1). Det var derfor på ingen måte gitt at den nye reformen skulle ha et fokus på kommunehelsetjenesten, og dennes samarbeid med den statlige styrte delen av helsevesenet. Man kan med andre ord stille spørsmålet: “Hvorfor en samhandlingsreform?”

Allerede første uka etter at Bjarne Håkon Hanssen hadde tiltrådt som minister, foretok han en reise rundt i helse-Norge sammen med blant annet sin mangeårige statssekretær, Ketil Lindseth, og daværende ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, Vidar Oma Steine. Steine hadde tidligere vært med på store utredninger om norsk helsevesen, blant annet som prosjektdirektør for Den norske offentlige utredningen "Pasienten først!", som i sitt brede mandat for å se på ledelses- og organiseringsaspekter ved sykehusene, også vurderte hvordan samhandlingen med kommunehelsetjenesten kunne bedres (NOU 1997: 2: 20).

Det reformens initiativtakere var på jakt etter på denne første reformreisen, var en problemperspeksjon av de sentrale utfordringene for norsk helsevesen, hvilket man også delvis fant. Bjarne Håkon Hanssen skal ha uttalt på ett av reisens stoppesteder: "Nå ser jeg reformrommet". Uttalelsen falt i sammenheng med et møte med en pasient i Levanger, som var offer for to nivåer i helsetjenesten som ikke tok et samlet og helhetlig ansvar for pasienten - verken helsefaglig eller økonomisk. Nå er det vanskelig å vite i hvor stor grad den aktuelle pasienten var et offer for systemsvikt; poenget i denne sammenheng er heller at denne første reformreisen gav næring til det som skulle bli den sentrale arbeidsinstruksen som ble gitt til embetsverket i arbeidet med reformen:

- *Vi skal finne fram til et system som gir juridiske og økonomiske virkemidler som sørger for at samhandling skjer på grunn - og ikke på tross - av systemet. (Sitat fra intervjuene).*

Men hva betyr egentlig dette?

Før man tok sommerferie i Helse- og omsorgsdepartementet ble det bestemt at man skulle nedsette en prosjektgruppe som skulle arbeide videre med reformen. Det var denne

gruppa i samspill med resten av regjeringen som skulle legge de sentrale premissene for forslaget om en samhandlingsreform. Det vil si operasjonalisere det man kan kalle for en nokså mangetydig arbeidsinstruks.

3.1.3 Innflytelsen fra det amerikanske helsevesenet

Troen på forebyggende helsetiltak spiller en sentral rolle i forståelsen av arbeidsinstruksen som ble gitt til embetsverket, en forståelse som fikk næring fra et besøk i utlandet. Kaizer Permanente er navnet på USAs største private helseforsikringsselskap, og som har fungert som inspirasjonskilde i arbeidet med samhandlingsreformen. Politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet og enkelte andre fra reformarbeidet dro på studietur til selskapets hovedkvarter i San Francisco, høsten 2008. Senere skulle også Stortingets Helse- og omsorgskomite besøke San Francisco for å lære om selskapets praksis på forebyggingsfeltet. Styreleder i Kaizer permanente George Halvorson (2007) har også skrevet en bok – ”Health care reform now” – som i intervjuene ble trukket fram som selve bibelen i arbeidet med reformen. Hovedbudskapet til Halvorson (ibid.) er at det nesten ikke finnes grenser for hvor mye penger man kan bruke på forebyggende helsetiltak. Dersom ressursene settes riktig inn, kan man unngå videre sykdomsutvikling. Dette kalles for sekundærforebyggende helsearbeid.

La det først være sagt at man ikke dro til USA for å lære om privatisering av helsevesenet. Samhandlingsreformen er et prosjekt med det formål å bevare den norske velferdsstaten gjennom fornyelse og redusert kostnadsvekst. Veien til dette målet er ikke planlagt å gå gjennom eksplisitt privatisering eller radikale prioriteringer i behandlingstilbudet til norske pasienter.

Det man imidlertid fikk øyene opp for, var den økonomiske uheldige virkningen av dagens ansvarsdeling i det norske helsevesenet, ble det fortalt i intervjuene. Den økonomiske tesen om forebyggingsarbeidets stilling i dagens helsevesen er: Dersom kommunene bruker penger på forebyggende helsetiltak, taper de kommunebudsjettet, mens staten sparer penger i form av redusert sykehusaktivitet. Dette er kjernen i det man kaller for samhandlingsproblemet, ble det pekt på i et intervju. Kommunene med sitt ansvar for kommunehelsetjenesten har ikke en økonomisk interesse i prioriteringen av forebyggende helsearbeid. Et sentralt poeng i samhandlingsreformen ble derfor å lage et system som ga både stat og kommune en økonomisk interesse av å støtte hverandre i pasienthåndteringen, og

dette vil igjen føre til et system som samhandler, var påstanden. Det er i dette lyset at kommunale medfinansiering ble et helt sentralt grep i forslaget om samhandlingsreform.

3.1.4 Organiseringen av arbeidet med samhandlingsreformen

- *Vi laget en referansegruppe i stedet for å velge den vanlige framgangsåten med en stortingsmelding. (Sitat fra intervjuene).*

Arbeidet med stortingsmeldingen om samhandlingsreformen hadde fra begynnelsen av en form som var designet for å ivareta politisk kontroll. De sentrale gruppene i arbeidet med reformen var prosjektgruppa/sekretariatet, ekspertutvalget og statssekretærutvalget, som var viktig for å utmeisle kompromisser mellom de tre regjeringspartiene.

Prosjektgruppa

Prosjektgruppa som skulle jobbe fram reformforslaget besto av om lag 15 personer, hvor av noen var faste ansatte i Helse- og omsorgsdepartementet. Det var imidlertid også hentet inn håndplukkete personer utenifra, for å gi særlig innsikt i de sentrale temaene man var opptatt av, så som samhandling og forebygging. I prosjektgruppa ble for eksempel Helge Garåsen hentet inn til ett års arbeid i Departementet på grunnlag av forskningsarbeider om den såkalte Trondheims-modellen, som baserte seg på samarbeidsprosjekter mellom Universitetssykehuset i Trondheim og Trondheim kommune (Garåsen og Kaasa m.fl. 2005). Et sentralt funn i et forskningsarbeid av Garåsen (2008a, 2008b) var at eldre pasienter med hell kunne sluttbehandles på såkalt intermediær avdeling (sykehjemsavdeling med forsterket helsefaglig tilbud); da overføring til slik avdeling betydde færre reinnleggelser på sykehus og lavere dødelighet. Opprettelse av intermediære avdelinger er i henhold til forskningen på Trondheimsmodellen både til gode for pasient, men også kostnadseffektivt i den forstand at plassene her er billigere enn sykehusplasser (Garåsen og Kaasa m.fl. 2005). Slike forsterkede sykehjemsplasser, som skal fungere i forbindelse ved inn- og utskrivning av enkelte pasientgrupper, er eksempel på ett av flere tiltak i reformen, som også tar sikte på å etablere et helsefaglig mellomnivå i kommunehelsetjenesten, som skal avhjelpe kommuner og sykehus i samarbeidet og pasienter med behov fra begge tjenestenivåer¹⁰.

Nå er det vanskelig å uttale seg nøyaktig om i hvor stor grad enkeltpersoner har påvirket forslaget om samhandlingsreformen. Det er derimot grunn til å hevde at den samlede

¹⁰ Jf. kapittel 4.2 der det vises at en ny kommunerolle i helseforvaltningen er et sentralt grep i reformen.

rekrutteringen av personer utenifra til prosjektgruppa har hatt relativt stor betydning for hva stortingsmeldingen fokuserer på (og hva den ikke fokuserer på). Flere informanter melder om at prosjektgruppa var det viktigste organet i arbeidet med reformforslaget, og man kan også se en tydelig sammenheng mellom de tiltak det fokuseres på i meldingen, og tidligere arbeider gjennomført av noen av prosjektgruppas medlemmer på samhandling og forebygging¹¹.

Til en viss grad var også ekstern rekruttering en brodd mot Helse- og omsorgsdepartementets innflytelse på stortingsmeldingen i den forstand at færre fra departementet ble sentrale i arbeidet sammenliknet med det som er regnet for å være vanlig forvaltningspraksis i arbeidet med en stortingsmelding. Fra politisk hold var man sågar inne på å reorganisere selve strukturen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ut fra et samhandlingsmønster. Man var av den oppfatning at HOD var organisert etter den samme silostrukturen som resten av helsevesenet - følgelig måtte også departementets struktur under kniven. Dette tiltaket ble det likevel ikke noe av, men initiativet er en illustrasjon på viljen sentrale aktører hadde til å organisere helsevesenet etter et samhandlingsmønster - også på øverste myndighetsnivå.

Ekspertgruppa

Når det gjaldt den såkalte ekspertgruppa, var denne designet med et bevisst formål om å gi legitimitet til reformarbeidet, har det blitt sagt i intervjuene. I ekspertgruppa hadde Dagfinn Enerly erfaringer fra et brukerståsted i helsevesenet, mens Frelsesarmeen stilte som en representant fra frivillig sektor. Formelt sett skulle ekspertgruppa være et rådgivende organ for prosjektgruppa (Aasrud 16.10.2008), skjønt mye tyder på at rådene heller gikk fra prosjektgruppa til ekspertgruppa. For eksempel holdt prosjektgruppas leder, Vidar Oma Steine (21.10.2008), foredrag om samhandlingsutfordringene på ekspertgruppas folkemøte i Alta. Blant de 14 medlemmene som satt i ekspertgruppa, var flertallet personer med erfaring fra koordinering og integrasjon av kommune- og spesialisthelsetjeneste. Sentrale premissleverandører i reformarbeidet, blant annet statsråden selv, var også representert i begge grupper. Slik var ekspertgruppa er instrument for den offentlige scenen, mens stykket ble forberedt i prosjektgruppa på bakrommet, og sentrale aktører spilte en rolle begge steder.

Ekspertgruppa hadde dermed - i tillegg til den legitimerende funksjonen - også en intern funksjon "inne i beslutningsmaskinen" når det gjaldt å holde tempoet og dynamikken i

¹¹ Se for eksempel henvisninger til erfaringer fra Trondheim og Alta i St.meld. nr. 47 (2008-2009): Kapittel 6 og kapittel 9.

reformarbeidet oppe: Man måtte komme videre i å forstå og formulere utfordringene i helsevesenet fordi det skulle presenteres et budskap forut for neste møte i ekspertgruppa.

Statssekretærutvalget

Statssekretærutvalget tok for seg drøftelser mellom de berørte departementer, og sentrale aktører var representert fra Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Finansdepartementet. Implisitt var dette også et utvalg for de ulike partiene. SV er for eksempel et parti som vil profilere seg på utdanningsområdet, og følgelig var det viktig at utdanning og forskning på helseområdet også ble diskutert i stortingsmeldingen om reformen.

En helt sentral uenighet i statssekretærutvalget, gikk på spørsmålet om såkalte helsekommuner, har det blitt understreket i flere av intervjuene. I utgangspunktet var man fra Arbeiderpartiets side opptatt av å gjøre noe med kommunestørrelsen på helseområdet - ikke fordi dette var et mål i seg selv - men fordi det var nødvendig for å gjennomføre samhandlingsreformen. Stortingsmeldingen antar at man trenger et befolkningsgrunnlag på minst 10 000 innbyggere for å kunne bygge ut mellomstore helseinstitusjoner, slik som intermediære avdelinger, tverrfaglige helseteam på rus og psykiatri osv (kilde). Og for alle praktiske formål dreier de mest omfangsrrike delene av samhandlingsreformen seg om oppbygning av kommunehelsetjeneste, både målt ved antall sider der dette temaet blir omtalt på i meldingen, men også mer substansielt sett i forhold til de temaene det ble fokusert på blant informantene og i den generelle mediedebatten.

Den viktigste utfordringen i statssekretærutvalget dreide seg derfor om finne fram til løsninger som ivaretok behovet for større kommunale befolkningsenheter for helsetjenestene, samtidig som man ikke la opp til endring av kommunestrukturen. Arbeiderpartiet ville fra starten av ha såkalte helsekommuner, men her satte Senterpartiet foten ned.

3.2 Innholdet i forslaget om en samhandlingsreform

St.meld. nr 47 (2008-2009) ble offentliggjort 22. juni 2010. De sentrale grep i dette forslaget om samhandlingsreform er som tidligere nevnt (a) styrking av og kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten og (b) større kommunale enheter. Dette er de to viktigste strukturelle grepene i det reformen kaller ny kommunerolle. Det tredje

strukturelle grepet er foreskriving av samarbeidsavtaler mellom kommuneenheter og regionale helseforetak (c). (St.meld. nr. 47 (2008-2009))

Kompetanseoppbygningen skal skje gjennom overføring av ressurser til kommunene i form av penger, helsepersonell og regulering av legenes praksis. I tillegg foreslås det en rekke innholdsmessige endringer, men jeg vil i mindre grad gå inn på disse her. De strukturelle endringene i retning av større kommunale helseenheter og mer samarbeid mellom stat og kommune, skal understøttes av endrete finansieringsordninger. (St.meld. nr. 47 (2008-2009))

3.2.1 Satsingen på kommunehelsetjenesten

Reformen har blitt møtt med særlig to kritikker hva angår realisme i satsingen på kommunehelsetjenesten. For det først hefter det stor usikkerhet ved en grunnleggende instrumentell forutsetning, nemlig hvorvidt tilførsel av ressurser og helsepersonell i kommunehelsetjenesten vil føre til færre sykehushenvisninger (Dagens Næringsliv 17.08.2009).

For det andre knytter det seg en kritikk til realismen i større kommunale helseenheter gjennom interkommunalt samarbeid, all den tid kommunene selv bestemmer hvorvidt de vil innlede et samarbeid (Hagen 2009). I Dagens Næringsliv (17.08.2009) slår professor ved Helseøkonomisk forskningsprogram, Tor Iversen, fast at økt kapasitet hos fastlegene snarere fører til mer bruk av sykehusene. Terje P. Hagen (ibid.) uttaler i samme artikkel at sammenhengen mellom legekapasitet og sykehusaktivitet er høyst usikker med hensyn til effekt. Denne problemstillingen drøftes og utdypes nærmere i kapittel 5.

Det er mulig å øke tilfanget av leger i kommunehelsetjenesten. At kommunene ikke har hatt forutsetninger til å utvikle robuste faglige og organisatoriske miljøer, vurderes som en hovedårsak til at kommunenes helsetjenester i dag ikke svarer til ambisjonsnivået i reformen. Kommuner har med andre ord slitt med å rekruttere og beholde fagpersonell (St.meld nr. 47 (2008-2009):27) – noe som i stor grad er knyttet til rekruttering av leger til fastlegeoppgaver og til kommunale helsetjenester. Ifølge Helsedirektoratet vil man de nærmeste årene ha en årlig netto tilgang på 600 leger (St.meld nr. 47 (2008-2009):29).

I samhandlingsreformen foreslås det at disse legene tvangskanaliseres inn mot kommunehelsetjenesten ved å innføre forbud mot en netto økning av antallet sykehusleger. Parallelt med flere allmennleger i kommunene, vil det følge en regulering av fastlegenes praksis. Både ansettelseskrav og praksisbegrensninger støter an mot legenes handlingsrom. Der er ikke sikkert at man får Legeforeningen med på laget i en storstilt satsing på

kommunale oppgaver innen kommunehelsetjenesten – altså oppgaver som ligger utenfor praksisen til privatpraktiserende fastleger. Like fullt er det den instrumentelle forutsetningen om redusert sykehusaktivitet som har fått mest oppmerksomhet så langt i vurderingen av reformen.

Reformen forutsetter at styrking av kommunehelsetjenesten skjer innenfor større kommunale helseenheter. Dette er angrepspunktet for den andre hovedkritikken mot reformen:

3.2.2 Større kommunale enheter

Det har de senere år vært et økende press på at kommuner skal slå seg sammen i større enheter. Det viktigste argumentet for sammenslåing er at kommunene er for små til å ivareta sine oppgaver. Like fullt har det kun vært 4 kommunesammenslåinger fra 2005 til i dag (SSB, KOSTRA). I helsevesenet har også særlig den økende spesialiseringen knyttet til flere og bedre behandlingsformer medført et sentraliseringspress, som blant annet har ført til at funksjoner ved lokale sykehus samordnes ved regionale sykehus. Innbyggertallet i over halvparten av norske kommuner er under 5000 (Hagen 2009: 110). I samhandlingsreformen antar man at befolkningsgrunnlaget i kommunale helseenheter minimum må være 10 000 (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hagen (2009) understreker at det er tvilsomt om forutsetningen om kommunesammenslåing eller interkommunalt samarbeid blir innfridd, all den tid kommunene bestemmer selv hvorvidt de vil innlede et samarbeid.

Stortingspolitikerne har svært ulike syn på kommunesammenslåing, noe som også reflekterer at mange kommuner er motstandere av sammenslåing. Et parti som har store deler av sin oppslutning i mindre kommuner, og som dermed forsvarer desentraliseringsprinsipper i norsk politikk, er Senterpartiet (SP). Partiet er til tross for sin relativt beskjedne størrelse, et interessant utgangspunkt i sentraliseringsdebatten som trolig vil følge av samhandlingsreformen. Dette fordi partiet sitter i regjering. Lokaldemokrati er en grunnverdi i SP, og det er derfor umulig å forestille seg at man verken kan eller vil gå på tvers av egne kommunepolitikere i spørsmålet om større helsekommuner. I SPs program står det blant annet å lese:

- *Et levende folkestyre og desentralisering av eiendomsrett, makt, kapital og bosetting er grunnleggende elementer i Senterpartiet sin politikk (SPs program 2009-2013: 7).*

Slik vil Senterpartiets innstilling til større kommuneenheter være en viktig komponent i det minste felles multiplum samhandlingsreformen er i en rødgrønn flertallsregjering.

Senterpartiet skal ifølge eget program være selve garantisten for desentralisering. Kommunesammenslåing og kommunesamarbeid skal derfor kun skje med kommunenes eget samtykke. (SPs program 2009-2013: 12-14).

Dette standpunktet er også reflektert i reformen. I utgangspunktet var det ikke gitt at man i forslaget til ny helsereform ville avstå fra tvangsbruk overfor kommunene, sett fra Arbeiderpartiets ståsted. Ifølge Alstadheim (DN 29.10.2009) forsøkte tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen å få gjennomslag i reformarbeidet for at flertallet av landets kommuner skulle tvinges til samarbeid i såkalte helsekommuner. At reformen i stedet betoner en organisasjonsform man også kjenner fra NAV-reformen, nemlig lokalt utformet interkommunalt samarbeid, viser med all tydelighet at Senterpartiet satte foten ned for tvangssentralisering. Her må det imidlertid skytes inn at reformen ikke nødvendigvis står og faller med interkommunalt samarbeid. Tar man utgangspunkt i befolkningsantallet i stedet for antallet kommuner, ser man at 75 prosent av befolkningen bor i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Dersom ingen kommuner inngår interkommunalt samarbeid til tross for oppfordringer om dette, vil det like fullt være mulig å gjennomføre reformen for dem som allerede bor i store nok kommuner.

3.2.3 Finansieringsløsningene i reformen

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten innebærer at kommunene gis 20 prosent av gevinsten eller tapet ved sykehusenes kostnadsutvikling (St.meld. nr. 47 (2008-2009):31). Medfinansiering består også i at kommunene gis fullt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter (St.meld.nr. 47 2008-2009: 32). Det generelle medfinansieringsansvaret vil gjelde for utvalgte pasientgrupper der kommunehelsetjenesten kan spille en forebyggende rolle. I kjølvannet av kommunal medfinansiering vil man også endre blandingsforholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering, som er bestanddelene i finansieringen av norske sykehus. (St.meld.nr. 47 (2008-2009):33)

I sum foreslår man relativt omfattende finansieringsendringer, og jeg vil avgrense meg til å diskutere disse på et overordnet nivå. Innføringen av finansieringsløsningene begrunnes med at de vil gi kommunene insentiver til å bygge opp sitt eget apparat med fokus på forebygging. Dette vil i sin tur redusere antallet innleggelses på sykehusene. Kommunene vil høste økonomisk gevinst ved redusert sykehusaktivitet fordi en reduksjon her gir større besparelser enn tilsvarende utgiftsøkning knyttet til økt aktivitet i kommunene. (ibid.)

I den norske offentlige utredningen som gikk forut for reformen (Wisløff-utvalget), anbefalte man ikke kommunal medfinansiering. Der var argumentet mot kommunal medfinansiering at kommunene ikke hadde kontroll over innleggelse og utskrivninger ved norske sykehus. (NOU 2005:3).

Et annet tungtveiende hensyn mot kommunal medfinansiering er kommunestørrelse. Betalingsordningen legger en større økonomisk risiko på kommunene, noe som kan være vanskelig å håndtere når kommunene er små. Kommuner som er presset økonomisk, kan være ute av stand til å utvikle alternative tjenester og forebyggende tiltak. Samtidig er medfinansieringsløsningen ikke egnet til å lokke kommunene inn i større enheter i form av ulike typer for interkommunalt samarbeid dersom risikoen for økte kostnader er for stor. (Hagen 2009)

I samhandlingsreformen foreskrives det også en nedprioritering av aktivitetsbasert, innsatsstyrt finansiering (ISF) til fordel for større rammebevilgninger av norske sykehus. Forholdet mellom de to finansieringsformene endres med 10 prosentpoeng, det vil si en nedjustering av ISF fra 40 prosent til 30 prosent. Tilsvarende oppjusteres rammebevilgningene av norske sykehus fra 60 prosent til 70 prosent. (St.meld nr. 47 (2008-2009):33)

Endringen av blandingsforholdet mellom rammefinansiering og stykkpris kan tolkes som et forsøk på å begrense kostnader. Innsatsstyrt finansiering (stykkpris) gir i utgangspunkt insentiver til å øke aktiviteten – og dermed kostnadene - mens rammefinansiering sikrer budsjett- og kostnadskontroll.

I forhold til innsatsstyrt finansiering hevder både representanter for helsepersonell og helseforetakene, at grunnlaget for refusjoner ikke er godt nok forankret i de helsefaglige miljøene. Med det mener man at det ikke er god nok sammenheng mellom faktiske utgifter i en sykehusavdeling og den finansieringen man mottar for aktiviteten (NOU 2003 nr. 1:98-99). Slik har ISF til en viss grad virket kostnadsdrivende ved at man prioriterer de aktivitetsformene som gir størst økonomisk gevinst. Aktivitetsbasert finansiering innen somatisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten gir også liten stimulans til å prioritere forebyggende arbeid blant de pasientgruppene som man ikke får en høy stykkpris for (Forstrøm m.fl. 2009:53).

Man kan også tolke økningen i rammefinansieringen som et ytterligere forsøk på å gi de enkelte institusjoner ansvaret for å prioritere lokalt innenfor faste økonomiske rammer.

Dette vil kunne være i tråd med den økonomiske målsetningen om bedre budsjettstyring, men vil også kunne skape større pasientkøer.

3.2.4 Formaliserte avtaler mellom statlig styrte helseforetak og større kommuner

Det tredje store systemiske grepet for å sikre samhandling mellom tjenestelinjene i helsevesenet, er lovregulerte avtalesystemer mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Dette tiltaket er særlig viktig for å sikre at spesialisttjenesten også oppfyller forpliktelser når det gjelder forebyggingsaspektet og kommunal risiko knyttet til medfinansiering. Samarbeidsavtalene som skal inngås mellom de to tjenestelinjene skal klargjøre oppgavefordelingen, og det vektlegges at spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunene med kompetanse og kunnskapsoverføring. Imidlertid vil man ikke trekke opp de endelige grensene mellom tjenestenivåene. (St.meld. nr. 47 (2008-2009):28)

At man ikke foretar noen endelig gresnedragning mellom nivåene, kan være et uttrykk for at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har tilstrekkelig utredet hvilken konkretisert form samarbeidet mellom stat og kommune skal ha i samhandlingsreformen. Det eksisterer her en spenning mellom ønsker om lokal utforming av avtalene, samtidig som det i intervjuene understrekes at avtalene må ha belønnings- og sanksjonsmekanismer som sikrer gjennomføring.

Det avgjørende ved disse avtalene ligger i forutsetningen om at kommunene er forutsatt å være større og sterkere gjennom interkommunalt samarbeid. Per dags dato rapporteres det om en asymmetri mellom kommuner og helseforetak når det gjelder størrelse og faglig kompetanse, samt ulikhet i organisasjonskultur (St.mld nr. 47 2008-2009:77). Oppfatningen i reformdokumentet er imidlertid at det vil skje en endring i retning av mer likeverdighet og gjensidig kulturforståelse, gitt større kommunale enheter.

3.3 Stortingsbehandlingen

Tidlig i Stortingets vårsesjon, 2010, var Dagfinn Høybråten ute og advarte regjeringen mot å bruke Stortinget som dørmatte (NTB 03.01.2010). Ifølge Høybråten (ibid.) måtte den rødgrønne regjeringen bestemme seg for hvorvidt de ville samarbeide eller søke konfrontasjon med opposisjonen. Høybråten henviste blant annet til samhandlingsreformen som den mest omfattende saken i Stortingets kommende vårsesjon.

Jens Stoltenberg hadde også uttalt ved flere anledninger at det var nødvendig å ta med opposisjonen på forlik i viktige politiske saker. I forbindelse med forliket som ble inngått om hovedlinjene i pensjonsreformen, uttalte Stoltenberg: "Vi må søke å finne frem til løsninger der de (les: opposisjonen) også opplever at de har innflytelse" (Dagens Næringsliv 23.12.2005). Tar man med opposisjonen med på råd i en stor reform, er sjansen større for at reformen også vil overleve på lengre sikt under skiftende regjeringspartier.

For samhandlingsreformen er det annonsert at reformen for alvor skulle gjennomføres fra 2012, da det ville ta tid å utrede, vedta og implementere en storstilt oppbygning av kommunehelsetjenesten (St.meld nr. 47 (2008-2009)). Slik vil reformen også kunne bli en viktig politisk sak i neste stortingsperiode.

Det var derfor med skuffelse at opposisjonspartiene Høyre, Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet (Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen 20.04.2010) uttrykte at de i liten grad var tatt med på råd om samhandlingsreformen. Innstillingen (ibid.) er generelt preget av en klar todeling, der regjeringspartiene slår fast at man har blitt enige om mye, og at man forøvrig er optimistiske på vegne av reformen. På den andre siden finner vi opposisjonspartiene, som nok er enige i mange av intensjonene i reformen, ikke minst at større grad av forebygging og samhandling skal skje gjennom økt satsing på kommunehelsetjenesten, men som særlig påpeker at man i altfor liten grad har blitt tatt med på råd:

- *Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til regjeringens og spesielt til Jens Stoltenbergs uttalte intensjoner om et bredt forlik i Stortinget. Disse medlemmer vil påpeke at en samlet opposisjon var rede til å inngå forhandlinger med intensjon om å få en bred tilslutning til en samhandlingsreform som kunne gitt gode resultater i helsevesenet. Regjeringspartienes behandling av denne saken oppleves å være i sterk kontrast til regjeringens tidligere uttalte intensjon om forlik. (Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen 20.04.2010:12)*

Ifølge informantene ville lakmustesten på regjeringens vilje til å gå videre med reformforslaget være knyttet til i hvor stor grad man inkluderte opposisjonen i stortingsbehandlingen av reformforslaget. Nå er det ikke sikkert at det nødvendigvis skortet på vilje hos regjeringen til å inkludere opposisjonen i det videre arbeidet med reformen, til tross for stadige påstander om at regjeringen opptrådte med "flertallsarroganse". Det var kanskje heller en utfordring for regjeringen å komme til enighet med seg selv. Særlig hadde det vært stor uenighet mellom Arbeiderpartiet og Senterpartiet om en sentral del av reformen,

nemlig det økonomiske insitamentet som var utformet for å skape samhandling mellom stat og kommune: Kommunal medfinansiering.

Om lag en måned før innstillingen til stortingsmeldingen om ny helsereform skulle være klar annonserte regjeringen at den oppnevnte et nytt statssekretærutvalg for å se nærmere på finansieringsløsningene i reformen (Dagens Medisin 25.03.2010). Dette innebar ifølge leder av helse- og omsorgskomiteen, Bent Høie (Høyre), at regjeringen vil ta sentrale deler av reformen opp til ny og intern drøfting (ibid.).

Annonseringen av at regjeringen nå tok en vesentlig bestanddel i reformforslaget opp til ny vurdering, var ikke overraskende. For det første var det åpenbart at Senterpartiet hadde forsterket sin motstand mot kommunal medfinansiering. Liv Signe Navarsete hadde vært ute i mediene ved flere anledninger (Dagens Næringsliv (11.11.2009); NTB (03.03.2010), både for å skyte på kommunal medfinansiering, men også for å forsikre egne velgere om at ingenting i samhandlingsreformen var egnet til å tvinge kommuner sammen i større enheter. I tillegg til at Senterpartiet, med base i Kommunal- regionaldepartementet, hadde gått kraftig ut mot kommunal medfinansiering, var det også en kjensgjerning at reformforslaget nå manglet sine sentrale talspersoner. Bjarne Håkon Hanssen og flere med ham hadde nå gått ut av politikken og etablert et privat konsultentselskap.

3.4 Inspirasjonskildene til en samhandlingsreform (2002-2008)

3.4.1 Sykehusreformen

- *En erkjennelse mange hadde var at den neste reformen måtte dreie seg om å finne arbeidsformer som understøttet helsetjenestene som en samlet organisasjon. (Sitat fra intervjuene).*

Fra intervjuene rapporteres det om at sykehusreformen var et ektefødt barn av new public management (NPM), og at samhandlingsreformen på mange måter er ment å være en motsats til sykehusreformen, som førte med seg sentralisering av politisk myndighet og fristilling av styringsvirksomhet. Inge Marie Stigen (2005:16) oppsummerer de to viktigste systemiske grepene i sykehusreformen på følgende måte: ”Gjennom foretaksmodellen kombinerer reformen et sentralisert statlig ansvar med et desentralisert styringssystem.”

Ved å flytte sykehusene ut av fylkeskommunenes favntak og over til staten og profesjonelle og uavhengige styrever i de fem regionale helseforetakene, ble avstanden også større mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette fordi man fjernet det politiske mellomnivået i norsk helseforvaltning – fylkeskommunen. Og med større politisk styringsmessig avstand mellom to tjenestenivåer – mellom kommune og stat - øker behovet for å tenke på tvers av systemene. Sykehusreformen skapte dermed et reelt behov for å fokusere på samhandling, selv om det ikke var gitt at samhandlingstenkningen skulle bli selve brohodet i den neste store helsereformen – samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen kan dermed delvis ses på som en reaksjon på implementeringen av sykehusreformen, og de utfordringer denne bragte med seg.

Interessant nok var økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten en av de åtte målsetningene man hadde med sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66 2000-2001). Resultatevalueringen av sykehusreformen (2007) har to interessante funn i sin diskusjon av samhandlingsmålet i sykehusreformen. Samhandling er her nokså avgrenset målt ved liggetid for eldre pasienter avhengig av om det eksisterer pasientkontakter og formaliserte samarbeidsavtaler mellom de to tjenestenivåene (Holmås m.fl 2007: 49). Man finner at effektene av disse to virkemidlene reduserer liggetiden for eldre pasienter (ibid.). Det andre funnet er at sykehusreformen ikke har ført til mer samhandling forstått som bruk av pasientkontakter og formelle samarbeidsavtaler mellom sykehusene og kommunene (ibid.). Dette indikerer at samhandlingen ikke har økt i kjølvannet av sykehusreformen. Samtidig finner man ikke belegg for å si at samhandlingen mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester har blitt svekket som følge av reformen i evalueringsrapporten. Samhandlingsreformen kan dermed delvis ses på som et forslag om å utbedre deler av helsevesenet i kjølvannet av sykehusreformen.

Sykehusreformen og samhandlingsreformen har også forskjellige utgangspunkter for å oppnå endringer gjennom styringsmetodikk. Der enkelte reformer vektlegger endringer i organisasjoners rettslige status, fokuserer andre mer på endringer i finansiering (Tranøy og Østerud 2001: 16). Ny oppgavefordeling og endret nivåtilknytning langs dimensjonen sentralisering og desentralisering, er ytterligere utgangspunkt for offentlige reformprogrammer (ibid.). Som oftest vil en større reform ha fokus på alle elementene, men med forskjellig grad av innsatsstyrke på ulike felt. Hvilke forskjeller og likheter er det mellom sykehusreformen og samhandlingsreformen?

For det første er det grunn til å understreke at sykehusreformen var en strukturreform, som endret den *rettslige statusen* for sykehusene: De nye sykehusforetakene ble underlagt overordnet politisk styring fra Stortinget og regjering gjennom den årlige eierskapsmeldingen. Dette førte til en ny form for autonomi, der hensikten var å øke statens styringskapasitet, og innføre linjeledere i foretakene med en autoritet som hvilte på organisasjonskunnskap (Byrkjeflot og Neby 2005:50-51). Samtidig mistet lokalpolitikerne og den medisinskfaglige profesjonen innflytelse over styringen av sykehusene (ibid.). Samhandlingsreformen har ingen tilsvarende forslag om å endre eierskapet for sykehusene eller kommunehelsetjenesten.

For det andre er det nødvendig å se endringer utenfor sykehusreformen for å få øye på de store finansielle og markedsbaserte endringene som har vært i helsevesenet de siste 20 årene. Særlig viktig har innføringen av DRG-systemet vært, som er grunnlaget for stykkprisfinansieringen av norske sykehus (også kalt innsatsstyrt finansiering, ISF), som per dags dato utgjør 40 prosent, mot 60 prosent rammefinansiering av norske sykehus. Systemet har ført til en aktivitetsøkning ved norske sykehus, som er i tråd med formålet om kortere ventelister, men som samtidig har ført med seg økte kostnader. Formålet med stykkprisfinansieringen var også å gi sykehusene insentiver til å ta imot pasienter på tvers av regionsgrensene, noe som kan tolkes i retning av større valgfrihet for pasientene. Ventelistegarantier innført i 1990 og loven om pasientrettigheter i 2001 var andre tiltak som ivaretok pasientrettighetsperspektivet. Disse tiltakene har i sum gitt helsevesenet en mer markedsbasert innretning, der pasienter blir sett på som kunder med naturgitte rettigheter. (Byrkjeflot og Neby 2005:54-55)

I samhandlingsreformen er det god grunn til å tro at det vil skje en videreutvikling av pasientperspektivet. Med økt fokus på samhandlingen, ligger det inne forslag om styrking av pasientrettighetene, for eksempel ved opprettelse av lovpålagte kontaktpersoner for utvalgte pasientgrupper (St.meld. nr. 47 (2008-2009):25), slik resultatevalueringen sykehusreformen også peker på som et hensiktsmessig tiltak (Holmås m.fl. 2007: 49-59).

For det tredje vil ikke samhandlingsreformen føre til en radikalt ny *omfordeling av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*. Kommunehelsetjenesten er ikke i stand til å overta den spesialiserte behandlingen som tilbys ved norsk sykehus; tvert imot er det varslet at sykehusene vil bli enda mer spesialiserte uten at dette er konkretisert noe videre i selve reformforslaget (St.meld. nr. 47 (2008-2009):111-114).

Her er det imidlertid viktig å skille mellom oppgavefordeling forstått som overtakelse av oppgaver, og eventuelle nye måter å løse oppgavene på, som kommer i kjølvannet av

samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen kan tolkes som et forslag om en storstilt oppbygning av kommunehelsetjenesten med det formål å gi geriatiske pasienter, kronikere, psykiatiske pasienter og rusmisbrukere et mer helhetlig tilbud (se ny kommunerolle). Flere fastleger i kommune-Norge, og utbygging av mellomstore institusjoner slik som forsterkede sykehjem, lærings- og mestringssentre, helsehus med mer, er ment å gi norsk helsevesen en ny rolle i ivaretagelsen av nevnte pasientgrupper. Oppbygging av kommunehelsetjenesten skal igjen gi redusert sykehusaktivitet gjennom blant annet forebygging, og kommunene vil kunne høste økonomisk gevinst av dette gjennom innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette er som tidligere nevnt et omdiskutert punkt ved reformen. Når det gjelder oppgavefordelingen mellom de to nivåene i helsetjenesten kan man si at samhandlingsreformen opererer med en forventning om endret aktivitetsforhold mellom de to tjenestenivåene uten at man rokker ved selve oppgavefordelingen i nevneverdig grad. Samhandlingsreformen kan derfor i større grad tolkes som en desentraliseringsreform som fokuserer på enkeltvis og desentraliserte tiltak sammenliknet med den store systemreformen, sykehusreformen.

Når det gjelder et fjerde moment – *tilknytning mellom nivåene* – er det noe mer usikkert om samhandlingsreformen vil føre til sentralisering eller desentralisering av oppgaver og innflytelse. Som allerede nevnt trekker en sterkere primærhelsetjeneste i retning av et desentraliseringsperspektiv, hvis man ser det ut i fra forholdet mellom de to nivåene i helsetjenesten. I så måte er det sykehusreformen, som med sin sentralisering av styringsmyndighet representerer avviket fra den desentraliseringstrenden som har vært i helsevesenet i mange tiår (Romøren 2001).

På den annen side forutsetter samhandlingsreformen større kommunale befolkningsenheter for å rettferdiggjøre oppbyggingen av nye kommunale institusjoner og økt tilførsel av helsepersonell som leger, sykepleiere og fysioterapeuter - enten gjennom kommunesammenslåing eller mer interkommunalt samarbeid. Dette kan i seg selv tolkes i sentraliserende retning. Rent politisk innebærer samarbeid også gjerne at ordføreren og rådmannen får større innflytelse fordi de forhandler om avtaleutformingene med nabokommunens ordfører og rådmann. Dette kan være med på å flytte makt ut av kommunestyret.

I tillegg er man i arbeidet med samhandlingsreformen godt i gang med arbeidet om lovpålagte avtaler mellom regionale helseforetak og norske kommuner i arbeidet med bedre samhandling om brukere av helsetjenestene – likeverdige partnerskap. Her kan det være grunn

til å mistenke at de regionale helseforetakene får større reell beslutningsmakt overfor norske kommuner fordi partnerskapet de facto vil være langt fra likeverdig, noe som kan tolkes i sentraliserende retning. Det er vanskelig å se for seg at mindre kommuner med begrenset administrativ kapasitet kan være premissgiver overfor foretakene. Interkommunalt samarbeid er imidlertid ment å sikre store nok kommuner med administrativ kapasitet og medisinsk kompetanse god nok til å være en reell samarbeidspartner for spesialisthelsetjenesten. Som en informant forteller om den administrative kapasiteten i samarbeidende kommuner: ”De (les: ordførere og rådmenn i mindre og mellomstore kommuner) må være flinke nok til å ha formøte før møtet med foretaket”. Innflytelsesforholdet mellom kommunehelsetjenesten i norske kommuner og de statlige eide foretakene hviler derfor delvis på hvor vellykket oppbyggingen av kommunehelsetjenesten blir, noe som i tilfelle forutsetter sammenslåing eller interkommunalt samarbeid for mange kommuner.

Avslutningsvis kan man si at forslaget om samhandlingsreform delvis oppsto som reaksjon på sykehusreformen, men delvis var ønsket om bedre samhandling også forankret i en erkjennelse av det lå et forbedringspotensial på samhandlingsområdet uavhengig av sykehusreformens suksesskriterier, som resulterte i en sykehusstruktur som også legges til grunn i samhandlingsreformen. Det var mer en erkjennelse av at: ”Den neste store reformen må fokusere på kommunehelsetjenesten”. Denne påstanden fra intervjuene fanger en trend i flere land, nemlig at kommunehelsetjenesten mange steder er for svakt utbygd.

3.4.2 Wisløff-utvalget

Wisløff-utvalget var resultatet av en politisk beslutning om å nedsette et utvalg som skulle se nærmere på virkemidler som kunne stimulere til bedre samhandling blant aktører og nivåer i helsetjenestene (NOU 2005:3:11). Fra intervjuene blir Wisløff-utvalgets trukket fram som vesentlig for arbeidet med samhandlingsreformen. Utvalget var særlig viktig for å systematisere den erfaringsbaserte kunnskapen om samhandling i norsk helsevesen. Også gjennom en rekke tiltaksforslag, har utvalget spilt en viktig rolle for arbeidet med en samhandlingsreform. Det overordnede spørsmålet man kan stille seg er om samhandlingsreformen i prinsippet er en forlengelse av det arbeidet Wisløff-utvalget gjorde, eller om reformen på sentrale punkter bidrar med nye store grep til forskjell fra Wisløff-utvalgets anbefalinger.

Wisløff-utvalget sier om sitt arbeid, at de ikke ser behovet for en større systemreform av norsk helsevesen, men at man i stedet kan bedre samhandlingen i norsk helsevesen

gjennom en rekke enkeltstående tiltak (NOU 2005 nr. 3:16). Til forskjell betoner man i samhandlingsreformen at reformen vil innebære større systemiske grep (St.meld. nr. 47. (2008-2009):21).

I det store og det hele er det imidlertid grunn til å tolke vesentlige deler av samhandlingsreformen som et forslag om å iverksette store deler av Wisløff-utvalgets anbefalinger. Utvalget tar utgangspunkt i tre overlappende perspektiver på samhandlingsutfordringene. For det første har Wisløff-utvalget rot i et brukerperspektiv på norsk helsevesen (NOU 2005 nr. 3:13). For det andre fokuserer man mye på samhandlingen mellom de to tjenestenivåene, og hvordan denne kan bedres (NOU 2005 nr. 3:14). For det tredje anbefales det ikke storstilte tiltak for å endre rammebetingelsene i norsk helsevesen (NOU 2005 nr. 3:16). Utvalget går imot kommunal medfinansiering. Det er med andre ord i forslaget om kommunal medfinansiering at samhandlingsreformen skiller seg vesentlig fra Wisløff-utvalget. Dersom kommunal medfinansiering faller, slik nedsettelsen av et nytt statssekretærutvalg kan være en indikasjon på, er det vanskelig å kalle samhandlingsreformen for en systemreform. Kan hende er merkelappen budsjettreform – med budsjettvedtak om økte bevilgninger til kommunehelsetjenesten – en mer treffende beskrivelse av reformen. I kapittel 4 vil endringspotensialet i reformen bli nærmere diskutert.

3.4.3 Endringer i legetjenesten

- *For å oppnå reformens målsetninger bør man stille klarere funksjonelle krav til legene som følger med de økonomiske sjekkene. (Sitat fra intervjuene)*

I intervjuene blir det fra flere hold sagt at legene er den sterkeste og mest autonome profesjonen i norsk helsevesen. Legene er også den av profesjonsgruppene i norsk helsevesen som er omfattet av de mest dyptgripende endringsforslag i samhandlingsreformen.¹² Som det står å lese i reformforslaget vil ”regjeringen framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del” (St.meld. nr. 47 (2008-2009):89). I tillegg stilles det klare innholdskrav til legetjenesten, der den forebyggende og samfunnsmedisinske funksjon skal prioriteres gjennom sterkere kommunal styring (ibid.) Men hvilke styringsmuligheter har man egentlig overfor en autonom legetjeneste, der profesjonsutøvelsen i hovedsak foregår ved private fastlegekontorer? Dette er et spørsmål som blir diskutert mer inngående med hensyn til strukturelle og kulturelle forhold i kapittel 4.

¹² Se for øvrig kapittel 8 i st.meld nr. 47 (2008-2009) for en uttømmende oversikt over de forslag som er fremmet med hensyn til legetjenesten i kommunene.

4 Analyse

4.1 En instrumentell tolkning og vurdering av samhandlingsreformen

4.1.1 Problemstilling 1

Hvorfor valgte man å igangsette en samhandlingsreform?

En antakelse i et instrumentelt perspektiv på samhandlingsreformen, er som redegjort for i kapittel 2, at reformledere vil handle, eller i det minste forsøke å handle, formålsrasjonelt. Det er imidlertid god grunn til å diskutere nærmere hvilken type formålsrasjonalitet og instrumentell tenkning som har gjort seg gjeldende i prosessen med forslaget om samhandlingsreform.

- *Så konklusjonen er at gruppa som jobbet med reformen i veldig høy grad reflekterer tenkningen til de to som ledet dette. De rekrutterte inn folk som satt og nikket rundt bordet. Det generelle var at man trakk inn en del folk som tenkte nokså likt det som statsråden og sekretariatslederen tenkte. Det var ingen kritiske sjeler. Dette var også et forsøk på å skape en motvekt mot sykehusene. For nå har på en måte sykehusene fått nok ressurser. Nå er det andre som skal ha veksten framover. (Sitat fra intervjuene).*

Fra intervjuene er det mye som tyder på at det var den *politiske* formålsrasjonaliteten som gjorde seg gjeldende når det ble tatt initiativ til en ny helsereform i juni, 2008, der de blir fortalt om flere politiske og valgtaktiske hensyn fra informantene. Som tidligere redegjort for i kapittel 3, var det et klart definert politisk mål å vinne tilbake eierskapet i helsepolitikken for Arbeiderpartiet. Dette gjennom den helsepolitiske debatten, der man kunne vise til at spørsmål knyttet til bedre tjenester og kostnadsutvikling var under utredning. Når man først kom i gang med reformarbeidet, ble det også viktig å ferdigstille reformforslaget så raskt som mulig. Dette var delvis begrunnet politisk med at reformen kunne brukes instrumentelt i det politiske ordsiftet fram mot stortingsvalget, og i selve valgkampen. Delvis var også begrunnelsen at man ikke nødvendigvis ville ha mulighet til å arbeide videre med reformforslaget etter stortingsvalget 2009; da det var usikkert hvilken regjering landet ville få, og hvordan en eventuell ny regjering ville forfølge arbeidet med samhandlingsreformen. Det er likevel grunn til å understreke at begge disse hensynene trakk i samme retning: Det var

viktig å få ferdigstilt et forslag til helsereform før stortingsvalget, hvilket gav politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet kort tid til å jobbe fram reformforslaget.

Som det blir fortalt om i intervjuene, kan hastverket man hadde med å ferdigstille reformforslaget også hatt konsekvenser for arbeidsformen i selve reformprosessen. Prosessen med samhandlingsreformen var karakterisert av nokså stor politisk kontroll. Man hadde ikke tid til å foreta brede høringsrunder, og en viktig aktør som Legeforeningen var mer ekskludert fra arbeidet med samhandlingsreformen enn hva denne kunnskapsleverandøren og interesseorganisasjonen tidligere er vant med. Dette var igjen politisk formålsrasjonelt fordi man i helsepolitiske spørsmål kunne vise til at en reform var under arbeid uten at sentrale interesseorganisasjoner egentlig hadde kjennskap til hvilken utforming reformen faktisk ville få¹³. Dermed var det også underveis i prosessen vanskelig å kritisere regjeringen og politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet for reformens innretning. Fremfor å satse på innspill fra et bredere sett av aktører underveis i prosessen, valgte man en linje der det offentlige ordskiftet, kritikk og problematisering av konkrete forslag, blant annet gjennom mediene, først skjedde i etterkant av stortingsmeldingen.

Det politiske handlingsbehovet førte således til sterk hierarkisk styring og lite prosess med forankring av problemperspeksjon, mål og virkemidler.

Interessant nok ble derfor initiativet til og arbeidet med samhandlingsreformen igangsatt uten at man egentlig var klar over hvilket organisatorisk problem man skulle løse. I vanlig beslutningsteori, som ligger til grunn for det instrumentelle perspektivet, vil man normalt ta utgangspunkt i et spesifikt problem. Et problem er i denne sammenheng en avstand mellom ønsket og faktisk virkelighet. I henhold til beslutningsteori, vil man deretter velge blant tilgjengelige løsningsalternativer, der det formålsrasjonelle valget vil falle på den løsningen som gir best måloppnåelse – altså best tilpasning til den ønske virkeligheten. Her forholdt det seg altså delvis motsatt – løsningene som Wisløff-utvalget hadde presentert var med på å slipe en nokså vag problemforståelse, og la også føringer på at primærhelsetjenesten skulle bli et sentralt tema i reformforslaget.

Tidslogikken og formen på arbeidet med samhandlingsreformen hadde konsekvenser for innholdet i reformen. Store deler av reformforslaget, slik som spesialisthelsetjenestens rolle i den nye helsereformen, er lite diskutert i reformforslaget, selv om forslagene om kommunehelsetjenestens utforming og kommunal medfinansiering implisitt vil medføre

¹³ Et unntak i denne sammenheng er KS, som flere av intervjuobjektene har pekt på som en sentral diskusjonspartner for prosjektgruppa og sekretariatet i arbeidet med reformen.

konsekvenser også for sykehusene. I debatten rundt reformen og i mine intervjuer stilles det, spesielt fra helseøkonomers side, også spørsmål ved reformens viktigste insentivlogikk – kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

4.1.2 Problemstilling 2

- *Reformen er mer et forslag om å oppgradere kommunehelsetjenesten enn det er et forslag med konkrete tiltak for samhandling. (Sitat fra intervjuene).*

Hva er de sentrale målene og organisatoriske grepene i samhandlingsreformen, hvordan kan disse forstås ut i fra et instrumentelt, og hvordan vil grepene fungere i forhold til strukturen i helsevesenet?

I det jeg har kalt for kongstanken i samhandlingsreformen, eksisterer det en instrumentell tro hos reformator på at man kan få til et bedre og billigere helsevesen ved å satse på kapasitets- og kompetanseoppbygging og økt fokus på forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten, noe som i sin tur vil avlaste spesialisthelsetjenesten. Gjennom medfinansiering av spesialisthelsetjenesten skal kommunene få insentiver og virkemidler til å få til den ønskede dreiningen av aktivitet og kostnader i helsevesenet. Fordi kommunehelsetjenesten er underlagt det kommunale forvaltningsnivået, kan reformen tolkes inn i et desentraliseringsperspektiv.

Jeg drøfter nedenfor følgende problemstillinger i forhold til en instrumentell tolkning av mål og virkemidler i samhandlingsreformen:

- Desentralisering og sentraliserende trekk i reformen: Større befolkningsenheter?
- Betydning og konsekvenser av forebygging
- Forutsetningen om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- Forutsetningen om likeverdige samarbeidspartnere i samordningen mellom kommunal- og spesialisthelsetjenesten.

Desentralisering med sentraliserende trekk?

- *Reformen er desentralisering i den forstand at større deler av ressursveksten i helsevesenet vil komme i kommunene. Når kommunene ekspanderer – helsefaglig, administrativt og politisk – er det en form for desentralisering. Samtidig vil det politiske manøvreringsrommet bli mindre fordi staten lovregulerer på grunn av hensynet til kvalitet og likebehandling. (Sitat fra intervjuene).*

Det er mye som taler for at de organisatoriske grepene som blir vektlagt i reformen, trekker i retning av en sentralisering innenfor kommunesektoren: Reformen forutsetter en betydelig kompetanseoppbygning i og styrking av funksjonene til kommunehelsetjenesten, med vektlegging av forebyggende oppgaver og intermediære enheter og andre tiltak som skal avlaste spesialisthelsetjenesten. Små kommuner vil ha problemer med å oppfylle disse forutsetningene. Det betyr at reformen krever et større befolkningsgrunnlag og som følge av dette større kommunale enheter. Dette vil i tilfelle innebære en endring i formell struktur i retning av sentralisering. Internt i kommunehelsetjenesten er derfor intensjonen i reformen sentraliserende i form av større strukturer med mer helsepersonell, men kan hende med en utbygging av den administrative kapasiteten på kommunalt eller interkommunalt nivå.

Samtidig er den samlede annonserte oppbyggingen av kommunehelsetjenesten desentraliserende, hvis man ser på forholdet mellom tjenestenivåene.

Retorikken i Stortingsmeldingen og debatten i kjølvannet av denne, er som tidligere nevnt at det relative forhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal bli mer likeverdig. Og dette skal skje ved at det desentraliserte tjenestenivået – kommunehelsetjenesten – blir forsterket. Dette skal understrekes av – forutsetningsvis likeverdige – samarbeidsavtaler mellom kommunene og regionale helseforetak.

Det er mye som tyder på at en forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet har gjort seg særlig gjeldende i arbeidet med reformen, og at forventningen om større kommunestrukturer bør modereres. Regjeringspartiene har ulike interesser og ulikt verdigrunnlag knyttet til forholdet mellom sentralt og lokalt forvaltningsnivå. Dermed er det rimelig å omtale reformator som en heterogen aktør med et flertydig interesse- og verdigrunnlag, gitt at aktørbegrepet også omfatter de øvrige regjeringspartiene, og ikke kun fagstatsråden fra Arbeiderpartiet. I intervjuene blir det bekreftet at Senterpartiet, som en viktig forsvarer av en desentralisert kommunestruktur, fikk gjennomslag i reformen for at kommunene ikke skulle tvinges sammen i større helseenheter. Løsningen man har landet på med frivillig interkommunalt samarbeid, gir i realiteten en svak forventning om større helsefaglige kommunestrukturer gjennom samarbeidsavtaler. Erfaringen er at kommuner i svært liten grad slår seg sammen på frivillige basis.

Spørsmålet fra et instrumentelt perspektiv er dermed om insentivene i reformforslaget, er sterke nok med tanke på å lokke små kommuner inn i interkommunale samarbeidsformer. Det sentrale poenget her har ikke å gjøre med den varierte formen det interkommunale samarbeidet kan få, men hvorvidt den instrumentelle utformingen av insentivene er et

velegnet grep for å få til større enheter. Det største og viktigste incentivet i forslaget om samhandlingsreform, er det strukturelle grepet ”kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten”.

En instrumentell vurdering innebærer at dette forutsetter:

1. At kommunene prioriterer økt innsats i forhold til forebyggende helsearbeid.
2. At reformens forutsetning om kommunal medfinansiering fører til en reduksjon av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.
3. At det etableres et likeverdig forhold mellom aktørene i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Betydning og konsekvenser av økt innsats i forebyggende helsearbeid

- *Oppgavefordelingen knyttes opp mot et forebyggingsaspekt som fremstår som en ønsketenkning i forhold til hva man kan ta ut av gevinst – i hvert fall på kort sikt. (Sitat fra intervjuene).*

Reformen bygger på at styrking av kommunehelsetjenesten skal redusere behovet for spesialisthelsetjenester gjennom økt innsats i forhold til forebygging.

Forebyggende helsearbeid “dreier seg om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet” (Mæland 2005:13). Forebygging inneholder således både tiltak for å forebygge sykdom og tiltak for å fremme helsen.

Forebyggingsbegrepet favner ulike nivåer:

Primærforebyggende, helsefremmende arbeid har som formål å unngå at helseproblemer oppstår. Helsen er i stor grad avhengig av forhold utenfor helsesektoren (Mæland 2005:71). Det betyr at mye av det primærforebyggende arbeidet skjer i barnehagene og skolene, gjennom planlegging og utforming av offentlig infrastruktur, altså gjennom generelt folkehelsearbeid.

- *Noe forebygging vet man fungerer, for eksempel å få folk til å slutte å røyke. Men om fem om dagen med frukt og grønnsaker kommer til å virke, vet man ikke. Det tror man. Det er sånne ideer og myter. Også er det noe med at mesteparten av forebygging må skje utenfor helsevesenet. Det skjer i skolen, i dette med fysisk aktivitet, redusert forurensning. Dette har ingenting med helsesektoren å gjøre. Og det er høyst usikkert om det gir gevinst. Så når det i reformen er lagt opp til en kommunal medfinansiering, er det en tro på at man kan ta penger fra sykehusbehandlingen å flytte over til å lage lekeapparater i barnehagene. Og det er jo slettes ikke gitt at det vil redusere presset*

på sykehusene. For da lager du bare et svarteperspill om hvem som skal dekke underskuddet. (Sitat fra intervjuene).

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen omtaler primærforebyggende innsats i liten grad.

Som nevnt ovenfor er primærforebygging knyttet til svært mange ulike aktører, statlige, så vel som kommunale, private/frivillige og sosiale nettverk. Det er stor enighet om at primærforebyggende arbeid er viktig, men de økonomiske konsekvensene er vanskelig målbare og oppstår som regel en god stund etter at tiltak er satt i gang. Mæland illustrerer dette på følgende måte: “Det har vært sagt at forebygging er som husarbeid: Det synes bare når det ikke gjøres. Men i motsetning til rengjøring, tar det ofte mange år før virkningen av manglende forebygging viser seg, om den da i det hele tatt lar seg påvise.” (Mæland, John Gunnar, 2005:21).

Primærforebygging drives ut fra et “føre-var”-prinsipp. Sammenhengen mellom faktorene som påvirker helsen, virkemidlene som kan brukes for å påvirke disse faktorene og virkemidlenes effekter er usikre. Det betyr at det er betydelig vanskeligere å vurdere nytteverdien eller “lønnsomheten” av primærforebyggende tiltak enn av behandlende helsearbeid (Mæland 2005:23).

Usikre sammenhenger mellom ressursinnsats, virkemidler og effekter på innbyggernes helsetilstand kan svekke insentivene til å styrke det primærforebyggende helsearbeidet. I tillegg kan budsjettbegrensninger i kommunene gjøre det vanskelig å ha det langsiktige perspektivet som er nødvendig for å styrke primærforebyggende tiltak: Man kan simpelthen ikke ha råd til å investere betydelige beløp i primærforebyggende tiltak som først om noen år – muligens – fører til en reduksjon i utgiftene til behandlende helsearbeid.

Jeg har derfor vanskelig for å se at oppgave-/ansvarsfordelingen og finansieringsforutsetningene som samhandlingsreformen legger opp til, i seg selv vil bidra til en betydelig opprusting av kommunenes innsats i primærforebyggende helsearbeid.

Sekundærforebygging skal hindre utvikling av eksisterende helseproblemer og få personer til å leve best mulig med sine helseproblemer. Dette aspektet får bred omtale i samhandlingsreformen, med henvisning til oppbygging av lærings- og mestringsinstitusjoner, tverrfaglige team, (re-)habiliteringsteam, intermediaære avdelinger, lavterskeltilbud for rusbelastede og personer med psykiske problemer m.m.

I intervjuene kommenterer flere at oppbygging av nye sekundærforebyggende institusjoner og tiltak i kommunene er en viktig og god satsning i reformen. I andre intervjuer

problematiseres imidlertid også mulighetene for og effektene av en styrking av sekundærforebygging:

- *Andre trinn blir sekundærforebygging, de som er litt syke, hvordan hindrer du at de blir veldig syke. Så spørres det da om det å komme i en trimgruppe for dem med høyt blodtrykk eller med sukkersyke, vil fungere. Det vil være noe annet enn det vi har holdt på med de siste 50 årene i folkeopplysning. For entusiastene vil det fungere, men om du klarer å flytte det ut i store befolkningsgrupper, der folk føler seg tvangssendt til "gymmen"? Tja. (Sitat fra intervjuene).*

Stortingsmeldingens brede omtale av styrking av sekundærforebyggende tiltak i kommunene, gjør dette til en hovedsatsning i form av en "ny kommunerolle".

Hovedformålet er å avlaste spesialisthelsetjenesten ved å gi mulighet for:

- Behandling på et lavere omsorgsnivå enn spesialisthelsetjenesten – altså færre innleggelser.
- Rehabilitering, etterbehandling og pleie/omsorg på et lavere omsorgsnivå enn spesialisthelsetjenesten – altså raskere utskrivinger.

I kapittel 6 i St.meld. nr. 47 (2008-2009)) gis det en rekke eksempler som illustrerer hvilke type tiltak regjeringen tenker på. Eksempelene er gode illustrasjoner på at et høyere nivå for behandling og oppfølging av pasienter i kommunehelsetjenesten kan bidra til å redusere bruken av spesialisthelsetjenesten: Fosen DMS har bidratt til å redusere innleggelser, mens Søbstad helsehus i Trondheim og Intermediæravdelingen i Asker/Bærum har bidratt til raskere utskriving av pasienter fra sykehus.

Oppbygging av slike tiltak krever imidlertid at kommunene prioriterer ressurser. Samhandlingsreformen forutsetter at dette skal være en "lønnsom" investering – både for den enkelte brukeren/pasienten, for samfunnet og for kommunene.

For kommunene er de økonomiske konsekvensene av sekundærforebyggende tiltak imidlertid ikke entydige:

På den ene siden kan tverrfaglig innsats i rehabiliteringsteam føre til redusert behov for helsetjenester på sikt. Også her oppstår det imidlertid et kronologisk problem: Gevinsten i form av redusert behov for (spesialist-)helsetjenester oppstår først etter at investeringen er foretatt.

På den annen side vil bedre sekundærforebygging, for eksempel i intermediære avdelinger (forsterkede sykehjem) føre til at pasienter lever lenger. Livstidskostnadene vil

således heller øke enn å reduseres. Utvilsomt er dette et gode for pasientene, men de økonomiske konsekvensene for kommunene er isolert sett negative.

Dette betyr at det ikke er gitt at det er en direkte sammenheng mellom avlastningen og besparelsene i spesialisthelsetjenesten og oppbygging av tiltak og økte utgifter i kommunene. Utforming av finansieringsordningen i samhandlingsreformen er basert på en slik forutsetning: Det skal "lønne" seg for kommunene å bygge opp sekundærforebyggende institusjoner og tiltak. Dersom denne forutsetningen svikter, oppstår det stor usikkerhet om kommunene vil klare å prioritere styrking av sin sekundærforebyggende innsats.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

a) Insentivtenkningen

Noen av de viktigste innvendingene mot reformen gjelder forutsetningen om kommunal medfinansiering: Tar man utgangspunkt i legenes praksis, kan man stille opp en forventning om en årsakssammenheng som er motsatt av hva reformator opererer med: En bedre utbygd primærhelsetjeneste (flere leger) kan føre til at flere sykdomsforhold blir diagnostisert og henvist til spesialisthelsetjenesten. I tillegg, som det har blitt påpekt av flere i intervjuene, vil flere leger kunne føre til at pasienter får anledning til å "shoppe" mellom fastleger, og at de mest populære legene, er dem som lettest gir henvisninger. Den utbredte oppfatningen blant informantene som er brukt i denne oppgaven, er nettopp at fastlegenes henvisningspraksis er svært varierende og personavhengig. Dermed tyder mye på at flere fastleger i kommunene vil kunne innebære flere henvisninger til sykehusene. Slik vil reformen kunne medføre høyere kostnader i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Økt legekapasitet – i form av flere fastleger per innbygger – i kommunene vil derfor bety at legene har mer tid og får økt oppmerksomhet om den enkelte pasient. Dette kan føre til at pasienten får bedre behandling, og at legen er mer varsom med å velte behandlingsansvaret over på sykehusene. Men mekanismen kan også være omvendt. Vel så rimelig er det å anta at økt kapasitet kan føre til at legene i større grad oppdager forhold i sykdomsbildet, som ellers ville blitt forbigått – med den følge at flere diagnoser henvises til utredning i spesialisthelsetjenesten (Forstrøm m. fl. 2009: 52). I tillegg vil flere fastleger i kommunehelsetjenesten gjerne åpne for at pasienter søker seg til de fastlegene som har den mest "slepphendte" henvisningspraksisen. Dermed øker antallet innleggelser, og kostnadene øker tilsvarende. Dette forholdet vil kunne gjelde både hos fastleger og i større institusjoner som sykehjem.

Hagen (2009) argumenterer derfor for at forventningen om økt bruk av spesialisthelsetjenesten er vel så sannsynlig som forventningen om reduserte kostnader. Ser man imidlertid på stien i sykehusvesenet hva gjelder økende antall behandlinger, og på den forventede demografiske utviklingen, er fortsatt kostnadspress i helsevesenet noe av en deterministisk forventning. Reformens svar på det ytre kostnadspresset – gjennom en styrking av kommunehelsetjenesten – kan dermed vel så gjerne bidra til som å forhindre økende kostnader. Dette er i tilfelle brudd på et sentralt premiss i det instrumentelle perspektiv, nemlig evnen til rasjonell kalkulasjon hos reformator.

b) Det finansielle ansvarsprinsippet

- *Kommunene kan ikke påvirke alle typer sykehusinnleggelser. (Sitat fra intervjuene).*

Det må også reises spørsmål om en kommunal medfinansiering av sykehusoppgaver er i tråd med en sentral forutsetning for oppgave- og finansieringsordninger mellom stat og kommune, nemlig det finansielle ansvarsprinsippet. Dette prinsippet innebærer at ”det forvaltningsnivå som er tillagt ansvar og beslutningsmyndighet for en oppgave, også har ansvaret for å finansiere utgiftene til oppgaveløsningen” (KRD 2007). Ideen om kommunal medfinansiering bygger på forutsetningen at økt kommunal innsats i forebyggende virksomhet og oppbygging av tiltak som gjør det mulig å redusere liggetiden på sykehus, reduserer omfang av sykehusinnleggelser. Denne forutsetningen ”underkjenner” imidlertid at det ikke er kommunene, men først og fremst fastlegene som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Det betyr at kommunene ikke har beslutningsmyndighet når det gjelder omfang av henvisninger – og bare indirekte muligheter til å påvirke henvisningspraksis gjennom oppbygging av alternative tiltak. Kommunal medfinansiering vil således innebære at kommunene pålegges ”nye” utgifter, i beste fall før besparelser som følge av bedre forebyggende tiltak realiseres.

Konsekvensene for kommunene når det gjelder medfinansiering er dermed av nokså intuitiv art. Dersom sykehusaktiviteten ikke blir redusert, vil kommunene sitte med et medfinansieringsansvar for et sykehusvesen som stadig vokser målt i kroner og øre. Dette vil utfordre budsjettsskrankene for kommunene, og åpne for en spillsituasjon mellom stat og kommunesektoren (NOU 1997:8).

I prinsippet kan en tenke seg to løsninger for å redde – deler av – et kommunalt medfinansieringsansvar:

En første – ytterliggående mulighet – ville være å gi kommunene utvidede styringsmuligheter overfor fastlegene.

Stortingsmeldingen og drøftingene i etterkant av meldingen gir ingen signaler om en slik utvikling, rimeligvis i erkjennelse av at den ville være meget konfliktfylt. Den eneste endringen som meldingen åpner for, er å utvide andelen av fastlegenes arbeidstid som kommunene kan kreve benyttet til kommunalt definerte oppgaver (på helsestasjon, skolehelsetjenesten, sykehjem med mer).

Som flere av intervjuobjektene påpeker er kommunenes anledning til å forplikte avtaleleger til “kommunale” oppgaver i helsestasjon/skolehelsetjenesten, på sykehjem eller i miljørettet helsearbeid imidlertid problematisk. Per i dag utnyttes ikke muligheten til å forplikte legene innenfor de 20 prosentene (en dag per uke) som avtalene gir anledning til. Dette kan være en følge av at fastlegene ikke ser en slik “plikttjeneste” som attraktiv. Flere informanter påpeker dette i intervjuene.

I mange tilfeller kan det imidlertid også skyldes at kommunene ser at administrering av timer fra avtaleleger til oppgaver på helsestasjon/skolehelsetjenesten eller sykehjem er for ressurskrevende.

Noen informanter kommenterer at det å fjerne fastleger – i større grad – fra sin praksis, innebærer at en rokker ved en suksess: Tilgjengelighet og kontinuitet oppleves som en stor gevinst ved fastlegereformen.

Det påpekes også at en ikke har dokumentasjon på udekkede behov for legetjenester på sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten eller i legevaktordningen, dersom kommunene utnytter mulighetene som dagens avtaler gir.

En annen mulighet som er blitt drøftet, er å knytte medfinansieringsgrepet tettere opp til pasientgruppene som har et forebyggingspotensial eller der kommunale tjenester kan ha betydning for omfanget av sykehusinnleggelse, for eksempel eldre med kroniske sykdommer og behov for (re-)habilitering, rusmiddelmissbrukere eller pasienter med livsstilssykdommer.

Dette vil innebære at det innarbeides risikoreduserende tiltak i utforming av kommunenes medfinansieringsansvar. Tar man utgangspunkt i en instrumentell konsekvenslogikk vil likevel risikoreduserende tiltak være problematiske, all den tid risiko er et produkt av sannsynlighet og konsekvens. Reduserer man konsekvensene av medfinansiering, vil man også redusere insentivene og sannsynligheten for frivillig kommunesamarbeid.

Dermed vil man også ha problemer med å gjennomføre det tredje grepet i reformen som planlagt, nemlig et samarbeid mellom staten representert ved helseforetakene og de faglige og administrativt mer robuste kommunale enhetene. Det er i hvert fall grunn til å knytte en sterk forventning om sentralisering av styringsmyndighet i helsevesenet ved et samarbeid mellom stat og kommune:

Likeverdige aktører i samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?

Intensjonen om bedre samarbeid og samhandling mellom statlige aktører og kommunene har sin parallell i NAV-reformen. Gjennom NAV-reformen er det bygget opp lokale kontorer der statlige og kommunale oppgaver er samlokalisert, og det er etablert styringslinjer som skal sikre samarbeid og samhandling mellom de tre funksjonene – sosial, arbeid og trygd. Samhandlingsreformen har ingen slike institusjonelle grep. Det betyr at likeverdighet vil måtte fremforhandles mellom kommunene og de store helseaktørene – de regionale helseforetakene. I disse forhandlingene vil det i utgangspunkt være ulikevekt med hensyn til kunnskap og ressurser: I møte mellom helsespesialister og generalister vil det som regel være spesialisten som er premissgivende.

Forestillingen om mer likevekt mellom kommunale og statlige aktører i helsevesenet bygger på forutsetningen om at kommunene vil finne sammen i større enheter gjennom interkommunalt samarbeid. Dette skal øke kommunenes “kjøttvekt”, både med hensyn til kompetanse og ressurser. Jeg har imidlertid tidligere i oppgaven problematisert at dialog- og frivillighetslinjen vanskelig kan sikre etablering av større kommunale enheter.

Et sentralt utviklingstrekk i kjølvannet av sykehusreformen var gradvis økende sentralisering. Sentraliseringstendensen har sin rot i den systemiske overføringen av sykehusene fra fylkeskommunalt nivå til statlig nivå. Sykehusreformen var også en innføring av en markedsmodell i form av regionale og lokale helseforetak. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten har gått i retning av økt statlig styring og kontroll på bekostning av det som skulle være helseforetak med langsiktig, utøvende og desentralisert myndighet. (Opedal og Stigen 2005: 219-220)

Det kan være grunn til å anta at statlige aktører tar enda sterkere grep om styringen av helseforvaltningen dersom man ikke får bukt med kostnadsutviklingen i helsesektoren slik man nettopp har sett i styringen av helseforetakene.

Forestillingen om et likeverdig forhold mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er også tvilsom i lys av at beslutningsmyndighet i forhold til å definere behandlingsforløp ikke er likeverdig fordelt. Som tidligere nevnt ligger beslutning om henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten først og fremst til fastlegene, ikke kommunale myndigheter. Men heller ikke avslutningen av behandlingen i spesialisthelsetjenesten har kommunale organer kontroll over:

- *Samarbeidsavtalene med helseforetakene har jo eksistert i mange år i enkelte kommuner, og antallet sykehusinnleggelses har jo gått opp. Men det er sykehusene som har definisjonsmakten her. For eksempel når det gjelder når en pasient er utskrivningsklar. Så her må bare kommunene danse etter sykehusenes pipe. Det er i hvert fall vanskelig å se for at dette blir "likeverdig partnerskap". (Sitat fra intervjuene).*

Uten en mer grunnleggende systemreform som omdefinerer både innleggelses- og utskrivningsrutiner, er derfor forutsetningen om likeverdige partnere i samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten tvilsom – og dette gjelder både små og store kommuner.

En foreløpig oppsummering: Er reformens virkemidler egnet til å nå reformens mål?

Usikkerheten som hefter ved kommunal medfinansiering som grep, setter større deler av reformen i fare. I intervjuene har det blitt understreket at denne oppbyggingen i første omgang skal skje ved økte bevilgninger til kommunene gjennom statsbudsjettet. Deretter skal kommunal medfinansiering gi et overskudd på de kommunale helsebudsjettene, som kan kanaliseres til videre oppbygging. Slik blir det utløst en slags positiv spiral av videre oppbygging og videre besparelser. Dersom medfinansiering ikke gir den tilsiktede effekten, og kostnadene øker, sitter imidlertid kommunene igjen med en regning for sykehusene, som de ikke kan betale. Dermed ender man opp i et svarteperspill, har det blitt pekt på i to av intervjuene. Hvem skal betale regningen?

Ta for gitt at det gis økte midler til oppbygging av kommunehelsetjenesten, slik regjeringen har annonsert. For det første vil naturligvis størrelsen på ekstrabevilgningene til kommunene på helseområdet være avgjørende for hvor stor oppbyggingen blir. Andre forhold spiller imidlertid også inn, ikke minst kommunenes vilje til å prioritere helsetjenestene. KS har blant annet fremmet krav om at de økte bevilgningene må komme som en økning av kommunenes frie midler. Det er ikke gitt at kommunene vil øke innsatsen i helsetjenestene

slik det er forespeilet i reformen, i hvert fall ikke hvis de i neste omgang skal gis et medfinansieringsansvar for sykehusene, som innebærer stor finansiell risiko. La oss likevel si at denne første oppbyggingen av kommunehelsetjenesten finner sted, og at kommunene prioriterer økt innsats i helsetjenestene. I tilfelle kan det være grunn til å knytte to forventninger til utfallet av samhandlingsreformens grep om ”ny kommunerolle”.

Et mulig utfall er at staten må bevilge stadig mer til oppbygging av kommunehelsetjenesten, og samtidig dekke underskuddet i sykehusenes kostnadsvekst. Den første forventningen er dermed at kommunehelsetjenesten blir styrket, men at kostnadmålet ikke nås i reformen. Her er det god grunn til å tro at mer kapasitet i kommunehelsetjenesten er til gode for pasientene (Forstrøm m. fl. 2009: 52). Dette er i tråd med samhandlingsreformens mål om bedre tjenester i kommunene.

Den andre muligheten er at det vil mangle på evne og vilje fra regjeringshold til å bevilge nødvendige økonomiske rammer til bygging av helsehus, forsterkede sykehjem, flere fastlegehjemler også videre. Den andre forventningen er dermed at finansieringsløsningene i reformen, gir økte kostnader, som hindrer betalingsevnen og betalingsviljen for videre oppbygging av den kommunale delen av helsesektoren. Hvis så er tilfelle, vil endringspotensialet i reformen kunne vurderes som nokså magert.

I sum kan man kanskje forvente liten endring i formell normativ struktur med reformen slik den foreligger i dag. Det er i hvert fall stor usikkerhet heftet ved den logikken som skal føre til mer faglig robuste kommuner og ytterligere avinstitusjonalisering av helsetjenesten. Det som imidlertid kan skje på sikt, er at man i større grad går inn for kommunesammenslåing eller andre former for tvangsekteskap mellom norske kommuner på helseområdet. Dersom endringene i kommunesamarbeid lar vente på seg, kan dette i seg selv bli brukt som et argument for kommunesammenslåing. En slik effekt av samhandlingsreformens, der reformen fungerer som kjøkkenveien til kommunesammenslåing, er imidlertid problematisk så lenge SP og SV sitter i regjering.

4.2 En kulturell tolkning av samhandlingsreformens

Med utgangspunkt i at normer og verdier har stor betydning, kan man si at organisasjoner får legitimitet hvis de sikrer at foreskrevne strukturelle endringer og prosedyrer stemmer overens med hva som oppfattes som rimelig i institusjonen/organisasjonen. Institusjonell endring vil dermed bare oppstå dersom nye

normer eller oppfatninger får forankring i organisasjonsmedlemmenes handlingspraksis og rutiner (Roness 1995: 167-168). Fordi normene om hva som er passende løsninger utvikler seg langsomt, vil det eksisterende normgrunnlaget, som har vokst fram gradvis over tid, være særlig dominerende i helsevesenet. Fra et kulturperspektiv må det derfor tas utgangspunkt i at det kan ta lang tid før innføringen av nye rutiner tas for gitt av de ansatte – dersom de i det hele tatt blir akseptert. Dette gjelder spesielt rutiner knyttet til ny forebyggings- og henvisningspraksis som samhandlingsreformen forutsetter endret.

Særlig to forhold er viktige i en kulturell synsvinkel på samhandlingsreformen:

For det første er det grunn til å undersøke nærmere hvilken kulturell forankring forebyggingsaspektet har i kommunehelsetjenesten, der forebyggingsarbeidet i all vesentlighet er ment å foregå. I et kulturperspektiv vil de ansatte ta for gitt at noen prosedyrer er aktuelle, mens andre ikke er relevante (Roness 1995: 169).

For det andre er det grunn til å spørre i hvilken grad samhandlingsreformen har oppslutning fra legene, som er antatt å være en nøkkelaktør i reformen. Dette er delvis også et instrumentelt anliggende, i den forstand at reformators makt over eventuelle motstandskrefter er et premiss for utøvelse av instrumentelt lederskap.

Forankring av forebyggende helsearbeid

Når det gjelder forebygging, er dette i utgangspunktet et viktig funksjonelt formål hos blant annet helsesøstre, fysioterapeuter og hjemmesykepleiere (Romøren 2001: 155-156). Det kan imidlertid være vanskelig å skille mellom et forebyggings- og kurativt aspekt (Skaset 2003: 189). Skillet mellom behandling og forebygging vil være flytende. Det er imidlertid ingen grunn til å så tvil om at forebygging er en sentral oppgave i kommunehelsetjenesten i tillegg til mer kurative oppgaver og pleie- og omsorgsoppgaver. I utgangspunktet bør det derfor være mulig å skape kulturell forståelse i helsevesenet, også på tvers av nivåene, for økt fokus på forebygging.

Problemet med forebyggingsaspektet er heller usikkerhet med hensyn til den organisasjonsmessige utformingen av et slikt fokus. Her legger man i reformen særlig vekt på at arbeidet med forebygging i kommunene vil involvere et stort antall aktører, som i sum skal tilby ulike former for lærings- og mestringstiltak (St.meld. nr. 47 (2008-2009):29).

Organisasjonstenkningen har her klare likheter med NAV-reformen. Begge reformene fokuserer på brukere/pasienter med komplekse og sammensatte behov som trenger oppfølging fra flere instanser. Til forskjell fra NAV-reformen har man imidlertid ikke planlagt å bygge et

nytt felles organisasjonssted for brukerne. Man vil heller satse på mer forebyggingskompetanse i den allerede eksisterende organisasjonsstrukturen.

Dette kan imidlertid føre til at fokuset på forebygging vil drukne i andre organisasjonsprinsipper. Dette delvis fordi forebyggingsaspektet er overlappende med andre funksjonelle prinsipper som behandlingsaspektet. Delvis er det grunn til å tro at den sektorielle inndelingen av institusjoner, for eksempel mellom fastleger og sykehjem, gjør det vanskelig å utforme et faktisk samarbeid. Her peker imidlertid reformen i retning av nye føringer på legepraksis, som kan bidra til økt tilstedeværelse av leger i kommunenes helsetjenester. Dette selv om kommunene som tidligere problematisert ikke utnytter rammen som allerede dagens avtaler gir, til å forplikte fastlegene til deltakelse i kommunale helseoppgaver.

Oppslutning om og aksept av reformen fra legene

En viktig innvending fra Legeforeningen, var at forslaget om samhandlingsreformen ble utarbeidet uten at de ansatte i helsevesenet i særlig grad ble tatt med på råd. I reformen bedyrer man imidlertid at Legeforeningen vil bli en langt mer sentral diskusjonspartner når enkeltstående tiltak skal konkretiseres (St.meld. 47 2008-2009: 19). Leder i Overlegeforeningen, Arne Laudal Refsum (i Dagens Medisin 22.06.2009), uttaler seg på følgende måte:

- *Vi var positive til ministerens (Bjarne Håkon Hanssens) plan om en samhandlingsreform, men var vel noe overrasket over prosessen reformen skulle utarbeides på, med en egen "privat" ekspertgruppe, og lite samspill om utfordringene.*

I forslaget om samhandlingsreform har man i liten grad vært i kontakt med de ansattes organisasjoner. Dette kan sies å være et kulturelt problem fordi de ansatte sitter med særlige kunnskaper om hvordan virksomheten faktisk fungerer, og dermed også hvilke endringsforslag som er aktuelle (Roness 1993: 267).

Både tvangskanaliseringen av leger til kommunehelsetjenesten, forslag til tak på fastlegenes pasientlister og mer bruk av fastleger i kommunale helseoppgaver, er tiltak som vil begrense legenes handlingsrom. Ikke helt uventet er man derfor fra legehold skeptisk til slike begrensninger:

- *Vi har imidlertid protestert på 2 dager med kommunalt allmennlegearbeid fordi dette rokker ved en av fastlegereformens hovedsuksesskriterier, nemlig tilgjengelighet... Gjennomsnittlig listelengde er litt under 1200, men en reduksjon til 1000 vil allikevel føre til at mange pasienter måtte bytte fastlege. Kontinuiteten er svært viktig i lege-pasientforholdet, og derfor protesterte vi på dette forslaget... På Overlegeforeningens*

vegne har jeg protestert på forslaget om en absolutt bom i nye stillingshjemler på sykehus. (Arne Laudal Refsum i Dagens Medisin 22.06.2009)

Arbeidstakerinteresser kan komme i konflikt med politiske interesser ved fornying av offentlig sektor, særlig når det gjelder organiseringen av offentlig tjenester (Roness 1993: 267). Den sentrale forventningen i den videre prosessen med samhandlingsreformen når det gjelder dette konkrete forholdet, er derfor at man i første omgang vil møte motstand fra Legeforeningen. Dette vanskeliggjør implementering.

Spørsmålet om hvilke styringsmuligheter den offentlige helsetjenesten har overfor en autonom primærlegetjeneste, der profesjonsutøvelsen i hovedsak foregår ved private fastlegekontorer, er derfor sentralt.

- *Det store spørsmålet er om fastlegene fortsatt skal være fristilte private næringsdrivende – eller om de skal integreres i den kommunale organisasjonen. (Sitat fra intervjuene).*

Allerede da kommunehelsetjenesteloven fikk sin virkningskraft fra slutten av 80-tallet, pekte Romøren (1989: 22-23) på den sterke autonomien i norsk allmennlegetjeneste. Ifølge Romøren (ibid.) er det et viktig strukturelt trekk i forholdet mellom allmennlegetjenesten og de øvrige helsetjenestene i kommunene: Allmennlegetjenesten har bare en liten del av sine pasienter felles med de øvrige kommunale helsetjenestene. Samtidig er de øvrige helsetjenestene sterkt avhengig av et samarbeid med allmennlegene (Romøren 1989: 23). Sagt på en annen måte: Fastlegene (allmennlegene) har kortvarig kontakt med svært mange pasienter, mens institusjoner som sykehjemmene har intensiv og langvarig pasientkontakt med et langt mindre antall pasienter enn fastlegene.

Ifølge NAV-rapport 4 (2007) - ”hva foregår på legekantorene?” - var det i fastlegeordningen nesten 11, 6 millioner ordinære konsultasjoner, og over 92 000 sykebesøk i 2006. Dette utgjør om lag 11,7 millioner av de 13 millionene konsultasjonene som fant sted i kommunehelsetjenesten i 2006. Det er derfor grunn til å si at allmennlegene opererer med stor institusjonell bredde, mens øvrige helseinstitusjoner i kommunehelsetjenesten har en pasientkontakt som kjennetegnes av institusjonell dybde. Dette er altså en strukturell betingelse, som gjør pleie- og omsorgsinstitusjonene mer avhengig av legene enn vice versa.

Ifølge Romøren (1989: 23) kan ulikheten i forholdet mellom legene og øvrige aktører i kommunehelsetjenesten, virke potensielt splittende i hjelpeapparatet, bli et strukturelt hinder for samordning og samarbeid. Selv med den aller beste vilje, kan det av prioriteringshensyn være vanskelig å få fastlegene ut av sitt kontor, og over i sykehjemmene, helsestasjoner, i

geriatrike kompetansesentre, kommunale diabetesteam og andre institusjonelle byggverk som reformen ønsker å bidra til økt omfang av.

Reformens løsning på fastlegenes prioriteringsdilemma mellom listepasienter og offentlig legearbeid, ligger i den varslede økningen i ressurser og helsepersonell som skal komme kommunene til gode. Argumentasjonen i reformen er at flere leger vil kunne frigjøre kapasitet slik at økt prioritering av den forebyggende funksjon kan skje i tillegg til at man ivaretar den kurative funksjon. Man kan for eksempel øremerke stillinger for nyutdannede leger på sykehjem, ble det pekt på i et intervju. I tillegg har kommunene allerede i dag rett til å pålegge fastlegene offentlig legearbeid med inntil 7,5 timer per uke (Solholm 2003: 3). I reformen ønsker man også å øke denne timeandelen, noe Legeforeningen har vært kritisk til.

I 2005 ble det i gjennomført en undersøkelse om styring og samarbeid i fastlegeordningen, som også rapporterte om at fastlegene ”lukket seg rundt sin praksis” (Heen og Gjerberg 2005):

- *Vårt inntrykk er at legene i sitt yrkesliv gjerne søker å balansere verdiene faglighet, selvstendighet i forhold til kommunale og andre eksterne forhold, og inntjening. I sentrum for det faglige arbeidet står oftest den kurative virksomheten og det å ivareta pasientene på en god måte, mens det offentlige legearbeidet ikke alltid omfattes med like mye oppmerksomhet. Betydningen av selvstendighet kommer blant annet til uttrykk i de fleste legers manglende interesse for å delta i mer langsiktig og overordnet planleggingsarbeid. Fokuset på inntjening er klart knyttet til en finansieringsform med legens som privat næringsdrivende.” (Heen og Gjerberg 2005: 41-42).*

Legetjenesten er funksjonelt sett integrert i de kommunale helsetjenestene. Styringsmessig er imidlertid legene hovedsakelig fristilt fra den kommunale organiseringen (Heen og Gjerberg 2005:5). Når endring av legepraksis i kommunene er et hovedanliggende i samhandlingsreformen, kan man derfor anta at reformen vil møte en styringsmessig utfordring. De fleste informantene som jeg har hatt kontakt med, understreker at legene har vært kritiske til reformforslagets virkemidler – og de forventer at kritikken og motstanden vil fortsette.

4.3 Oppsummering og konklusjoner

Samhandlingsreformen tok utgangspunkt i den politiske dagsorden, og begynte med omrokkingen av statsråder i den rødgrønne regjeringen i juni, 2008. Allerede før Bjarne Håkon Hanssen hadde tatt endelig plass i statsrådsstolen hadde han uttalt at han var

”reformhungrig”, og nå sto helsevesenet for tur. Interessant nok manglet det altså et konkret organisatorisk problem forut for reformen, selv om kostnadsveksten i sykehusreformen utgjorde et viktig bakteppe for ”at noe måtte gjøres”, som det ble sagt i flere intervjuer. Det var likevel det politiske presset fra opposisjon og mediene parallelt med valgtaktiske beveggrunner, som sammen gjorde det rasjonelt å igangsette en større utredning om helsesektoren, som skulle ende opp som samhandlingsreformen. Den politiske formålsrasjonaliteten for reform kan sies å være i tråd med det instrumentelle perspektivet, i hvert fall i henhold til nøkkelinformantene i denne oppgaven. Flere av informantene forteller at politisk ledelse fikk ro på seg til å utarbeide forslaget om samhandlingsreformen, nettopp ved å argumentere med at en reform var på vei, en reform som ville ta tak i sentrale utfordringer i helsevesenet som økende kostnadsvekst over tid. Den rødgrønne regjeringen vant også valget, selv om dette vanskelig kan tas til inntekt for at man vant det helsepolitiske ordskiftet isolert sett. Imidlertid har én informant påpekt at meningsmålingene man gjorde underveis i arbeidet med reformforslaget, viste gradvis stigende oppslutning om den rødgrønne regjeringens rolle i helsepolitikken.

Når man først begynte å lete etter en visjon, som det ble fortalt i to av intervjuene, falt det naturlig å ta tak i Wisløff-utvalgets rapport om en sammenhengende helsetjeneste. Wisløff-utvalget foreslo enkeltvis tiltak for å bedre samhandlingen i norsk helsevesen, og særlig mellom de to tjenestenivåene, kommune- og spesialisthelsetjenesten. I arbeidet med samhandlingsreformen var det imidlertid fra starten av en visjon om å lage en system- og kulturreform for hele helsevesenet. Den problemforståelsen man til slutt landet på var likevel nokså mangetydig: ”Vi skal finne fram til et system som gir juridiske og økonomiske virkemidler som sørger for at samhandling skjer på grunn av, og ikke på tross av systemet,” ble det fortalt om i ett av intervjuene med betoning på økonomiske virkemidler. Sentralt ifølge flere informanter var også erkjennelsen av at spesialisthelsetjenesten ”hadde fått sitt” som resultat av sykehusreformen og påfølgende år med tilleggsbevilgninger til norske sykehus.

De politiske vurderingene i prosessen med forslaget om samhandlingsreformen kan et godt stykke på vei illustreres med en forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet. De motstridende interessene knyttet til kommune- og desentraliseringspolitikk har blitt trukket fram som særlig aktuelle i intervjuene som er gjennomført i forbindelse med denne oppgaven. I intervjuene har det blitt spesielt pekt på at det var en dragkamp mellom Arbeiderpartiet på den ene siden, som ønsket større kommuner for en framtidig utbygging av

kommunehelsetjenesten, og Senterpartiet på den andre siden, som en forsvarer av den eksisterende og desentraliserte kommunestrukturen. Det ble derfor vurdert som avgjørende av politiske ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet at man måtte finne fram til hensiktsmessige insentiver, som både kunne gi kommunene ansvar for kostnadsutviklingen i sykehusene, og som samtidig var gunstige nok til å lokke kommunene inn i større strukturer gjennom interkommunalt samarbeid.

I et instrumentelt perspektiv inneholder reformen fire sentrale grep og forutsetninger:

1. Reformen skal styrke kommunehelsetjenesten og spesielt øke fokus på forebyggende helsearbeid.
2. Dette skal redusere bruk av sykehustjenester – og redusere kostnadsveksten i helsesektoren.
3. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester er det viktigste finansieringsgrepet i reformen. Dette skal bidra til at kommunene “ser seg tjent” med å øke innsatsen i primær- og sekundærforebyggende helsearbeid – for dermed å redusere sine utgifter til dekning av sykehusopphold.
4. Et fjerde sentralt grep i reformen, er imperativet om gjensidig og likeverdig partnerskap mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, representert ved de regionale helseforetakene.

Jeg vil avslutningsvis gjøre en kort vurdering av sammenhengen mellom målsetningene og de sentrale grepene i forslaget om samhandlingsreform. For det første er det sterkt tvilsomt i hvilken grad kommunene finner sammen i større strukturer på helseområdet. Delvis vil frivillighetsprinsippet som ligger til grunn for kommunesamarbeidet i reformen gjøre at mange kommuner avstår fra samarbeid. I tillegg har KS i sitt vedtak om samhandlingsreformen (26.01.2010) gått aktivt imot generell kommunal medfinansiering fordi det vil gjøre kommunene økonomisk sårbare for kostnadsvekst i sykehusene. Videre peker KS på at generell medfinansiering har ”manglende treffsikkerhet”, og at en medfinansiering også kan innebære ”store kostnader ved byråkratisering”.

Vurderingen av generell kommunal medfinansiering er fra KS’ synsvinkel, og fra forskningshold, blitt pekt på som et grep som ”skyter spurv med avsaget hagle”, et bilde som nettopp illustrerer manglende treffsikkerhet ved denne finansieringsløsningen for helsevesenet.

I denne oppgaven, som har vurdert igangsettelsen, prosessen og innholdet i forslaget om samhandlingsreform, har kommunal medfinansiering vært et sentralt tema. Denne

finansieringsordningen, skulle fungere som et insentiv for oppbygging av kommunehelsetjenesten. Insentivtenkningen tar utgangspunkt i en forutsetning om at kommunene kan “spare” penger til betaling for sykehusopphold, dersom deres egne tilbud forebygger innleggelse eller er i stand til å ta imot pasienter fra sykehusene tidligere enn før.

I vurderingen av forebygging, er det viktig å skille mellom primærforebyggende og sekundærforebyggende helsetiltak. Primærforebyggende helsearbeid dreier seg i stor grad om folkehelsetiltak som må utføres av helsevesenet og mange andre aktører. I flere intervjuer som er gjennomført i forbindelse med denne oppgaven, påpekes det at primærforebygging er lite prioritert i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen: Til tross for forebyggingsretorikken som har fulgt den gradvise lanseringen av reformen, har konkrete primærforebyggende helsetiltak manglet i forslaget om samhandlingsreformen.

Når det gjelder sekundærforebyggende helsetiltak, er imidlertid flertallet av informantene enige om at stortingsmeldingen om samhandlingsreformen har fremmet enkeltvis, men hensiktsmessige endringsforslag.

Flere trekker i intervjuene fram at en mer systematisk innføring av forsterkede sykehjem/intermediære avdelinger er et godt tiltak. Intervjuene tydeliggjør imidlertid at effektene av slike tiltak er tvetydige i den forstand at:

- Opphold i forsterkede sykehjem/intermediære avdelinger innebærer et bedre tilbud for brukerne – og er isolert sett mer kostnadseffektive enn sykehusdøgn.
- Intermediæravdelinger vil imidlertid også føre til forlenget levetid for mange pasienter/brukere – og dermed bety at kostnadene for pasientens/brukerens siste leveår økes.

Denne illustrasjonen i forhold til ett av eksemplene som samhandlingsreformen bygger på, betyr at reformens insentivlogikk (“innsats i kommunehelsetjenesten lønner seg”) ikke nødvendigvis gjelder.

Hovedutfordringen med forebyggingsretorikken fra et instrumentelt perspektiv, og i kostnadssammenheng, er likevel at det tar lang tid å måle effektene av forebyggende helsearbeid. Det betyr i realiteten at kommunebudsjettene må tilføres friske midler i mange år før en eventuell effekt av forebygging kan hentes ut i økonomiske besparelser.

Dette er en klar motsetning til samhandlingsreformens mål om redusert kostnadsvekst i helsesektoren: Flere informanter er enige om at samhandlingsreformen forutsetter budsjettvedtak som sikrer utbygging av kommunehelsetjenesten i et langtidsperspektiv – uten

at dette kan kompenseres direkte gjennom reduksjon av bevilgningene til spesialisthelsetjenesten.

Et særlig kulturelt forhold som også vil spille inn i oppbyggingen av en større kommunehelsetjeneste, er helseprofesjonenes holdning til samhandlingsreformen. Jeg har i denne oppgaven valgt å konsentrere meg om legene, som er skeptiske til reformen av flere årsaker. Ikke minst fordi samhandlingsreformen på flere områder utfordrer den faglige autonomien til norske leger mer generelt, og for de privatpraktiserende fastlegene spesielt. Den kulturelle profesjonsforventningen til samhandlingsreformen, er derfor at reformen fortsatt vil møte mye motstand så lenge den utfordrer handlingsrommet til legene i primærhelsetjenesten direkte, og sykehuslegene mer indirekte ved at nye legestillinger i kommende år er ment å tilfalle kommunene.

I reguleringen av fastlegenes arbeidsuke, der reformen skisserer ulike virkemidler for å øke innsatsen i det offentlige legearbeidet – med andre ord utenfor fastlegenes kontorer – vil man også møte en styringsutfordring. Som Heen og Gjerberg (2005) kartla i sin studie av styring og samarbeid i fastlegereformen, er styringsmekanismene langt på vei dialogiske overfor privatpraktiserende leger. Til dette knytter det seg langt på vei en forventning om lokal variasjon i gjennomføringen av mer offentlig legearbeid innenfor kommunehelsetjenesten; da det vil variere fra kommune til kommune og fra lege til lege hvorvidt man er interessert i og i stand til å øke antallet arbeidstimer på sykehjem og andre kommunale institusjoner.

Det siste store grepet i samhandlingsreformen som skal nevnes her, og som har vært omtalt i oppgaven, er samarbeidsavtalene mellom de statlige, regionale og administrativt fristilte helseforetakene og kommunene, som langt på vei er utarbeidet eller er under utarbeidelse i helse-Norge. Fordi man per dags dato mangler strukturelle og sanksjonerende virkemidler i disse avtalene, er det hensiktsmessig å forstå imperativet om likeverdig og gjensidig partnerskap ut fra maktforholdet mellom foretak og kommuner. For mange kommuner vil det forhold gjelde at foretakene er dominerende med hensyn til kunnskap og ressurser. I tillegg har to av informantene som ble intervjuet understreket at i møtet mellom spesialisert og generalisert helsefaglig kompetanse, er det spesialisten som vil være den fremste premissleverandør.

Problemstillingen er todelt:

- For det første gir den lovfestede ansvarsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten et entydig definisjonsansvar: Fastleger har henvisningsrett

(uten medbestemmelse fra kommunene) og sykehusene har definisjonsrett når det gjelder å bestemme hvilke pasienter som er ferdigbehandlete og klare til overføring til kommunene (med dialog-, men ikke medbestemmelsesrett fra kommunale helse- og omsorgstjenester).

- For det annet ivaretas kommunenes dialog med (eller mot) sykehusene gjennom de medarbeidere som kommunene disponerer. I drøftingene i forbindelse med oppgaven har jeg forstått at det i mange tilfeller er kommunale hjelpepleiere som møter sykehusenes samlede kompetanse i forbindelse med utskrivingsmøter. Uansett den formelle ansvarsfordelingen, vil dette gjerne føre til en skjev maktfordeling.

Etablering av mer “robuste” helsekommuner – gjennom sammenslåing eller interkommunalt samarbeid – kan muligens bidra til at kommunene får rekruttert flere leger som kan være en faglig “robust” motvekt mot spesialisthelsetjenestens leger – uten at dette svekker spesialistens “overvekt” overfor generalisten. Og spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt når det gjelder å avslutte behandlinger og overføre pasienter til kommunehelsetjenesten står ved lag.

Litteraturliste

- Aftenposten (20.10.2008): "Åpner for høring om sykehotellet":
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/article2475151.ece>
- Aftenposten (20.06.2008): "Flere statsråder bytter jobb":
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/article2496831.ece>
- Aftenposten (18.06. 2009): "Samhandlingsreformen i korte trekk":
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3128548.ece>
- Arbeidsdepartementets nettsider: "Historien om pensjonsreformen":
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/kampanjer/pensjonsreform/no/presserom/historien-om-pensjonsreformen.html?id=486185>
- Alstadheim, Kjetil B. i Dagens Næringsliv (29.10.2009): "På innsiden: Helseproblemer":
<http://www.dn.no/forsiden/kommentarer/article1770624.ece>
- Aardal, Bernt: Hjemmeside/valgstatistikk/oppslutning om Arbeiderpartiet:
<http://home.online.no/~b-aardal/>. Hentet 08.09.2010.
- Aardal, Bernt, Høstmark, Maria, Lagerstrøm, Bengt Oscar og Stavn, Guro (2007):
Valgundersøkelsen 2005. SSB-rapport nr. 31, 2007.
- Aasrud, Rigmor (16.10.2008): "Innlegg på Krikevoldseminaret" (tale):
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/politisk_ledelse/statssekretar_rigmor_aasrud/2008/statssekretar-rigmor-aasruds-innlegg-pa-.html?id=532765
- Blomqvist, Paula og Rothstein, Bo (2000): Välferdsstatens nya ansikt. Stockholm: Agora
- Brunsson, Nils og Olsen, Johan P. (1990): Makten att reformera. Stockholm: Carlsson Bokforlag.
- Bryman, Alan (2008): Social Research Methods. Oxford University Press.
- Byrkjeflot, Haldor og Neby, Simen (2005): "Norge i Norden. Fra etternøler til pioner i reformeringen av sykehussektoren?" Kap. 3 i Opedal Ståle og Stigen, Inger Marie (red.): Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen (2005). Fagbokforlaget
- Christensen, Tom (1994): Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Oslo: Tano
- Christensen, Tom og Røvik, Kjell Arne (1999): "The Ambiguity of Appropriateness", i Morten Egeberg og Per Lægred (red.): Organizing Political Institutions. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Per, Roness, Paul G. og Røvik, Arne Johan (2009): Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dagens Næringsliv (11.11.2009): På innsiden: Rot om reform:
<http://www.dn.no/forsiden/kommentarer/article1779752.ece>

Dagens Næringsliv (23.12.2005): Pensjonsplanen:

<http://www.dn.no/forsiden/kommentarer/article681996.ece>

Dagens Medisin (25.03.2010): Samhandlingsreformen utsatt:

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2010/03/24/samhandlingsreformen-utsat/index.xml>

Egeberg, Morten (1984): Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet. Oslo: Aschehoug.

Forstrøm, Finn Arthur, Hansen Peter Emmerich, Korsvold, Even, Luthman, Jesper, Sletnes, Kari (2009): Finansieringsordninger for bedre samhandling. KS.

Garåsen, Helge og Kaasa, Stein m.fl. (2005): Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem – Trondheims-modellen. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 11, 2005.

Garåsen, Helge (2008a): The Trondheim Model: Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. Short and long term effects. Trondheim: NTNU-trykk.

Garåsen m.fl. (2008b): Eldre pasienter i sykehus eller i intermediæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.3, 2008.

Gjerberg, Elisabeth og Heen, Hanne (2005): Styring gjennom frivillighet. Styring og samarbeid i fastlegeordningen. Arbeidsforskningsinstituttet, rapport nr. 6, 2005.

Hafstad, Anne (22.04.2010): Strippet helsereform. Aftenposten.no:

<http://www.aftenposten.no/mening/kommentarer/hafstad/article3617851.ece>

Hagen, Kåre og Kjerstad, Egil (2001): ”Styring og regulering av helsesektoren”, kap. 8 i Askildsen, J. E. og Haug, K. (red.) Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet. Cappelen Akademisk Forlag.

Hagen, Terje P. (2009): Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Universitetet i Oslo: Helseøkonomisk Forskningsprogram. Skriftserie 2009: 6.

Hagen, Terje P. og Kaarbøe, Oddvar M. (2006): ”The Norwegian Hospital Reform of 2002. Central Government Takes Over Ownership of Public Hospitals”, i Health Policy (76) 2006, ss. 320-333. Elsevier Science Publishers.

Hagen, Terje P. og Sørensen, Rune J. (2006): Kommunal organisering. Effektivitet, styring og demokrati. Oslo: Universitetsforlaget.

Hagen, Unni, Jensen, Bjarne, Østre, Stein (2010): Helsesektorens økonomiske og administrative utfordringer. Samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi. Rapport fra Høgskolen i Hedmark.

Halvorson, George (2007): Health Care Reform Now! A Prescription for Change. San Francisco: Jossey-Bass.

Hanssen, Bjarne Håkon: ”Feil diagnose og feil medisin”. Fra Bjarne Håkon Hanssens samhandlingsblogg (24.08.2009): <http://samhandling.vgb.no/>

- Hatland, Aksel Kuhnle, Stein og Romøren, Tor Inge (2001): Den norske velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Haugli, Åsne: "Slakter Hanssens helsereform." Dagens Næringsliv (17.08.2009).
- Hellevik, Ottar (2002): Forskningmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet: De viktigste resultatene fra helsemod 2009 (23.09.2009).
http://www.helsedirektoratet.no/personell/aktuelt/de_viktigste_resultatene_fra_helsemod_2009_371554
- Helsedirektoratet (2008): Skapes helse, skapes velferd - helsesystemets rolle i det norske samfunnet Rapport nr. IS-1545.
- Helsebiblioteket.no (10.12.2001): Samlet kunnskap om palliasjon:
<http://www.helsebiblioteket.no/29670.cms>
- Hoen, Espen S., Nielsen, Andreas og Stølan, Jorunn: "Helse-Hansen vil ha 2200 nye fastleger." VG NETT (16.02.2009):
<http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=558584>
- Holmås, Tor Helge, Kjerstad, Egil, Kristiansen, Frode, Lurås, Hilde (2007): "Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet." Kap 4.3 i Resultatevaluering av sykehusreformen. Forskningsrådet.
- Hornburg, Thomas Boe. "Samhandlingsreformen i korte trekk". Aftenposten 18.06.2009.
- Høverstad, Martin (2009): Oppskriftsmessig endring av helsevesenet? Kursoppgave i institusjonell teori.
- Høyres nett-tv (2010): "Bent Høie svarer på spørsmål om samhandlingsreformen":
<http://www.hoyre.no/artikler/2009/11/1258449499.25>
- Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform (20.04.2010): <http://www.Stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/?lvl=0#a4>
- KRD (2007): Statlig styring av kommunesektoren. Veileder for arbeidet med tiltak og reformer som berører kommuner og fylkeskommuner. Rundskriv H-2186.
- Lundh, Francis. "Lover 240 millioner til forebygging av sykdom". VG.no (19.06.2009):
<http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=570047>
- Lundh, Francis: "Slik blir Helse-Norge med samhandlingsreformen". VG NETT (19.06.2009): <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=570096>
- March, James G. og Olsen, Johan P. (1989): "The Search for Appropriate Institutions", i March, James G. og Olsen, Johan P.: Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics. The Free Press.
- Mæland, Jon Gunnar (2005): Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis. Universitetsforlaget: Oslo.

- Nard, Schreurs: "Vil snu helse-Norge opp ned". VG NETT (01.04.2009):
<http://www.vg.no/teknologi/artikkel.php?artid=571219#to>
- NOU 1997:8. Om finansiering av kommunesektoren.
- NOU 1997: 2. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus
- NOU 2003:1. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie (2005): "Reform på rett vei?", kap. 12 i Opedal, S. og Stigen, I. M. (red.) Helse-Norge i støpeskjeen. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norges forskningsråd (2007): Resultatevaluering av sykehusreformen:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Pressesenter/pressemeldinger/2007/Evaluering-av-sykehusreformen.html?id=452213>
- NTB (03.03.2010): Navarsete slakter Hanssen-modellen.
- Peters, Guy B. (2005): Institutional Theory in Political Science. The "New Institutionalism". London og New York: Pinter
- Premfors, Rune (1989): Policyanalys. Kunnskap, praktik och etik i offentlig verksamhet. Lund: Studentlitteratur.
- Referater (7) fra møtene I "ekspertgruppa":
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen/referat-fra-ekspertgruppemotene.html?id=526012>
- Refsum, Arne Laudal: Har Legeforeningen håndtert samhandlingsreformen riktig? Dagens Medisin (22.06.2009)
- Romøren, T. I. (2001): "Helsetjenesten", kap. 6 i Hatland, A., Kuhnle, S. og Romøren, T. I. (red.) Den norske velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Roness, Paul G. (1993): Tenestemannsorganisasjonane si rolle i omforminga av offentleg sektor, i Norsk Administrativt Tidsskrift. LOS-senteret 74 (3).
- Roness, Paul G. (1995): Struktur og handling ved organisasjonsendringer, i Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift. Novus forlag 11 (3).
- Scott, W. Richard (2008): Institutions and Organizations. Thousands Oaks: Sage.
- Selznick, Philip (1999): Lederskap. Oslo: Tano Aschehoug.
- Senterpartiets prinsipp- og handlingsprogram 2009-2013.
- Skaset, Maren (2003): "Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985", kap. 14 i Schjøtz, A. (red.) Folkets helse – landets styrke 1885-2003. Universitetsforlaget.
- Solholm, Kerstin (2003): Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land. Arbeidsnotat 2. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO.

Steine, Vidar Oma (21.10.2008): Hvordan jobbes det i prosjektorganisasjonen?:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen/referat-fra-ekspertgruppemotene/referat-fra-andre-ekspertgruppemote.html?id=534264>

St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen - rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Tidsskrift for den norske legeforening nr. 9. (4.5.2005): Fra din og min til vår pasient.:
http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1186944

Weber, Max (1990). Makt og byråkrati. Oslo: Gyldendal

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over intervjuobjekter:

<i>Navn</i>	<i>Posisjon per intervju tidspunkt, februar/mars 2010</i>	<i>Personer som var direkte involvert i arbeidet med St.meld. nr 47 (2008-2009)</i>
Jon Hilmar Iversen	Divisjonsdirektør for primærhelsetjenester i Helsedirektoratet	
Per Kristian Vareide	Fagsjef satsinger og ledelse i KS.	
Arne Laudal Refsum	Nestleder i Den norske Legeforening og leder i Overlegeforeningen	
Terje P. Hagen	Professor i helseøkonomi, Universitetet i Oslo	
Helge Garåsen	Kommunaldirektør for helse og velferd, Trondheim kommune	Medlem av prosjektgruppa
Ketil Lindseth	Rådgiver i konsultentselskapet First House	Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet under arbeidet med st.meld. nr. 47 (2008-2009)
Jon Fredrik Wisløff	Ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet	Medlem av prosjektgruppa – med tidligere bred bakgrunn fra kommuneforvaltning og utvalgsleder for NOU 2005:3
Hanne Harlem	Styreleder i Helse Øst	
Bent Høie	Helsepolitisk talsmann i Høyre	

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til april 2010, og tok mellom 1 og 1,5 timer per intervjuobjekt.

Reformprosessen:

- Hvilken rolle har du hatt i arbeidet med samhandlingsreformen?
- Hvem mener du har vært særlig sentrale i arbeidet med reformen? Hvem tok initiativet til reformen?
- Hvordan vil du karakterisere arbeidsformen i prosessen fram mot stortingsmelding nr. 47?
- Hvor kom ideene til reformen fra?
- Hvorfor ble det fokus på kommunehelsetjenesten? Hvorfor ble samhandlingstematikken sentral?
- Var arbeidet med reformen på noen måte inspirert av andre reformer (i Norge eller internasjonalt)?
- Hvilke kilder til informasjon gjorde man særlig bruk av i reformarbeidet (personer, tidligere utredninger eller lignende)?

Om samhandlingen i helsetjenestene:

- Hvordan vil du kommentere følgende påstand: ”Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i helsetjenestene overfor brukere med flere behov”?
- Hva er din tolkning av samhandling i reformen?
- Tror du reformen vil føre til mer samhandling mellom aktører i helsevesenet? Hvis ja/nei – på hvilken måte?
- Det har vært mye tale om samhandling mellom 1. og 2. tjenestelinje i helsevesenet i tidligere utredninger. Hvorfor har man i mindre grad fått til dette?

Om sammenhengen mellom mål og virkemidler i reformforslaget:

Om satsingen på primærhelsetjenesten:

- I hvilken grad kan satsingen på primærhelsetjenesten føre til endret oppgavefordeling mellom tjenestelinjene?
- I hvilken grad vurderer du det som realistisk å utvide kompetanseområdet og kapasiteten i primærhelsetjenesten?
- Hvilke følger tror du reformforslaget vil få for spesialisthelsetjenesten?

Om forebygging:

- Vil reformen føre til en sterkere prioritering av den forebyggende funksjonen i helsetjenesten?
- Hvilke tiltak er viktige for å få til dette?
- Hvor sikre er man på effektene av forebygging?

Om større kommunale enheter:

- Hvor sannsynlig er det etter din mening at reformen vil føre til interkommunalt samarbeid?
- Tror du reformen på sikt vil kunne føre til kommunesammenslåing?

Om legene:

- Fastlengde er en sentral brikke i gjennomføringen av reformen. I hvilken grad har myndighetene mulighet til å styre fastlegenes praksis?

Om samarbeidet mellom regionale helseforetak og kommunene:

- Er det realistisk med et likeverdig samarbeid mellom regionale helseforetak og kommunale helseenheter?

Sentralisering av myndighet:

- Tror du reformen vil føre til mer eller mindre sentralisering av politisk og administrativ myndighet? Hvorfor og hvordan?

Om reformens overordnede målsetninger:

- ***Om reformens kostnadsmål:***
- Er reformen etter din mening egnet til å redusere kostnadsøkningen som har vært i helsevesenet de senere år? Hvorfor er den det/ikke det? Hvilke tiltak er særlig viktige for å redusere kostnadsveksten i helsevesenet?
- ***Om reformens brukerorientering:***
- Er reformen etter din mening egnet til å gi brukere av helsetjenester et bedre tilbud? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hva er din samlede vurdering av reformen endringspotensial?