Hilmar Rommetvedt, Ståle Opedal,
Inger Marie Stigen, Karsten Vrangbæk

HVORDAN HAR VI DET I DAG, DA?

FLERNIVÅSTYRING OG SAMHANDLING I NORSK OG DANSK HELSEPOLITIKK



FAGBOKFORLAGET

Hvordan har vi det i dag, da?

Hvordan har vi det i dag, da?

Flernivåstyring og samhandling i dansk og norsk helsepolitikk

Hilmar Rommetvedt
Ståle Opedal
Inger Marie Stigen
Karsten Vrangbæk

FAGBOKFORLAGET

Copyright © 2019
Vigmostad & Bjørke AS
All rights reserved

1 utgave 2014 /1. opplag 2014

ISBN: 978-82-450-2868-3
ISBN (trykt): 978-82-450-1431-0

Forsidedesign ved forlaget
Tilrettelagt for e-bok: John Grieg, Bergen
Sats og ombrekking: Bøk Oslo AS

Spørsmål om boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00
E-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet av åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarfremstilling bare tillatt når det er hjemlet i lov eller etter avtale med Kopinor.

Forord

– Hvordan har vi det i dag, da?

Etter sigende var det på denne noe uærbødige måten legene i tidligere tider pleide å hilse på pasientene under legevisittene på sykehusene. I denne boken retter vi spørsmålet den andre veien. Vi skal undersøke hvordan det står til med helsevesenet og den helsepolitiske styringen og samordningen i Danmark og Norge. Det er på ingen måte vår intensjon å være uærbødige overfor de mange krav og utfordringer man står overfor i et stort og komplekst helsevesen.

Boken er et resultat av flere års forskning om organiseringen og styringen av helsevesenet i de to landene. Vi har benyttet opplysninger fra flere forskningsprosjekter, men det er særlig prosjektet «Learning from different experiences: Multilevel governance of health and care services in Denmark and Norway» som ligger til grunn for boken. Prosjektet ble finansiert av Norges forskningsråds Helseomsorg-program og gjennomført av forskere ved International Research Institute of Stavanger (IRIS), Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) / Københavns Universitet (KU).

Forfatterne av boken har hatt et tett samarbeid om så vel planleggingen og gjennomføringen av prosjektet som analysene av datamaterialet og skrivingen av boken. De ulike kapitlene er resultater av stafettløp der én av forskerne har skrevet et første (del)utkast, for så å overlate stafettpinnen til medforfatterne. Selv om forfatternes bidrag til de enkelte kapitlene varierer, er boken resultat av en kollektiv prosess der det er etter hvert er blitt vanskelig å si hvem som har tenkt og skrevet hva.

Det er mange som skal ha takk for sine bidrag til at boken er blitt en realitet. Først og fremst gjelder dette alle informantene og respondentene som har svart på våre henvendelser og spørreundersøkelser. Takk også til Stian Brosvik Bayer, Eirik Leknes, Ida Holth Mathiesen og Gunnar Thesen (alle ved IRIS), Nichlas Permin Berger (KORA) og Andreas Rudkjøbing (KU) som på forskjellige måter har deltatt i innsamling og bearbeiding av materiale til prosjektet. En spesiell takk også til professor Tore Hansen, som har lest et tidligere manusutkast og gitt en rekke nyttige innspill, og til forlagsredaktør Kristin Eliassen for utmerket samarbeid. De feil og mangler som man måtte støte på under lesingen av boken, er det naturligvis forfatterne som må ta ansvaret for.

Stavanger / Oslo / København, mars 2014

Hilmar Rommetvedt (prosjektleder), *Ståle Opedal*,
Inger Marie Stigen, *Karsten Vrangbæk*

Innhold

Kapittel 1
Utfordringen: Spesialisering og samordning 11
1.1 Felles utfordringer med forskjellige svar 12
1.2 Demografiske, medisinske og økonomiske utfordringer 14
1.3 Politiske og organisatoriske utfordringer 17
1.4 Teoretiske perspektiver og styringsrammer 18
1.5 Komparativt design og datagrunnlag 24
1.6 Oversikt over boken 26

Kapittel 2
De danske og norske helsesystemene: likheter og forskjeller 29
2.1 Innledning 29
2.2 Politisk-demokratisk ansvar og politisk-administrative styringsrelasjoner 30
2.2.1 Spesialisthelsetjenesten 34
2.2.2 Allmennlegetjenester 39
2.2.3 Pleie- og omsorgstjenestene 42
2.3 Finansieringsordninger 46
2.3.1 Spesialisthelsetjenesten 47
2.3.2 Allmennleger og legespesialister 50
2.3.3 Pleie- og omsorgstjenestene 51
2.4 Oppsummering 53

Kapittel 3
Samordning i helsevesenet: En statusrapport fra danske og norske kommuner 57
3.1 Samordningsproblemer på den politiske dagsordenen 58
3.2 Samordningen mellom og for ulike instanser og pasientgrupper 62

3.3 Uenighet mellom ulike instanser og politikere 66
3.4 Samordningstiltak og deres virkninger 71
3.5 Kommunenes og sykehusenes/helseforetakenes utviklingsstrategier 78
3.6 Oppsummering 81

Kapittel 4
Avtalebasert samordning: Danske og norske erfaringer 83
4.1 Formelle bestemmelser, utforming og innhold 84
4.1.1 Danske avtaler 84
4.1.2 Norske samarbeidsavtaler 89
4.1.3 Foreløpig sammenligning 98
4.2 Vurderinger av avtalene 99
4.2.1 Danske og norske vurderinger 99
4.2.2 Nærmere om de danske avtalene 101
4.2.3 Nærmere om de norske avtalene 108
4.3 Oppsummering 112

Kapittel 5
Samarbeidsutvalgene mellom norske kommuner og lokale helseforetak: Forhandlinger og innflytelse 115
5.1 Samarbeidsorganer 116
5.2 Teoretiske perspektiver på utvalg og utvalgsbeslutninger 117
5.3 Dagsordensetting, uenighet og forhandlinger 121
5.4 Forhandlingsprosesser og -utfall 125
5.5 Kommunene og helseforetakenes innflytelse 128
5.6 Samarbeidsutvalgenes funksjon 130
5.7 Oppsummering 131

Kapittel 6
Kommunal medfinansiering: Danske erfaringer og norske forventninger 133
6.1 Kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter 135
6.2 Danske erfaringer og norske forventninger 137
6.3 Nærmere om danske erfaringer 143
6.4 Nærmere om norske forventninger og noen første erfaringer 145
6.4.1 Forventninger 145
6.4.2 Foreløpige erfaringer 147
6.5 Konklusjon 152

Kapittel 7
Norske kommuner og lokale helseforetak: HF-styret og styremedlemmenes roller 155
7.1 Generelt om styret og styremedlemmenes roller 156
7.2 Styret og styremedlemmenes roller i de lokale helseforetakene 159
7.3 Styrenes roller i forholdet mellom kommunene, helseforetakene og staten 164
7.3.1 Styremedlemmenes vurderinger av styrenes roller og handlefrihet 164
7.3.2 Styremedlemmenes ivaretakelse av ulike interesser og roller 168
7.4 Uenighet og forhandlinger i helseforetakenes styrer 172
7.5 Styremedlemmenes kontakter og ulike instansers innflytelse på beslutningene i de lokale helseforetakene 176
7.5.1 Kontaktmønstre 176
7.5.2 Innflytelse 178
7.6 Oppsummering 180

Kapittel 8
Sykehusstrukturer i endring: Sentraliserende dansker, protesterende nordmenn? 183
8.1 Sykehusstrukturene i Danmark og Norge 184
8.2 Hvorfor så forskjellige? 186
8.2.1 Geografi og befolkningsmønster 187
8.2.2 Sentrum-periferi-dimensjonen 190
8.2.3 Helsesystemene og den statlige strukturpolitikken 192
8.2.4 Antatte virkninger av de dansk-norske forskjellene 195
8.3 Sykehusaksjoner i Danmark og Norge 195
8.4 Sykehusstrukturenes utvikling 200
8.4.1 Strukturreformen og sykehusstrukturen i Danmark 201
8.4.2 Sykehusreformen og sykehusstrukturen i Norge 202
8.4.3 Ulike beslutningstakeres påvirkning i Norge 206
8.7 Oppsummering 211

Kapittel 9
Hvordan vi har det? Jo takk 213
9.1 ... ikke så verst, men 214
9.2 ... samordningsproblemer må vi nok leve med 218

Litteratur 221

Figurer og tabeller 231

Kapittel 1

Utfordringen: Spesialisering og samordning



En representant for helsevesenet er det første mennesket vi møter idet vi forlater mors liv ved fødselen. De fleste, i hvert fall de litt yngre av oss, har faktisk «møtt» en representant for helsevesenet allerede før de ble født, eller i hvert fall ultralyden som vedkommende undersøkte fosteret med. Ofte vil også en person fra helsevesenet være et av de siste menneskene vi har kontakt med, før vi forlater livet. Mellom disse ytterpunktene møter vi helsevesenet utallige ganger, noen ofte og lenge, andre ikke *så* ofte og lenge. Siden organiseringen og finansieringen av helsevesenet i vår del av verden i all hovedsak er et offentlig ansvar, representerer disse møtene også vårt aller første og et av våre siste møter med (helse)politikken.

Helse- og omsorgstjenestene i et moderne samfunn er preget av en svært høy grad av spesialisering og arbeidsdeling mellom ulike typer helseinstitusjoner, medisinsk-faglige spesialiteter og hjemmetjenester. Helsevesenet er også preget av en kompleks ansvars- og myndighetsfordeling mellom ulike folkevalgte og administrative organer på kommunalt, regionalt og statlig nivå. En høy grad av spesialisering er nødvendig for å kunne tilby de helse- og omsorgstjenestene vi forventer i et moderne samfunn, men samtidig skaper den sterke spesialiseringen et stort behov for samordning og samhandling mellom en rekke forskjellige instanser.

Det er de politiske, organisatoriske og styringsmessige forsøkene på å møte disse utfordringene vi skal forsøke å belyse i denne boken. Eller kort sagt: Hva har Danmark og Norge gjort for å samordne helsetjenestene i de to landene? Og hvordan har disse tiltakene virket?

1.1 Felles utfordringer med forskjellige svar

I likhet med andre velferdsstater stilles Danmark og Norge overfor en rekke nye utfordringer og krav til helsevesenet. På den ene siden fører nye livsstiler og flere eldre til endringer i sykdomsbildet. Sammensatte og kroniske lidelser blir mer utbredt. På den andre siden fører medisinske og teknologiske nyvinninger til at det utvikles nye og mer avanserte behandlingsmetoder. Det gir nytt håp for mange pasienter, men samtidig skapes det også større forventninger til det offentlige helsevesenet. Sammen med økte kostnader som følge av stigende krav til avansert utstyr og høy kompetanse fører dette til at det legges et stadig større press på helsevesenet og helsepolitikerne.

Den moderne medisinen preges som nevnt av faglig spesialisering og arbeidsdeling,[1] samtidig som stadig flere pasienter med sammensatte lidelser får behov for mer sammenhengende og helhetlige behandlings- og rehabiliteringstilbud. Denne utviklingen skaper et økende behov for samhandling og koordinering mellom ulike tjenesteytere. Dette gjelder ikke bare på det medisinsk-faglige plan, men også på det administrative og politiske plan der ansvars- og myndighetsfordelingen mellom lokale, regionale og statlige institusjoner skaper behov for en mer samordnet flernivåstyring.

De politiske systemene i Danmark og Norge har mange fellestrekk, deriblant en omfattende velferdsstat og en stor offentlig sektor som tar hovedansvaret for å framskaffe de helse- og omsorgstjenestene som innbyggerne trenger. Men selv om det politisk-institusjonelle utgangspunktet og de helsemessige, medisinske og økonomiske utfordringene i stor grad er felles, har de to landene likevel valgt nokså forskjellige organisatoriske og styringsmessige tiltak for å møte utfordringene i helsevesenet.

I Norge opprettet man forholdsvis autonome regionale og lokale helseforetak da ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten i 2002. I kjølvannet av denne *sykehusreformen* ble det etter hvert også utviklet en rekke lokale tiltak for å bedre samordningen mellom de statlige helseforetakenes spesialisthelsetjenester på den ene siden og kom-

1. Lian (2012:39) betegner det moderne medisinfaget som atomistisk. Det er stykket opp i stadig flere gren- og kvistspesialiteter for avgrensede deler av kroppen.

munenes helse- og omsorgstjenester på den andre. Fra 2012 ble de lokalt utviklede samordningstiltakene fulgt opp med en sentralt utviklet *samhandlingsreform* som skal bidra til å forbedre samordningen mellom de ulike leddene i helsevesenet. Samtidig fikk de norske kommunene ansvar for en større del av det samlede tilbudet av helsetjenester.

I Danmark gjennomførte man fra 2007 en omfattende *strukturreform* i lokal- og regionalforvaltningen. En rekke kommuner ble slått sammen, samtidig som ansvaret for så vel allmennlegetjenesten som spesialisthelsetjenesten ble lagt til de nyopprettede folkevalgte regionsrådene som kom til erstatning for de tidligere amtene. Det ble også innført et system med obligatoriske sunnhetsavtaler, basert på tidligere frivillige avtaler, og såkalte sunnhetskoordinerende utvalg som fikk det overordnede ansvaret for samarbeidet mellom regioner, kommuner og sykehus.

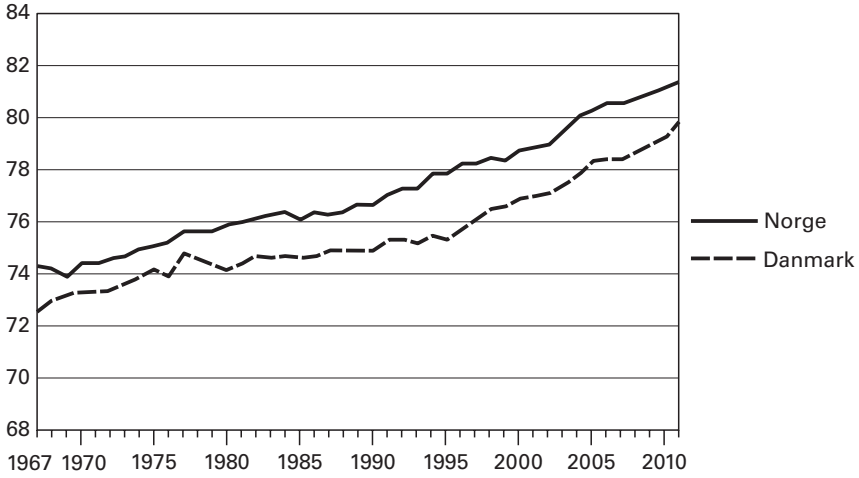
Sammenlignende studier av de ulike reformene og samordningstiltakene som er iverksatt i Danmark og Norge, gir gode muligheter for erfaringsutveksling, læring og problemløsning. Med denne boken forsøker vi å gi et bidrag til en slik prosess. Oppmerksomheten rettes mot likheter og forskjeller i gjennomføringen av noen av de tiltakene som de to landene har valgt å iverksette for å møte utfordringene i helsesektoren. For Danmarks del er søkelyset rettet mot perioden fra 2007 da strukturreformen ble satt ut i livet, mens det for Norges del særlig er perioden fra sykehusreformen ble iverksatt i 2002 fram til samhandlingsreformen ble innført i 2012, som oppmerksomheten rettes mot. Sentrale stikkord for de temaene vi skal ta for oss, er helsesystemenes «anatomi», samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg, kommunal medfinansiering, styreroller og sykehusstruktur. Dette er temaer som på forskjellige måter belyser ulike tiltak for å håndtere spenningen mellom behovene for spesialisering og samordning både innenfor og mellom ulike styringsnivåer og institusjoner.

I fortsettelsen av dette kapitlet skal vi se litt nærmere på de demografiske, medisinske og økonomiske utfordringene som skaper og forsterker disse spenningene, og de politiske og organisatoriske utfordringene som disse medfører for helsevesenet og helsepolitikken. Vi skal også presentere noen generelle teoretiske perspektiver og styringsrammer, før vi går noe nærmere inn på de undersøkelsene som ligger til grunn for boken. Til sist gir vi en oversikt over resten av innholdet i boken.

1.2 Demografiske, medisinske og økonomiske utfordringer

Utfordringene i helsevesenet er et resultat av et samspill mellom en rekke faktorer. Endrede livsstiler, et økende antall eldre, flere med kroniske og sammensatte lidelser og forbedrede, men ofte også mer kostnadskrevende behandlingsteknologier er bare noen av de forholdene som kan nevnes i denne sammenheng.

En stadig stigende levealder er paradoksalt nok både et resultat av utviklingen i det medisinske behandlingstilbudet og samtidig også en utfordring for helsevesenet. I 1967 kunne en nyfødt danske regne med å bli 72,6 år gammel, mens en nyfødt nordmann kunne forvente å bli 74,3 år. I 2011 var den forventede levealderen økt til 79,9 år i Danmark og 81,4 år i Norge (se figur 1.1). Det blir dermed også stadig flere eldre som passerer både 80, 90 og 100 år. Fra 1965 til 2013 økte antallet eldre på 80 år eller mer i Norge fra godt og vel 76 000 til over 220 000. Det representerer mer enn en fordobling av andelen av den total folkemengden, fra 2 til 4,4 prosent. I Danmark steg antallet eldre på 80 år eller mer fra vel 142 000 til nesten 235 000, eller fra 2,8 til 4,2 prosent.[2]



Figur 1.1 Forventet levealder ved fødsel 1967–2011 (gjennomsnitt for begge kjønn, kilde: OECD Health Data 2013)[3]

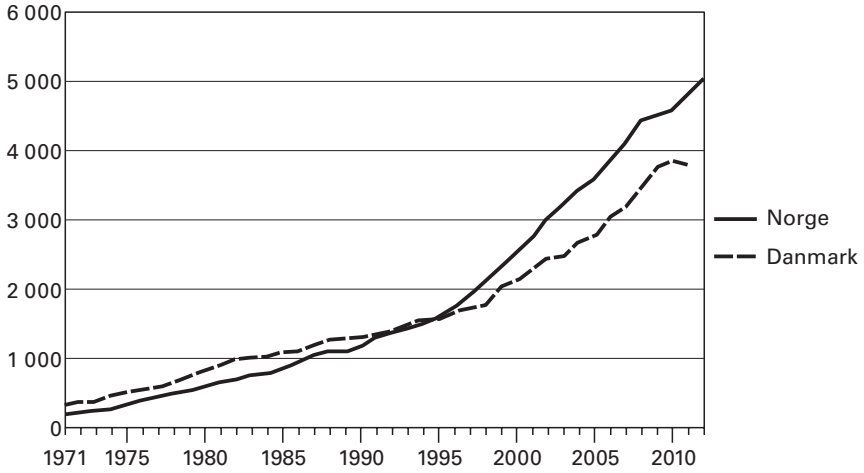
2. Kilder: Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no) og Danmarks Statistik (www.dst.dk).
3. Se http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm

Den demografiske utviklingen med stadig flere eldre innbyggere skaper flere utfordringer på helseområdet. Man kan skjelne mellom to typer eldrerelatert utviklingspress, et kvantitativt og et kvalitativt. Det kvantitative presset har sammenheng med at et økende antall eldre vil bety flere kontakter med helsevesenet, mens det kvalitative presset har sammenheng med at de eldres helse- og sykdomsprofiler, forventninger og krav endres. Presset på helsevesenet avhenger selvsagt av om den eldre delen av befolkningen eldes sunt eller usunt. Sunn aldring betyr at forlengelsen av levetiden fører til flere friske leveår, slik at behovet for helsetjenester ikke øker, men bare blir forskjøvet. I denne sammenheng kan forebyggende og helsefremmende tiltak bli stadig viktigere.

Selv om det kan diskuteres om framtidens eldre vil være like syke som dagens eldre (Melberg 2012a:61), bygger den helsepolitiske debatten og den faglig-administrative planleggingen på en forutsetning om at det samlet sett vil skje en sterk økning i aldersrelaterte sykdommer i befolkningen.[4] I tillegg forventes det stadig flere eldre pasienter med *sammensatte og komplekse* sykdomsbilder. Dette fører til større behov for og krav til så vel bedre og mer spesialiserte helsetilbud som mer breddekompetanse i helsevesenet. I spesialisthelsetjenesten øker behovet for kompetanse innen eldremedisin, geriatri og indremedisin, men også ute i kommunene øker behovet for breddekompetanse når det gjelder både medisinske forhold og organisering og ledelse (Helsedirektoratet 2012:88, 94, 97).

Både det kvantitative og det kvalitative presset kan føre til økte utgifter i helsevesenet. Som det framgår av figur 1.2, har det offentliges utgifter til helse økt kraftig i både Danmark og Norge. Figuren viser offentlige helseutgifter per innbygger, omregnet til amerikanske dollar med samme kjøpekraft i de to landene.

4. Typiske aldersrelaterte sykdommer er hjerte- og karsykdommer, kreft (særlig tykktarms- og endetarmskreft og lungekreft), slitasjesykdommer i muskler og skjelett, diabetes type 2, nyresvikt, KOLS, inkontinens, sansetap (syn og hørsel) og alderspsykiatriske sykdommer (demens) (Helsedirektoratet 2012:88).



Figur 1.2 Offentlige helseutgifter per innbygger, omregnet til amerikanske dollar med samme kjøpekraft (kilde: OECD Health Data 2013)[5]

På 1970- og 1980-tallet lå helseutgiftene i Danmark litt over utgiftene i Norge, men utpå 1990-tallet passerte de norske utgiftene de danske. Utviklingen må ses i sammenheng med den norske oljeøkonomien og den internasjonale finanskrisen i 2008. Etter krisen stagnerte utgiftsveksten i Danmark, mens den raskt tok seg opp igjen i Norge. Forskjellen mellom de to landene er blitt stor (merk at det i skrivende øyeblikk ikke forelå danske tall for 2012). Det spørs imidlertid om ikke også Norge, på tross av olje- og gassinntektene, etter hvert må dempe veksten i de offentlige helseutgiftene.[6]

Beregninger av utgiftene til de eldres helse og omsorg i Norge viser at en av tre sykehuskroner og to av tre kroner i kommunale pleie- og omsorgstjenester går til eldre over 67 år (Kjelvik og Mundal 2013:39). Også danske beregninger viser at utgiftene til både behandling og pleie stiger kraftig for innbyggere over 60 år (Arnberg og Bjørner 2010). Mange eldre har også kroniske sykdommer. En beregning fra København kommune viser at merutgiften til borgere med en eller flere kroniske lidelser er 26 000 DKK per år. Det tilsvarer 35 prosent av de samlede utgiftene. Alt i alt utgjør den kommu-

5. Se http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm
6. Helseutgifter omregnet til amerikanske dollar med samme kjøpekraft er naturligvis bare ett av flere mål som kan brukes for å sammenligne hvor mye de to landene bruker på helse. Andre mål – som prosent av BNP eller prosent av BNP for Fastlands-Norge – kan gi andre resultater (Melberg 2012b:260). Hvorvidt langtidspleie (omsorg) inkluderes i tallene, varierer dessuten mellom land. Holmøy og Kjelvik (2013:17) viser blant annet at Norge inkluderer mer av langtidspleie i helseutgiftene enn det som er vanlig i mange andre land.

nale merutgiften til borgere med kronisk sykdom 1,1 milliarder kroner i året (Københavns Kommune 2012).

Det er med andre ord tale om ganske store beløp som går til eldre, kronikere og innbyggere med flere samtidige lidelser. Det er særlig overfor disse gruppene koordineringen av helsetjenestene er viktig. Grunnen til det er at de ofte benytter mange forskjellige tilbud i både den kommunale og den spesialiserte helsetjenesten.

1.3 Politiske og organisatoriske utfordringer

En av de viktigste utfordringene for helsevesenet, sett i lys av den demografiske og den medisinske utviklingen og det økonomiske presset, er som nevnt å finne gode svar på spørsmålet om arbeidsdeling og samordning. På det overordnede plan handler dette om ansvars- og oppgavefordelingen mellom stat, regioner og kommuner. I nær tilknytning til dette melder det seg også spørsmål om den kliniske organiseringen i spesialiserte versus lokale tilbud og om snittflatene mellom helsetjenestene og andre relevante sektorer som sosialtjenestene og tilbudene overfor for eksempel eldre og barn og unge.

Det er en lang tradisjon for diskusjon om slike spørsmål i faglitteraturen (se f.eks. Magnussen mfl. 2009, Bankauskaite mfl. 2006). Selv om det er vanskelig å finne klare anbefalinger med belegg i faglitteraturen, er det gjennomført flere reformer og gradvise endringer i både Danmark og Norge. En generell tendens i de senere år har nok vært å nedtone viktigheten av de nære, lokale demokratiske strukturene og peke på mulige stordriftsfordeler i forvaltning og tjenester, jf. den danske Strukturkommissionen (2004) og den norske diskusjonen om kommunesammenslåing som har skutt fart etter regjeringsskiftet i 2013. På det kliniske området er det et visst belegg for å si at det er kvalitetsmessige fordeler ved å samle spesialisert behandling og akuttfunksjoner på færre enheter (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008), men til gjengjeld medfører en slik sentralisering ulemper for andre typer helsetjenester. Det gjelder særlig det forebyggende arbeidet og innsatsen for kronisk syke, eldre og personer med mer sammensatte og diffuse lidelser, som har behov for hyppige kontakter og en koordinert innsats på tvers av sektorområder.

Disse til dels motstridende kravene og behovene avspeiles også i de reformene som er gjennomført på helse- og omsorgsområdet i Danmark og Norge. I Danmark forsøkte man å ivareta begge hensyn i én og samme reform: *strukturreformen* som ble iverksatt i 2007. Som nevnt ble store deler av ansvaret for helsevesenet sentralisert ved en overføring av myndighet fra de tidligere

amtene til et mindre antall nye regioner, men samtidig ble det også lagt vekt på å styrke det lokale (kommunale) helsevesenet. De danske kommunene ble gjort større gjennom kommunesammenslåinger, og de fikk flere oppgaver innenfor helsesektoren. Kommunene har også et medfinansieringsansvar for de regionale sykehusene.

For Norges del må man kunne si at reformene er blitt preget av det man kan kalle «sekvensiell målforfølgelse» (jf. Cyert og March 1963). Først ble det gjennomført en *sykehusreform* med betydelige elementer av sentralisering, men så, ti år senere, kom *samhandlingsreformen* med vekt på desentralisering. Samtidig som sykehusreformen fra 2002 la vekt på de lokale helseforetakenes autonomi, representerte den også en sentralisering av helseansvaret ved at sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten. Etter hvert er også noen sykehus blitt slått sammen, og en del tjenester er samlet på et mindre antall institusjoner (jf. kapitlene 2 og 8). Samhandlingsreformen fra 2012 har lagt betydelig mer vekt på desentralisering av ansvar. Også de norske kommunene har nå fått et medfinansieringsansvar for en del spesialisthelsetjenester.[7] Samtidig har de fått større rammetilskudd fra staten, og det er etablert sterkere økonomiske insentiver for at kommunene skal ta raskere imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene og yte større innsats i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Det er teoretiske og praktiske problemstillinger knyttet til disse forsøkene på å optimalisere helsevesenet og samspillet på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, som behandles i resten av denne boken. Først skal vi imidlertid se kort på noen teoretiske perspektiver som kan hjelpe oss til å forstå de mer praktiske og empiriske sidene ved spørsmålet om flernivåstyring og samhandling i helsepolitikken.

1.4 Teoretiske perspektiver og styringsrammer

Begrepet koordinering, eller samordning, tilhører den gruppen av samfunnsmessige forestillinger som gir svært positive assosiasjoner, men som er relativt breie og udefinerte i praksis (Bouckaert, Peters og Verhoest 2010). I den akademiske litteraturen finnes det forskjellige inntak til begrepet. Organisasjonsteoriens klassikere beskjeftiget seg med spørsmål om sammenhengen mellom organisasjonsstruktur og arbeidsprosesser innenfor den enkelte organisasjon. Taylors (1911) arbeider om organisering av samlebåndsproduksjon og Fayols

7. Den nye norske regjeringen som tiltrådte høsten 2013, vil «reversere kommunal medfinansiering», men det gjenstår å se når og hvordan dette vil bli gjort (Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet. Sundvollen, 7.10.2013, s. 41).

(1949) oppsummering av ledelsesfunksjoner med vekt på blant annet koordinering er eksempler i så måte. Et annet er Gulick og Urwick (1937), som tilføyde tanker om koordinering gjennom samling av likeartede funksjoner i avdelinger med en enhetlig ledelse. Parallelt med dette har forvaltningslitteraturen også sett på koordinering i offentlige organisasjoner. I sine studier av byråkrati pekte Max Weber (1947) på hvor viktig den hierarkiske strukturen var med en klar arbeidsdeling og en entydig ledelsesstruktur.

De mest framtredende svarene på koordinerings- og samordningsproblemene er med andre ord å finne i strukturelle grep som i kombinasjon med regelstyring skaper spesialisering og entydighet. Denne typen organisering fremmer nok koordinering og effektivitet i relativt stabile organisasjoner med forholdsvis enkle produksjonsprosesser og tydelige krav fra omverdenen, men det ser straks mer komplisert ut i dynamiske og utviklingsorienterte organisasjoner med forskjelligartede og skiftende eksterne krav og mindre veldefinerte ytelser. Nettopp disse trekkene karakteriserer mange offentlige organisasjoner, ikke minst på helseområdet, og da kanskje i særdeleshet når man står overfor brukere med sammensatte lidelser. I organisasjonsteorien har man blant annet pekt på matriseorganisering som et svar på de koordineringsproblemene som skapes i en avdelingsbasert struktur (Mintzberg 1979). En matriseorganisering kombinerer prosjektgrupper på tvers av avdelinger med en «gulicksk» funksjonell avdelingsstruktur, men den innebærer selvsagt også nye typer av koordineringsproblemer overfor medarbeidere, kunder og klienter.

Mens den tidlige organisasjons- og forvaltningslitteraturen primært satte søkelyset på samordningsproblemene internt i organisasjoner, så har interessen i de senere tiår også rettet seg mot samspillet på tvers av organisasjoner. Når det gjelder private organisasjoner, utvikles teorier om nettverksbasert samspill, «collaborative advantages» og partnerskap. Også i forvaltningslitteraturen står nettverksbegrepet sterkt (Kickert, Klijn og Koppenjahn 1997, Rhodes 1997). I noen tilfeller overlapper dette med litteraturen om «governance», der man bl.a. taler om «public network governance» (bl.a Sørensen og Torfing 2008). På norsk er begrepet «samstyring» blitt etablert som en fellesbetegnelse på dette fenomenet (Røiseland og Vabo 2012). Det spesielle med denne litteraturen er dens blikk for styringsproblemer på tvers av organisasjonsgrenser, det være seg i rent offentlig regi eller i offentlig-privat regi. Videre har denne litteraturen også fokusert på de særlige vilkårene som kjennetegner organisasjoner og nettverk som opererer i politisk styrte felt, med de spesielle funksjonsbetingelsene som dette medfører.

Et kjernepunkt hos alle disse bidragsyterne er påpekingen av den flerdimensjonale karakteren i koordineringsproblemene og de forskjelligartede