

Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe?

Ralf Kirchhoff, Anders Grimsmo og Åge Brekk

Municipalities and public hospitals – do they agree on anything?

The Norwegian Coordination Reform is the starting point for introducing obligatory binding service agreements between municipalities and public hospitals. Since 2012 municipalities and public hospitals have been held responsible for having legally binding agreements. Our research questions were aimed at examining how the obligation to collaborate is manifested in first-generation service agreements. Our results indicate that service agreements on mutual knowledge sharing can be important in developing the collaboration between municipalities and public hospitals. We found many examples of formulations that can indicate a commitment to expanding further collaboration between municipalities and public hospitals. Our findings can to some extent be explained by focusing on how service agreement areas are regulated and governed in Norway.

Ralf Kirchhoff
Førsteamanuensis
Høgskolen i Ålesund, Avdeling for helsefag
E-post: ralf.kirchhoff@hials.no

Anders Grimsmo
Professor
NTNU, Institutt for samfunnsmedisin
E-post: anders.grimsmo@ntnu.no

Åge Brekk
Amanuensis
Høgskolen i Molde, Institutt for samfunnsfag
E-post: age.brekk@himolde.no

Samhandlingsreformen er startskuddet for innføring av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Fra og med 2012 er samtlige kommuner og helseforetak lovpålagt å ha samarbeidsavtaler. Forskningsspørsmålene tar utgangspunkt i hvordan plikten til å samarbeide beskrives i første generasjonsavtaler innenfor området gjensidig kunnskapsutveksling. Resultatene indikerer at avtalene kan være bestemmende for utviklingen av det formelle samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Det ble funnet en rekke formuleringer i avtaletekstene som tyder på at kommuner og helseforetak ønsker å videreutvikle samarbeidet. Resultatene kan til en viss grad forklares ut fra trekk ved avtaleområdene, og hvordan disse er styrt og regulert.

Innledning

Denne artikkelen handler om innholdet i det lovpålagte samarbeidet mellom kommuner og helseforetak på området gjensidig kunnskapsoverføring, etter ikrafttredelse av helse- og omsorgstjenesteloven i 2012 (lov av 24. juni 2011, nr. 30, jf. Prop. 91 L: 2010–2011). I vår studie¹ viser vi hvordan samarbeidet og partnerskapet manifesterer seg i de første avtalene som er inngått mellom helseforetak og kommuner på et valgt avtaleområde. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) satte fristen for å utarbeide avtaler på området *gjensidig kunnskapsoverføring* til 1.7.2012.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–2009) kan sees som uttrykk for en dreining i styringslogikken mellom helseforetak/spesialisthelsetjenesten (brukes synonymt med sykehus) og kommunene som har ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester. Selv om samhandling mellom kommuner og sykehus alltid har funnet sted, er det nye at plikten til samhandling nå er lovfestet og detaljene i samarbeidet er gitt en rettslig ramme i form av lokalt utformede samarbeidsavtaler. Denne formaliserte, vertikale samhandlingen mellom helseforetak og kommuner sikter mot å fremme et mer egalitært, forhandlende partnerskapsbasert forhold (Hansen, Helgesen og Holmen 2014). Samarbeidsavtalene bidrar til at norske kommuner i langt større grad enn tidligere er blitt forhandlere av egne rammebetingelser. I internasjonal litteratur beskrives denne utviklingen ofte som «multilevel governance» (Hill og Hupe 2002; Entwistle og Laffin 2003; Bache og Flinders 2004; Peters 2010), og i norsk litteratur som «vertikal samstyring» (Røiseland og Vabo 2008; Røiseland 2013).

Plikten til å inngå samarbeidsavtaler er ett sentralt virkemiddel i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Også før kravet om lovpålagte avtaler ble vedtatt i 2011 eksisterte det en avtaleordning mellom kommuner og helseforetak. I 2007 ble HOD og Kommunens Sentralforbund (KS) enige om en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet (ibid.:74). Denne ble i 2012 erstattet av en ny rammeavtale for perioden 2012–2015 der formålet er (Helse- og omsorgsdepartementet 2012:2):

... å sikre samarbeid om gjennomføring av samhandlingsreformen og videreutvikling av virkemidlene for samhandling på en systematisk måte mellom stat og kommunesektor som likeverdige parter.

Videre skal den understøtte inngåelse av lokale avtaler og bidra til bedre samhandling om pa-

sienter som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Mens rammeavtalen fra 2007 var basert på lokal frivillighet mellom kommuner og helseforetak, så forplikter rammeavtalen fra 2012 partene til samarbeid.

En kartlegging foretatt av SINTEF (Kalseth og Paulsen 2008) viste at alle helseforetak i 2008 hadde avtaler med kommuner i sitt opptaksområde. SINTEF-rapporten viste imidlertid at det var store forskjeller i hvor langt helseforetak og kommuner hadde kommet med å formalisere et system for samarbeid. Forslaget om å gå fra et frivillig til et obligatorisk, forpliktende avtalesystem ble fremmet av Regjeringen Stoltenberg II i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: «Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler.» (ibid.:77). Argumentet var blant annet at forpliktende avtaler kan hindre at det oppstår uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold i grenseflaten mellom forvaltningsnivåene. Videre skulle asymmetrien mellom kommuner og helseforetak rettes opp med hensyn til definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft, blant annet ved å ansvarliggjøre helseforetakene overfor kommunene.

Bakgrunnen for slike endringer kan sees i sammenheng med at flere vestlige land i løpet av 2000-tallet har vedtatt endringer i lov- og finansieringsordninger for å bedre koordineringen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Woods 2001; Freeman 2008; Wadmann, Strandberg-Larsen og Vrangbæk 2009; Montenegro, Holder, Ramagem, Urrutia, Fabrega, Tasca og Gomes 2011; Rommetvedt, Opedal, Stigen og Vrangbæk 2014). Denne politikken har i Norge kommet til uttrykk i målsettingene som ligger til grunn for Samhandlingsreformen. Reformen omtales ofte som en retningsreform som skal (St.meld. nr. 47, 2008–2009:14):

... sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for

koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene.

Både i Norge og andre land er den underliggende bakgrunnen en kombinasjon av en aldrende befolkning og en kostnadsvekst i helsetjenesten som ikke vil være bærekraftig på sikt (Rommetvedt mfl. 2014).

For å realisere reformens politiske målsettinger har Regjeringen Stoltenberg II pekt på en rekke juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler, som også er nærmere omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld.St. 16, 2010–2011). Artikkelen tar utgangspunkt i et rettslig virkemiddel, nærmere bestemt avtalene som er regulert i kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L: 2010–2011). Lovpålagte lokale avtaler ble ansett som et viktig tiltak for en felles forståelse for hvilke oppgaver helseforetak og kommuner skulle løse i Samhandlingsreformen (ibid.:26). Temaet er aktuelt siden avtalene representerer et relativt nytt styringsmiddel innen helsefeltet, der helhetlige pasientforløp skal realiseres gjennom forpliktende partnerskap. Det nye i dette partnerskapet er kombinasjonen av tradisjonell statlig lovstyring, som gir rom for et avtalebasert samarbeid med muligheter for å etablere lokale løsninger. Foreløpig mangler man kunnskap om avtaleinstrumentet har bidratt til å bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.

Tidligere forskning om offentlige partnerskap i lys av Nav-reformen har pekt på utfordringer i den vertikale samordningen mellom forvaltningsnivå, og at partnerskap kan fungere som et supplement til mer hierarkiske styringsvirkemiddel (Fimreite og Selle 2013). Videre er det pekt på at denne typen partnerskap ikke er likeverdig. Ett sentralt mål med Samhandlingsreformen var å styrke kommunene som en likeverdig samhandlingspartner til spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 47, 2008–2009:58). Vi antar at målet om likeverdighet vanskelig kan oppnås, så lenge den overordnede styringen overfor kommuner kan virke begrensende på den enkelte

kommune. Kommunene har dessuten ulike forutsetninger, ut fra kompetanse, økonomi, størrelse, geografi og så videre, for å kunne matche helseforetakene i forhandlinger om avtalene. En forskningsrapport viser at mange av kommunene likevel stort sett er fornøyd med avtalene og avtaleprosessene i Samhandlingsreformen, selv om foretakene fortsatt sitter med definisjonsmakten (Indset, Klausen, Møller, Smith og Zeiner 2012). Partnerskap gjennom samarbeidsavtaler foretrekkes av mange kommuner, fremfor at staten ensidig skal bestemme vilkårene for samhandlingen (ibid.:13). Forskning om samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, før Samhandlingsreformen trådte i kraft, viser imidlertid at kommunene ikke opplever seg som likeverdige samarbeidspartnere overfor helseforetakene (Kalseth og Paulsen 2008; PricewaterhouseCoopers 2010).

Denne studien tar utgangspunkt i tjenesteavtaler² etter helse- og omsorgstjenesteloven§ 6–2, 1. ledd nr. 6 der det heter at:

Avtalen skal som et minimum omfatte: 6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

Vi spør på hvilke områder partene har forpliktet seg til å samarbeide, og på hvilke områder partene formulerer seg mindre forpliktende. Har partene benyttet det faktiske handlingsrommet som lovgiver i utgangspunkt inviterte til? Nærmere bestemt, kan det påvises store variasjoner i valg av avtalefestede, lokale løsninger?

For å svare på forskningsspørsmålene har vi avgrenset oss til å undersøke kunnskapsoverføring innen dette avtaleområde. Vår empiriske analyse omfatter førstegenerasjonsavtalene mellom helseforetak og kommuner på området gjensidig kunnskapsoverføring. Totalt inngår 19 avtaler i vårt datamateriale. Vi har kombinert kvalitative og kvantitative innholdsanalyseteknikker (Neuendorf 2002). Sentralt i analysen er distinksjonen mellom *forpliktelser* og *intensjoner*

i avtalene, det vil si hvordan avtalepartene har formulert seg i tilknytning til ulike samarbeids-tiltak i avtalene.

I neste seksjon gjør vi rede for partenes relative handlingsrom innenfor valgt avtaleområde. Deretter gjør vi rede for samarbeidstiltak som normalt dekkes innenfor begrepet gjensidig kunnskapsoverføring mellom kommuner og helseforetak i helsefeltet. Vi følger så opp med en rettslig plassering av avtalene. Metodedelen, funnene og diskusjonen følger deretter.

Gjensidig kunnskapsoverføring – partenes handlingsrom innenfor avtaleområdet

I et demokratiperspektiv er det viktig å understreke at forvaltningsorganer, ved å opptre i samsvar med loven, er med på å gjennomføre den nasjonale politikken knyttet til ytelse av helse- og omsorgstjenester i pasientforløpene. Lovgivningen gir avtalepartene stor frihet til å organisere tjenestene ut fra lokale prioriteringer og behov. En følge av dette er at staten som lovgiver kompenserer bortfallet av sektorkontroll med mer omfattende rettighetsfesting for pasienter og brukere (Smith 2012:43). Brudd på lovgivningen vil måtte ses på som en trussel mot sentrale verdier som likhet og rettssikkerhet for pasienter og brukere (ibid.:48 og 19).

Både kommunene og helseforetakene er organisert som forvaltningsorganer med en viss grad av selvstendighet etter kommuneloven og helseforetaksloven, når det gjelder oppgaveløsning knyttet til ytelse av helse- og omsorgstjenester. På grunn av at kommunene gjennom tjenestelovgivning er gitt ansvar for helse- og omsorgstjenester som er helt grunnleggende i velferdsstaten, blir grensedragningen mellom hensynene til uavhengighet eller ansvar for å gjennomføre nasjonal velferdspolitikken sentral. Statlig styring er beskrevet på ulike måter ut fra ulike fagtradisjoner. I nyere litteratur er det tatt utgangspunkt i virkemiddelbruken. I vårt perspektiv blir reguleringer et sentralt virkemiddel (Vabo 2012: 100). Nasjonal politisk statlig styring skjer her i bindende form ved lov eller forskrift, også der

forvaltningsorganene er gitt en uavhengig stilling. Statsmakten er ved lov gitt myndighet til å kontrollere og sanksjonere brudd på lovgivningen. Siden ulike virkemidler blir anvendt ved siden av hverandre, kan det skilles mellom «harde og myke styringsvirkemidler avhengig av hvilket potensiale for bruk av tvangsmakt de representerer» fra statens side (Vabo 2012:101).

Samarbeidsavtalene inneholder normer for hvordan partenes arbeidsinnsats skal koordineres i pasientforløpene. Etablering av avtaleinstrumentet framstår som en form for selvregulering, og er uttrykk for en økt lokal innflytelse på utviklingen av normene for samarbeid om pasientforløp. Kunnskapsutviklingen i tjenester og fagmiljøer skjer kontinuerlig og så raskt, at lovgivning ikke blir et egnet styringsverktøy for økt samarbeid om forløpene (Sand 1996:91). Fagmiljøene må derfor være viktige premissleverandører i avtaleprosessene, i kraft av sin faglige kompetanse. Profesjonenes og brukernes deltakelse er av avgjørende betydning for å kunne utvikle helse- og omsorgstjenestene videre.

Ett perspektiv til å beskrive det overordnede, politiske samspillet mellom stat og kommune på er gjennom samstyringsbegrepet (Røiseland og Vabo 2008). Samstyring innebærer stor grad av gjensidig avhengighet, ofte gjennom nettverk og formaliserte partnerskap, men der ingen enkeltaktør har tilstrekkelig kunnskap eller kapasitet til å dominere alene (Røiseland og Vabo 2008). Slik sett skiller samstyring seg som fenomen fra tradisjonell hierarkisk styring, der man i litteraturen har større fokus på forholdet mellom over- og underordnet. En konsekvens av den gjensidige avhengigheten mellom helseforetak/stat og kommune, er at felles beslutninger i helsepolitikken gir kommunene utvidede rammer for forhandlinger og lokale tilpasninger. Siden gjensidig avhengighet legges til grunn for samstyring, vil alle parter være relativt avhengige av de øvrige aktørenes godvilje for at samarbeidet skal lykkes, selv om makt og ressurser kan være ulikt fordelt. Videre vil aktørens handlingsrom til å få til forpliktende samarbeid mellom helse-

foretak og kommune også være bestemt av andre forhold, eksempelvis ulike premissgivende lover og forskrifter som regulerer spesifikke områder i helsefeltet.

I samsvar med forannevnte balansegang kan også avtaleinstrumentet knyttet til kunnskapsoverføring forstås. Selv om staten har vedtatt plikten til å inngå avtaler, og stille minimumskrav til disse, er det likevel opp til kommuner og helseforetak å gi avtalene et lokalt innhold, innenfor det juridiske handlingsrommet som lovgiver har satt. Vi antar at det valgte avtaleområde gir partene et relativt stort handlingsrom for å anvende skjønner. Dette begrunnes med at lovverket på dette området er mindre eksplisitt med hensyn til hvordan kunnskapsoverføringen skal organiseres og hvilke tiltak som bør settes i verk.

Ifølge Abbott og Snidal (2000) oppstår behovet for mykere styringsmidler (ibid.:422):

... once legal arrangements are weakened along one or more of the dimensions of obligation, precision, and delegation. This softening can occur in varying degrees along each dimension and in different combinations across dimensions.

Begrepet «mykere styringsmidler» (på engelsk bruker man ofte begrepet *soft law*) kom inn i juridisk faglitteratur fra begynnelsen av 1970-tallet (Cini 2001). Begrepet kobles normalt til studier av EU-lovgivning, og hvordan denne form for lovgivning påvirker ulike politikkområder (Abbott og Snidal 2000; Cini 2001). Større grad av delegert myndighet til kommuner og helseforetak/spesialisthelsetjenesten, innebærer at disse får et større handlingsrom til å bestemme innholdet i lokale avtaler selv. Derav forventet vi å finne relativt stor variasjon når det gjelder formuleringer i avtalene innenfor tjenesteområde nummer 6.

Samtidig forventet vi at partene i avtaletekstene også viste forsiktighet mht. å forplikte seg til konkrete samarbeidstiltak, dvs. samarbeidstiltak som ikke eksplisitt er lovpålagt. Det begrun-

nes med at slike tiltak kan tenkes å kunne påføre partene økte utgifter.

Gjensidig kunnskapsoverføring

Argote og Ingram (2000) definerer kunnskapsoverføring som «the process through which one unit (e.g., group, department, or division) is affected by the experience of another» (ibid.:151). Kunnskapsoverføring innbefatter mer enn alminnelig utveksling av informasjon mellom to parter. Hvis det var slik ville et notat, en e-post eller et møte være nok for å oppnå kunnskapsoverføring. Kunnskapsoverføring er mer kompleks fordi kunnskap innbefatter både organisasjonsmedlemmer, deres oppgaver og til dels «tause» underliggende forhold i organisasjoner (Nonaka og Takeuchi 1995; Argote og Ingram 2000). Disse perspektivene på kunnskapsoverføring legger vekt på prosessuelle og skjulte forhold i organisasjoner. I lys av dette, samt utfordringer knyttet til variasjoner mellom kommuner og helseforetak mht. økonomi og andre forhold, antar vi at det kan ha vært krevende å få materialisert konkrete tiltak på kunnskapsoverføring i de gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler på undersøkte avtaleområde.

Kunnskapsoverføringen i avtalesammenheng skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på tjenestene. Det å få avklart hvordan den gjensidige kunnskapsoverføringen mellom sykehus og kommuner skal foregå, blir viktig i denne sammenheng. HOD fremhevet i St.meld. nr. 47 at avtalene måtte utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunene med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring, og sette kommunene i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (St. meld. nr. 47, 2008–2009). Det nye i avtalene rokker ikke ved spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunene (jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven). Det nye er at kommuner og sykehus forpliktes til å beskrive hvordan den gjensidige kunnskapsoverføringen skal foregå. I den forbindelse ga nasjonale helsemyndigheter avtalepartene veiledende råd med

hensyn til hva som bør være med i denne typen avtaler (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Sentralt er gjensidig informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til innleggelse og henvisning fra lege, og ved utskrivninger der epikrise skal foreligge. Helsemyndigheter stilte videre felles generelle krav og ga veiledende anbefalinger til selve avtaleprosessen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Sentralt her var blant annet kravet til faglig forsvarlighet, at avtalene skulle bygge på nye/reviderte forskrifter,

at helseforetak og kommuner bør bygge videre på eventuelle avtaler som eksisterte før 1.1.2012 og klargjøring av ansvarsforhold knyttet til organisering og finansiering av ulike samarbeidstiltak. Pasient-/bruker erfaringer skulle også inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalene. Det ble også stilt krav om årlige gjennomgang av avtalene med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser (§ 6–5 i lov om helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011).

Tabell 1: Oversikt over samarbeidstiltak som kan fremme gjensidig kunnskapsoverføring mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Samarbeidstiltak	Beskrivelse
Veiledning	Veiledningsplikten er lovpålagt og omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Hovedpunkter for veiledningsplikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold. Plikten er begrenset til påkrevet veiledning m.m. Plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, men kan også omfatte generell veiledning. Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen. Det kan ikke kreves vederlag for den veiledning som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.
Hospitering	Hospitering defineres som et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass og der hovedhensikten er at den som hospiterer skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi o.l. Hospitering er ikke lovpålagt.
Praksiskonsulentordning (PKO)	PKO består av at allmennleger arbeider i deltidsstillinger inne på sykehus/i helseforetak, og gjennom sin kjennskap til både første- og andrelinjetjenesten prøver å identifisere områder der samarbeidet ikke fungerer optimalt mellom de to delene av helsevesenet. PKO er ikke lovpålagt.
Møtearenaer (faglige nettverk, ledernetverk på faglig/adm. nivå o.l.)	Mellom kommuner og helseforetak eksisterer det både formelle og uformelle møtearenaer der fag og administrasjon møtes regelmessig/uregelmessig. De formelle møtearenaene er ofte beskrevet i avtalene. Disse ordningene er ikke lovpålagt og initieres, styres og evalueres av partene i fellesskap.
Ambulante team	Ambulante team er helsepersonell som forflytter seg ut fra arbeidsplassen som de til daglig er tilknyttet. Denne avgrensningen inkluderer ikke (inter-) kommunale team som kun består av ansatte i primærhelsetjenesten.
Webportaler, telemedisinske løsninger og e-læringsløsninger	I forb. med undervisning, medisinske konsultasjoner, veiledning o.l. bruker kommuner/helseforetak ofte ulike teknologiske løsninger for å fremme gjensidig kunnskapsoverføring. Disse ordningene er ikke lovpålagt.

Gjensidig overføring av kunnskap kan skje på ulike vis mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Den kan være individorientert rundt pasientforløpet til den enkelte pasient og hennes/

hans diagnose(r), for eksempel i tilknytning til henvisning og epikrise. Videre har kunnskapsoverføringen et systemaspekt. Systemaspektet impliserer at hele eller deler av organisasjonen

kan ha fordeler av å dele kunnskap (Argote og Ingram 2000), som i neste ledd også kan være positivt for pasienten. Fra et systemperspektiv har integreringen som mål å få til et hensiktsmessig samarbeid mellom likeverdige parter, i håpet på at resultatet av et slikt samarbeid blir større enn summen av de enkelte delene. Samtidig kan gjensidig kunnskapsoverføring fremme læring i organisasjonen samt støtte oppunder kompetanseutvikling i kommuner og helseforetak. Forskning viser imidlertid at gevinster ved denne typen samarbeid ikke bør tas for gitt. Dette kan skyldes uklare mål, skjulte agendaer til de organisasjoner/personer som er involvert, mangel på tillit, knapphet på ressurser og ulike forventninger til de som er involvert i denne typen samarbeid (Vangen og Huxham 2009). Andre studier viser til betydelige forskjeller i synet på kunnskap, blant annet når det gjelder ulik bruk av faglige retningslinjer i kommuner og sykehus (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold og Grimsmo 2013). Dette kan sees i sammenheng med at kommuner og sykehus har forskjellige utgangspunkt når det gjelder ressurstilgang, ulik tilgang til avansert medisinsk teknologi/utstyr, ulik kompetansebehov (spesialist- vs. generalisttilnærming), ulik planleggingshorisont (kortvarige vs. langvarige pasientopphold), samt ulike syn på pasientrollen (ibid.).

Enkelte former for kunnskapsoverføring er lovpålagt, eksempelvis veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten har overfor kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Ikke lovpålagte former er også vanlige, og kan omfatte ulike typer samarbeidstiltak. Noen av de mest sentrale formene for samarbeidstiltak er presentert i tabell 1, og inngår i vår analyse av avtalene.

En rettslig plassering av tjenesteavtaler om kunnskapsoverføring

Helseforetak og kommuner er fullverdige og likestilte parter som begge er bundet av tjenestelovgivningen. Begge parter må derfor holde seg innenfor lovens rammer i utforming av avtaletekst. Avtalefriheten er på flere samfunnsom-

råder lovregulert i norsk rett, noe som også er tilfelle når det gjelder tjenesteavtaler² (Woxholth 2003:24–25). I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e, er det en lovfestet plikt for de partene som nevnt foran, til å inngå samarbeidsavtaler.

I et juridisk perspektiv har et siktemål med Samhandlingsreformen vært å harmonisere lovreguleringen av helse- og omsorgstjenestene, for å sikre brukerne et bedre og mer oversiktlig tjenestetilbud. Dette er gjort blant annet gjennom å vedta en ny felles lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunen, som erstatning for kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Etter helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene et tydeligere «sørge for» og helhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester enn før loven trådte i kraft 1. januar 2012. Spesialisthelsetjenesten skal støtte den nye kommunerollen gjennom å samarbeide om arbeidsoppgaver og gi faglig veiledning til personalet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Lokale samarbeidsavtaler mellom aktørene skal sikre kompetanse i de kommunale tjenestene og sørge for at tjenestetilbudet er forsvarlig, og et godt alternativ til innleggelse i sykehus. Rettsvirkningen av slike avtaler er partsbundethet, det vil si at inngått avtale forplikter avtalepartene i praktisk yrkesutøvelse og tjenesteytelse. Hvis det i en avtale brukes ord og uttrykk som indikerer at teksten gir uttrykk for en intensjon, vil det si at disse delene av avtalen bare er forberedende og foreløpige uttalelser (Woxholth 2003:159). For å kunne etablere partsbundethet må slike erklæringer avløses av en forpliktende avtale.

En avtaletekst presiserer avtalepartenes forpliktelser til å organisere sin virksomhet og til å disponere egne ressurser i et pasientforløp. Med pasientforløp menes her den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør en pasients møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (Rotter, Kugler, Koch, Gothe, Twork, van Oostrum og Steyerberg 2008). Mange pasienter trenger et behandlingsforløp med deltjenester fra flere tjenesteytere (Prop. 91 L: 2010–2011). Gode for-

løp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov. Tjenesteavtalene skal inneholde organisatoriske og prosessuelle normer, det vil si regler for hvordan samarbeidet om helhetlige og koordinerte pasientforløp skal organiseres, og hvilke rutiner som gjelder mellom avtalepartene i arbeidet med de enkelte pasienter.

Innholdet i en tjenesteavtale vil ikke gjelde dersom det er i strid med lovgivningen. En annen ordning ville være i strid med plikten til forsvarlighet, etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Partene kan derfor heller ikke avtale en annen ansvarsfordeling enn den som følger av lovgivningen. Avtalebestemmelser som innebærer endring av det overordnede ansvaret for en helsetjeneste, vil også være ugyldig.

Teksten i en tjenesteavtale skal inneholde fakta om hvordan helse- og omsorgstjenestene skal være organisert rundt felles oppgaveløsning, fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver i pasientforløp og prosedyrer som skal fremme samhandlingen mellom nivåene. Rettigheter og plikter etter en avtale kan framstå som uklare for partene, enten på grunn av at ord og uttrykk i avtalen er for generelle eller at det påberopes å være motstrid mellom ulike punkter i avtalene. Kontraktsforpliktelsen for avtalepartene vil ved uenighet, måtte bygge på en tolking av ordlyden i avtaleteksten. Slik uenighet kan gi seg uttrykk i at en part ikke oppfyller sin forpliktelse, i overensstemmelse med motpartens forventninger. Hovedregelen er at det er avtalt, som følger av ordenes alminnelige mening etter vanlig språkbruk, innen det samfunns- eller livsområde som kontrakten gjelder for (Woxholth 2003:438). Det betyr at en må prøve å uttrykke seg så konkret som mulig i avtalen. Ved en eventuell motstrid mellom ulike formuleringer i en avtale, bør et konkret utsagn gjelde foran det mer generelle. I overordnet samarbeidsavtale finner en imidlertid regelfestet at denne avtalen skal ha forrang for de andre avtalene, der det oppstår strid om det som er avtalt. De overordnede samarbeids-

avtalene kunne ha inneholdt mer utfyllende tolkingsregler enn dette. Avtalefestede tolkingsregler vil gi regler som hjelper til med å løse uenighet mellom partene på lavest mulig tjenestenivå. Dette vil kunne forebygge bruk av det sentrale tvisteløsningsorganet som er etablert i de ulike overordnede avtalene. I ettertid kan det også oppstå spørsmål som partene ikke tenkte på ved avtaleinngåelsen.

De tjenesteavtalene som er tema i denne artikkelen, skal inneholde mest mulig konkrete faktaopplysninger om organiseringen av «gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering», fordeling av konkrete oppgaver og detaljerte instruksjoner for hvordan dette samarbeidet om helhetlige pasientforløp skal foregå mellom avtalepartene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd nr. 6.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell skal gi de kommunale tjenestene råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at de skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Denne regelen gir ikke et unntak fra taushetsplikten, slik at pasientens personvern må ivaretas i all veiledning og kunnskapsoverføring. Det er opp til de to nivåene i tjenesten å finne fram til de veiledningsordningene som fungerer mest hensiktsmessig, for eksempel i utarbeiding av en tjenesteavtale. Generell veiledning, det vil si der kunnskapsoverføring skjer uten at pasientens personalia er tema, vil ikke komme i konflikt med taushetspliktsreglene. Helsepersonelloven § 29c åpner opp for at opplysninger om pasienter også kan kommuniseres til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring. Taushetsbelagte opplysninger kan, etter særskilt anmodning, gis til annet helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, dersom utleveringen er begrunnet i lærings- og kvalitetssikringshensyn. Utlevering etter første ledd skal begrenses til de opplysninger som er nød-

vedvige og relevante for formålet. Siden formålet med utlevering av personopplysninger ikke skjer som ledd i pasientbehandling, er det uttalt i lovforarbeidene at opplysningene ikke kan lagres i personidentifiserbar form, og at de derfor «må slettast fortløpende» (Prop. 87L (2012–2013): 25; Brekk 2014:52–53).

En kartlegging og analyse med utgangspunkt i den utforming samarbeidet er gitt i avtaletekstene, det vil si på grunnlag av de ord og uttrykk som faktisk er brukt, vil gi informasjon om avtalenes faktiske innhold. Slike opplysninger vil også være nyttige i senere målinger av den effekt avtalene har hatt på pasientforløpene.

Metode

For å svare på forskningsspørsmålene har vi brukt innholdsanalyse som metode (Neuendorf 2002). En innholdsanalyse av avtaletekster bygger på en hel rekke teknikker og metoder for å trekke ut meningsinnhold i tekst eller andre kilder, og som omfatter ulike typer analyser (Bond 2005). Tidligere refererte begrepet «content analysis» primært til kvantifiserbare aspekter ved metoden, men begrepet rommer også kvalitative aspekt. I våre analyser har vi benyttet både kvalitative og kvantitative tilnæringer. Før vi startet kategorisering og kodingen av dataene, som er første-generasjonsavtaler i tekstformat, leste vi samtlige avtaler manuelt. Dette ble gjort for å skaffe oss innsikt i avtalenes struktur og innhold. Vår kategorisering av innholdet i avtalene tok utgangs-

punkt i avtalekontekstens egenart. Det betyr at valgt avtaleområdet berører en rekke temaer som primært kobles til dette avtaleområdet. Med temaer menes områder i avtalene som samlet sett utgjør meningsbærende, overordnede kategorier. Den relative betydningen av slike temaer kan variere i de enkelte avtaler, det vil si at ulike helseforetak/kommuner kan ha vektlagt ulike temaer forskjellig. I tabell 2 beskriver vi hovedkategorier som er anvendt for å kode tjenesteavtalene. Disse igjen kan bestå av underkategorier. Eksempelvis inngår underkategoriene «praksiskonsulentordningen» (PKO), «møtearenaer», «hospitering», «ambulante team» med mer, i hovedkategorien «kunnskapsoverføring».

I kategoriseringen av avtaletekstene tok vi også utgangspunkt i å kartlegge ord/setninger der partene juridisk *forpliktet* (kategori «forpliktelser») seg til noe, og ord/setninger der partene kun har *intensjoner* (kategori «intensjoner») om å foreta ta seg noe. Forpliktende formuleringer i slike bindende avtaletekster starter ofte med «kommunen/helseforetaket skal/må/sørge for» eller «partene forplikter seg» og lignende. Motsatt uttrykkes intensjoner i slike avtaletekster ofte med «kommunen/helseforetaket bør/kan/ønsker» eller «partene vurderer» og lignende. Slike formuleringer er kodet henholdsvis i kategorien «forpliktelser» og i kategorien «intensjoner», som sees i sammenheng med de øvrige kategorier beskrevet i tabell 2.

Tabell 2: Kategorier som er anvendt til koding av avtalene og beskrivelse av disse

Hovedkategorier	Beskrivelser
Intensjoner	Kategorien <i>intensjoner</i> tar utgangspunkt i ord/formuleringer i avtalene som indikerer at H* og K** har intensjoner om å iverksette felles tiltak. Bør/kan/vurderer er eksempel på slike ord i tjenesteavtalene.
Forpliktelser	Kategorien <i>forpliktelser</i> tar utgangspunkt i ord/formuleringer i avtalene der H og K forplikter seg til felles tiltak. Skal/må/sørger for/partene forplikter seg til er eksempel på slike ord/formuleringer i tjenesteavtalene.
Kunnskapsoverføring	Kategorien <i>kunnskapsoverføring</i> dekker områder i avtalene der partene beskriver samarbeidstiltak som tas i bruk i forbindelse med kompetanseoverføring (se tabell 1). Partenes evt. bruk eller videreføring av PKO, hospitering, ambulante team, møtearenaer veiledning, bruk av webportaler, telemedisinske løsninger og e-lærings-løsninger inngår i kategorien.

*H=Helseforetak, ** K=Kommune

Avtalene er kodet manuelt i QSR Nvivo 10. Analyseverktøyet Leximancer (www.leximancer.com) er videre brukt til å finne mønster og sammenhenger mellom kategorier (temaer). Leximancer er brukt for å beregne sannsynligheten (kalles *likelihood* i Leximancer) for at visse typer ord opptrer i samme tekstsegment (setning). Algoritmen som ligger til grunn for denne type beregning og analyse er nærmere omtalt i Stockwell, Colomb, Smith og Wiles (2009). Denne teknikken kalles *text mining* (Feldman og Sanger 2008).

En annen type dokumentanalyse vi har foretatt er plagiattkontroll.³ Plagiattanalyse er anvendt for å avdekke graden av kongruens i avtaletekstene. Konkret har vi brukt verktøyet plagscan (www.plagscan.com) til sammenligning av tjenesteavtaler som helseforetak/kommuner har innenfor sitt regionale helseforetaksområde. Slike analyser resulterer i en plagieringsnivåverdi (opp-gitt i prosent), og en plagieringsrapport. Høye plagieringsnivåverdier indikerer at det er stor grad av kongruens, når man sammenligner tjenesteavtalene mot hverandre. Plagieringsrapporten gir en oversikt over tekstelement som er identiske i avtalene, evt. tekstelement som er originale. Før avtalene ble analysert ble avtalene (pdf-filer) klar-gjort for tekstgjenkjenning (OCR).

Totalt har vi analysert 19 førstegenerasjonsavtaler som regulerer samarbeidet mellom kommuner og helseforetak på avtaleområdet gjensidig kunnskaputveksling. Avtalene er lastet ned fra helseforetakenes hjemmesider, basert på opplysninger om lenkeadresser som vi mottok fra de fire regionale helseforetakene.

Resultater

Før vi startet studien tok vi utgangspunkt i at det hypotetisk kunne være så mange som 429 ulike tjenesteavtaler på valgt avtaleområde, når man tok utgangspunkt i 429 kommuner (pr. 1.1.2012). Plagiattanalyse viste at tjenesteavtalene innen avtaleområde nummer 6 stort sett var identiske, når man sammenlignet kommuner som hadde avtaler med samme helseforetak. Det

er kun Oslo kommune som skiller seg ut. Kommunen har tjenesteavtaler både med Akershus universitetssykehus (AHUS) og Oslo Universitetssykehus (OUS), som innholdsmessig skiller seg fra de tjenesteavtaler som andre kommuner har inngått, eksempelvis med AHUS.

Våre resultater viser at tjenesteavtalene varierer i omfang når man tar utgangspunkt i antall sider u/vedlegg. Avtalene varierer fra 2–8 sider. Man finner også eksempler på at helseforetak og kommuner har slått sammen tjeneste-/delavtale om gjensidig kunnskapsoverføring (§ 6-2, nummer 6) med delavtale om forskning, utdanning, praksis og læretid (§ 6-2, nummer 7). I begge tilfeller er dette heller unntaket enn regelen.

Plagiattanalyse viser at tjenesteavtalenes innhold hovedsakelig består av tre typer tekstfragmenter: 1) Overordnede lover-/forskrifter som det henvises til i avtalene, 2) tekst som er fremforhandlet lokalt, som følge av lokale forhandlingsprosesser, og 3) tekst/formuleringer som er hentet fra andre kilder. Her kan det dreie seg om tekst og formuleringer som er hentet fra andre helseforetak/kommuner, nasjonale veiledere, men som regel fra helseforetak/kommuner innenfor samme RHF (Regionalt helseforetak).

Tabell 3 viser resultater fra plagiattanalyse, fordelt på helseforetak. Høye prosentverdier³ (≥15 prosent) i tabellen er uttrykk for at helseforetak og kommuner, innenfor samme RHF, i stor grad hadde sammenfallende avtaler. Høye verdier impliserer at helseforetak og kommuner i stor grad har tilpasset og standardisert formuleringene i avtalene innenfor eget RHF.

Resultatene i tabell 3 indikerer at majoriteten av kommuner og helseforetak, innenfor avtaleområde Gjensidig kunnskapsoverføring, i liten grad har brukt tekst fra andre helseforetak/kommuner innenfor samme RHF (verdier <15 prosent). Unntaket er tre helseforetak i Helse Nord RHF og to helseforetak i Helse Vest RHF. Kommuner som har avtaler med disse helseforetak har plagiattverdier som ligger mellom 29 %–72 %.

Tabell 3: Resultater fra plagiatanalysen. Tall i prosent. Sammenligning av tjenesteavtaler som kommuner og helseforetak har innenfor sitt regionale helseforetaksområde. Tjenesteavtaler pr. 31.7.2012 (N=19)

HELSEFORETAK	GJENSIDIG KUNNSKAPSUTVEKSLING
<i>Helse Sør – Øst RHF</i>	
Vestre Viken	8
Sykehuset Telemark	7
Sykehuset Sørlandet	9
Sykehuset Østfold	5
Sykehuset Innlandet	9
Sykehuset i Vestfold	15
Oslo kommune/bydeler – AHUS**	13
Øvrige kommuner – AHUS	12
<i>Helse Midt – Norge RHF</i>	
St. Olavs Hospital	5
Helse Møre og Romsdal	4
Helse Nord-Trøndelag	6
<i>Helse Vest RHF</i>	
Helse Bergen	3*
Helse Fonna	29*
Helse Førde	30*
Helse Stavanger	2
<i>Helse Nord RHF</i>	
UNN	41
Nordlandssykehuset	72
Helse Finnmark	63
Helgelandssykehuset	6

*Avtalene er skrevet på nynorsk.

**Oslo kommune har likelydende avtaler med AHUS og Oslo Universitetssykehus(OUS), derfor er OUS ikke tatt med i tabellen.

For å finne ut hvilke underkategorier/temaer som oftest sameksisterer med hovedkategorien «forpliktelser» eller «intensjoner», analyserte vi samtlige 19 avtaler ved hjelp av programmet Leximancer. Tabell 4 viser hvilke underkategorier/temaer i avtaletekstene som har størst sannsynlighet (oppført i prosent) for å opptrø i tekstlig nærhet til hovedkategorien *forpliktelser* eller hovedkategorien *intensjoner*. Tall som står oppført

uten prosentangivelse (se tabell 4, i parentes), viser hvor ofte en av underkategoriene/temaene opptrø i avtalene sammen med hovedkategoriene forpliktelser eller intensjoner. Det er prosentindikatoren som er sentral i denne analysen.

Det fremgår av analysen (tabell 4) at praksiskonsulentordningen, teknologi og veiledning er de tre samarbeidstemaer der det er størst sannsynlighet for å finne forpliktende formuleringer

i avtalene. Motsatt er det større sannsynlighet for å finne intensjonelle formuleringer i avtalene blant temaer som ambulante team, teknologi og møtearenaer.

Basert på variasjonen i kommunenes/helseforetakenes avtaletekster og forrige analyse (se tabell 4), gir vi i tabell 5 eksempler på hvordan kommuner/helseforetak formulerte seg i første-generasjonsavtalene.

Tabell 4: Underkategorier/temaer i avtalene som har størst sannsynlighet for å opptrre sammen med hovedkategoriene forpliktelser og intensjoner i avtalene. De tre mest sentrale underkategorier/temaer innenfor hver hovedkategori er uthevet. Tjenesteavtaler pr. 31.7.2012 (N=19)*

UNDERKATEGORIER/TEMAER	FORPLIKTELSE	INTENSJONER
ambulante team	61 % (19)	23 % (7)
teknologi**	80 % (12)	20 % (3)
møtearenaer	50 % (76)	19 % (29)
hospitering	54 % (67)	18 % (22)
veiledning	77 % (27)	11 % (4)
PKO	89 % (16)	11 % (2)

*Kalles likelikhod i Leximancer og oppgis i prosent. Prosenten angir sannsynligheten for at visse ord/kategorier sameksisterer i samme tekstsegment, dvs. i setninger. Eksempelvis er sannsynligheten for at dette skjer med ord/kategorier som er kodet som praksiskonsulentordning (PKO) og forpliktelser 89 prosent. Tall vist i parentes viser frekvensen for at en kategori opptrer i teksten sammen men en annen kategori.

** Her inngår gjensidig samarbeid om webportaler, telemedisinske løsninger og e-lærings-løsninger (jfr. tabell 1).

Vilje til å utvikle samarbeidet videre

Et sentral funn er at mange kommuner og helseforetak i fellesskap har forpliktet seg til å videreutvikle partssamarbeidet, særlig innenfor PKO, teknologi (webportaler, telemedisinske løsninger og e-lærings-løsninger og lignende) og veiledning (tabell 4). Siden mesteparten av slike samarbeidstiltak ikke er lovpålagt (jfr. tabell 1), tolkes det som uttrykk for at mange kommuner og helseforetak har tatt på seg et noe større formelt ansvar. Vi fant dessuten at avtalene varierte noe i omfang (antall sider) og benevnelser. Formuleringene i førstegenerasjonsavtalene kan tyde på at likeverdigheten mellom kommuner/helseforetak er forsøkt ivaretatt i avtalene. Dette tydeliggjøres gjennom bruk av gjensidig forpliktende formuleringer i avtalene (jf. tabell 5).

Videre fant vi at avtalene (innen avtaleområde nummer 6) som kommuner har innen-

for samme helseforetaksområde, stort sett var identiske. Det er ikke tale om at hver kommune forhandlet seg frem til «sin» egen unike avtale under forhandlingene med helseforetakene. Man har i stor grad brukt samme avtalemal som andre kommuner. Plagiatanalysen (tabell 3) viste at det innenfor samme RHF var relativ lite overlap i avtaletekstene mellom helseforetak. Unntaket var avtalene innenfor Helse Nord RHF. Her hadde UNN HF, Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF nokså sammenfallende avtaletekster (tabell 3). Videre fant vi at handlingsrommet som lovgiver la til rette for via avtaleinstrumentet, i noe grad er blitt benyttet gjennom lokale tilpasninger. Formuleringer rundt samarbeidstiltak i avtaletekstene tyder på det.

Tabell 5: *Eksempler på formuleringer i tjenesteavtaler mellom kommuner og helseforetak. Tjenesteavtaler pr. 31.7.2012 (N=19)*

Underkategorier/ temaer	Forpliktelser	Intensjoner
ambulante team	<i>Det etableres ambulante team innen somatikk (jfr erfaringer fra eksisterende samarbeid om ambulansetjeneste). Partene utreder dette sammen. Sykehuset i Vestfold HF</i>	<i>Behovet for etablering av flere kommunale ambulante team innen andre fagområder bør vurderes. UNN HF</i>
teknologi*	<i>Partene skal ha hver sin kontaktperson som koordinerer e-læring. Kontaktpersonene danner et e-læringsnettverk mellom partene ... AHUS HF</i>	<i>Partene tar sikte på å ta i bruk elektroniske verktøy knyttet til kompetanseutvikling, der dette vurderes hensiktsmessig, kvalitativt tilstrekkelig og effektivt. Nordlandssykehuset HF</i>
møtearenaer	<i>Etablere felles møteplasser, og invitere til felles fagdager. Særlig bør felles møteplasser for ledere prioriteres. Sykehuset Telemark HF</i>	<i>Faglege nettverk kan etablerast når det er behov for å samordne tenester, kompetanse og fagutvikling i kommunar og helseforetak. Helse Fonna HF</i>
hospitering	<i>Partene skal beskrive hvordan hospitering kan gjennomføres. Arbeidet påbegynnes i 2012. Helse Nord-Trøndelag HF</i>	<i>Etablering av faste hospiteringsordninger bør vurderes. Nordlandssykehuset HF</i>
veiledning	<i>Partene er enige om å opprette en gruppe som skal definere nærmere hva som ligger i veiledningsplikten for å sikre at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud av helse- og omsorgstjenester. St.Olavs hospital HF</i>	<i>De lokale samarbeidsutvalgene vil ha et særskilt ansvar for hvordan dette skal gjennomføres. Vestre Viken HF</i>
PKO	<i>Helse Fonna HF skal videreutvikle den praksiskon-sulentordninga som gjeld no. Helse Fonna HF</i>	<i>Praksiskon-sulentordninga for ålmennlegar bør halde fram, og ein bør vurdere å utvide ordninga til å omfatte andre yrkesgrupper. Helse Bergen HF</i>

*Her inngår gjensidig samarbeid om webportaler, telemedisinske løsninger og e-lærings-løsninger (se også tabell 1).

Diskusjon

Styrken ved studien er dataenes relevans og reliabilitet, når dette sees i sammenheng med artikkelens forskningsspørsmål. Vi mener at første-generasjonsavtalene egner seg godt som datakilde, for å få dokumentert områder og tiltak som helseforetak og kommuner tar mål av seg å videreutvikle. Anvendte metoder er etterprøvbare, slik at også andre forskere kan kontrollere for eventuelle mangler. Videre kan funnene brukes til å forske på etterlevelsen av avtalene og effekten av fremforhandlede tiltak på helsetjenester i kommuner og helseforetak. En svakhet er at man ideelt sett burde hatt analysert de øvrige avtaleområder, jf. § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Slik sett kunne man kontrollert for eventuelle

indre sammenhenger mellom felles temaer, men på ulike avtaleområder. Man kunne eksempelvis ha kartlagt hvordan et gjennomgående tema som gjensidig kunnskapsoverføring, er formalisert på andre avtaleområder som er nevnt i § 6-2.

Våre funn kan sees i sammenheng med for-utgående prosesser fra stat, RHF'er, helseforetak og KS overfor kommunene, og der målet var å få til en enhetlig praksis. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven er det uttalt (Prop. 91 L: 2010–2011:329):

Dessuten skal Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeide et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler og maler til sam-

arbeidsavtaler. Dette vil antakelig føre til at avtalene over hele landet blir relativt like.

Det kan synes som om slike standardavtaler og nasjonale veiledere har virket normerende ved inngåelsen av de individuelle tjenesteavtalene lokalt. Slik sett har de virket som et rettslig styringsverktøy i avtaleprosessen, ved siden av lovgivningen. Vi vet også at en rekke kommuner, før forhandlingene om lokale tjenesteavtaler med helseforetakene startet, hadde opprettet forhandlingsutvalg innenfor sine regioner (Hals 2012). Dette kan ha gitt kommunene en slags likevekt i forhandlingene overfor foretakene, men kan samtidig ha begrenset den enkelte kommunes mulighet til å få gjennomslag for egne ønsker. Resultat fra slike kommunale koordineringsprosesser, samt harmoniseringsbestrebelse fra stat, RHF'ene, helseforetak og KS, sees som medvirkende forklaring på at avtalene mellom kommuner og helseforetak innenfor samme helseforetaksområde ble nokså like.

Egenskaper ved avtaleområdet, jf. seksjon om partenes handlingsrom innenfor valgt avtaleområde, kan ha virket inn på partenes tolkning av det rettslige handlingsrommet da avtalene ble fremforhandlet. Dette kan være med på å forklare hvorfor tjenesteavtalene om gjensidig kunnskapsutveksling inneholder relativt mange formuleringer der partene gir tydelige signaler om å utvide partssamarbeidet, utover det som er bestemt i lov og forskrift på nevnte avtaleområde. Kartleggingen av et annet avtaleområde, det vil si avtaler for samarbeid om utskrivningsklare pasienter med behov for kommunal oppfølging etter utskrivning fra sykehus, kan indikere at egenskaper ved selve avtaleområdet påvirker partenes opplevde handlingsrom og innholdet i avtalene (Kirchhoff 2013). Innenfor sistnevnte avtaleområde hadde partene kommet frem til relativt få gjensidig forpliktende formuleringer, det vil si utover det som allerede var bestemt ved lov og/eller forskrift. Plagiatanalysen av disse avtalene viste også relativt liten variasjon, det vil si at man fant nokså identiske avtaletekster på tvers av

kommuner innenfor samme helseforetak/RHF (Kirchhoff 2013). Vi mener at vertikal samstyrring (Røiseland og Vabo 2008), og der avtalene leses som empiriske uttrykk for den nye styringslogikken, har sine åpenbare begrensninger på avtaleområder der eksisterende lover/forskrifter sterkt begrenser partenes handlingsrom. Slik sett kan det stilles spørsmål ved om alle avtaleområder som er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L:2010–2011), er nødvendige. Videre kan man spørre om et slikt omfattende og komplisert avtalesystem, som tross alt krever organisatorisk kapasitet fra kommuner og helseforetak, bør videreføres i sin nåværende form? Vi har ingen entydige svar på disse spørsmål, men vi vil kort vise til utviklingen i Danmark.

Danmark har implementert et avtaleinstrument som ligner på det norske. Det danske avtaleinstrument har bakgrunn i Strukturreformen eller kommunalreformen, som ble vedtatt av det danske Folketinget i 2005 (Rommetvedt mfl. 2014).

Kravet til regioner og kommuner om å utarbeide «sundhedsaftaler» ble innført med sundhedsloven fra 2007, som et redskap til å sikre sammenhengende pasientforløp på tvers av sykehus, kommuner og praksissektor (Sundhedsstyrelsen 2011). De danske erfaringene med sundhetsavtalene viser at kjennskapet og eierskapet til avtalenes konkrete innhold blant ansatte i de utførende ledd er mangelfull. Samtidig viser evalueringen av de danske avtalene at det har vært en positiv utvikling fra første avtaler i 2007/2008 til de nye avtaler i 2011/2014 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012). Videre viser evalueringen at 98 avtaler, som tilsvarende antall danske kommuner, kan gi for stor variasjon. Ett utspill fra den danske helseministeren i 2013 (Kristensen 2013) har ført til at Danmark fra og med 2015 bare får 5 sundhetsavtaler (1 pr. region) istedenfor 98 (Sundhedsstyrelsen 2014).

I lys av de danske erfaringene med sundhetsavtaler, er det rimelig å anta at også avtaleprosessene i Norge har satt fokus på samhandling mellom kommuner og helseforetak. Foreløpige

resultater viser også at kommuner i stor grad opplever avtalene som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling (Kirchhoff og Ljunggren 2014; Williksen, Bringedal, Snåre og Hall 2014). Så langt synes det som om avtaleinstrumentet på undersøkte avtaleområde er blitt et redskap til å bedre dialogen og samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Vi mener at norske myndigheter bør vurdere hvorvidt man bør redusere antall avtaleområder, samt styrke forskningen på effekten og etterlevelsen av avtalene. Det er relativt uklart om og hvordan slike avtaler etterleves i kommuner og helseforetak, og slik sett svarer på pasientens behov for bedre koordinerte helsetjenester.

Noter

- 1 Studien inngår i den nasjonale evalueringen av Samhandlingsreformen i regi av Forskningsrådet, som er kalt EVASAM (Evaluering av Samhandlingsreformen).
- 2 Dette avtalenivået omtales av kommuner/helseforetak ofte som tjenesteavtale og inngår ofte som appendiks til overordnet samarbeidsavtale (jf. § 6 – 1 i helse- og omsorgstjenesteloven). Tjenesteavtalene er som overordnet samarbeidsavtale juridisk forpliktende for hver av partene. Begrepet tjenesteavtale, som ofte brukes synonymt med benevnelsen delavtale eller retningslinje, er mer detaljert og konkret enn overordnet samarbeidsavtale.
- 3 Tjenesten plagscan (jf. www.plagscan.com) opererer med tre plagiatnivåer. Plagiatverdier som overstiger ≥ 5 prosent indikerer rimelig stor grad av sikkerhet for at formuleringer i tekstene er plagiert fra andre kilder. Vi satte verdien til ≥ 15 prosent.

Litteratur

- Abbott, K.W. og D. Snidal (2000) Hard and soft law in international governance. *International Organization*, 54(03):421–456, doi:10.1162/002081800551280
- Argote, L. og P. Ingram (2000) Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms, *Organizational behavior and human decision processes*, 82(1):150–169.
- Bache, I. og M. Flinders (red.) (2004) *Multi-level governance*, Oxford: Oxford University Press.
- Bond, D. (2005) *Content analysis*, i K.-L. Kimberly (red.), *Encyclopedia of Social Measurement* (481–485), New York: Elsevier.
- Brekke, Å. (2014) Profesjonsbygging og avtalt samarbeid, i E. Willumsen og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Cini, M. (2001) The soft law approach: Commission rule-making in the EU's state aid regime, *Journal of European Public Policy*, 8(2):192–207, doi: 10.1080/13501760110041541.
- Entwistle, T. og M. Laffin (2003) The multiple strategies of the local government association: partner, player and think-tank?, *Policy & Politics*, 31(1):37–50.
- Feldman, R. og J. Sanger (2008) *The text mining handbook: advanced approaches in analyzing unstructured data*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Fimreite, A.-L. og P. Selle (2013) Er offentlige partnerskap mulig? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 16(2):65–78.
- Freeman, I. (2008) Partnership working towards achieving national outcomes: The Scottish and English Experiences, *Journal of Integrated Care*, 16(5):14–17.
- Hals, K. (2012) Statusrapport. Samhandlingsreformens implementeringsfase – Kommunale samarbeidsgrupper i avtaleinngåelser med helseforetakene, Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hanssen, G.S., M.K. Helgesen og A.K.T. Holmen (2014) Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper, *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 30(2): 108–130.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/foretak, Nasjonal veileder, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 2012–2015*, lastet ned 20.10 2014, www.regjeringen.no/pages/38171049/rammeavtale_samhandling_191212.pdf, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) Rundskriv. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hill, M. og P. Hupe (2002) *Implementing public policy*, London: Sage publication.
- Indset, M., J.E. Klausen, G. Møller, E. Smith og H. Zeiner (2012) *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*, Oslo: NIBR/Telemarksforskning.
- Kalseth, B. og B. Paulsen (2008) Strategisk samhandling – På papir og i praksis? – En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008, Trondheim: SINTEF.
- Kirchhoff, R. (2013) Foreløpige analyseresultat basert på avtaletekstene fra tre tjenesteavtaleområder, Forskermøte EVASAM (Evaluering av samhandlingsreformen), Oslo Airport Hotel.
- Kirchhoff, R. og E.B. Ljunggren, (2014) Towards inter-organizational equality? The Coordination Reform in Norway, på 10th Annual Norwegian Health Sociology Conference, Trondheim.
- Kristensen, S.W. (2013) 98 sundhedsaftaler skal barberes ned til fem, *Danmarks Radio*, lastet ned 27.9.2013, fra <http://www.dr.dk/Nyheder/Politik/2013/05/01/223807.htm>
- Lov 24 juni 2011 nr. 30, Om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2012) Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Montenegro, H., R. Holder, C. Ramagem, S. Urrutia, R. Fabrega, R. Tasca og M.A. Gomes (2011) Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned, *Journal of Integrated Care*, 19(5):5–16.
- Neuendorf, K.A. (2002) *The content analysis guidebook*, Thousand Oaks: Sage Publ.
- Nonaka, I.O. og H. Takeuchi (1995) *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*, New York: Oxford University Press.
- Peters, G. (2010) Meta-governance and public management, i S.P. Osborne (red.) *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*, (36–51) London: Routledge.
- PricewaterhouseCoopers (2010) I gode og onde dager, Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, Oslo: Kommunenes Sentralforbund.
- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Rommetvedt, H., S. Opedal, I.M. Stigen og K. Vrangbæk (red.) (2014) *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikkutgave*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Rotter, T., J. Kugler, R. Koch, H. Gothe, S. Twork, J.M. van Oostrum og E.W. Steyerberg (2008) A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes, *BMC Health Services Research*, 8(1):265.
- Røiseland, A. (2013) Forhandle, friste eller fasilitere? En teoretisk forståelsesramme for styring av offentlig–private partnerskap, *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 29(4):309–326.
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2008) Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen, *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 24(1/2):87–107.
- Røsstad, T., H. Garåsen, A. Steinsbekk, O. Sletvold og A. Grimsmo (2013) Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 13, 121. doi: 10.1186/1472-6963-13-121.

- Sand, I.J. (1996) *Styring av kompleksitet*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, E. (2012) En naturlov? Om kommunenes plass på bunnen av forvaltningshierarkiet, i M. Reitan, J. Saglie og E. Smith (red.) *Det norske flernivådemokratiet*, Oslo: Abstrakt forlag.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stockwell, P., R.M. Colomb, A.E. Smith og J. Wiles (2009) Use of an automatic content analysis tool: A technique for seeing both local and global scope, *International Journal of Human-Computer Studies*, 67, 424–436. doi: 10.1016/j.ijhcs.2008.12.001.
- Sundhedsstyrelsen (2011) *Evaluering av sunnhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering*, lastet ned 18.6, 2013, fra http://www.sst.dk/publ/Publ2012/BOS/Sundhedsaftaler/Eval_sundhedsaft_sammenfatn_perspektivering.pdf.
- Sundhedsstyrelsen (2014) *Sundhedsaftaler 2015–2018*. Sundhedsstyrelsen 2014, lastet ned 20.10 2014, fra <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2015-2018>.
- Vabo, S.I. (2012) Tiltakende statlig styring av kommunesektoren – også på eldreområdet, i M. Reitan, J. Saglie og E. Smith (red.) *Det norske flernivådemokratiet*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Vangen, S. og C. Huxham (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi, i E. Willumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid (67–87)*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Wadmann, S., M. Strandberg-Larsen og K. Vrangbæk (2009) Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden, *International Journal of Integrated Care*, 9.
- Williksen, R.M., K.H. Bringedal, M. Snåre og T.A.S. Hall, (2014) *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak*, Oslo: Kommunenes Sentralforbund.
- Woods, K.J. (2001) The development of integrated health care models in Scotland, *International Journal of Integrated Care*, 1(1):1–10.
- Woxholth, G. (2003) *Avtalerett*, Oslo: Gyldendal Akademisk.