

Anne Heeager

Vil de nye sundhedsaftaler imellem kommuner og regioner kunne tjene deres formål?

Bureaukratisering og interessemodsætninger på sundhedsområdet

På baggrund af et teoretisk baseret argument om, at de lovpåkrævede sundhedsaftaler ikke kan forventes at løse snitfladeproblemer, hvor der er væsentlige interesseforskelle imellem kommuner og regioner, er den empiriske ambition med denne artikel at belyse, hvorvidt sådanne interesseforskelle kan konstateres. På to udvalgte opgaveområder inden for sundhedsområdet undersøges kommuners og regioners interesser, og det sandsynliggøres, at der er ikke ubetydelige interessemodsætninger parterne imellem. Dette sætter spørgsmålstegn ved, om sundhedsaftalerne kan løse de snitfladeproblemer, der er på sundhedsområdet, givet den nuværende opgavefordeling imellem kommuner og regioner.

Kommunalreformen i 2007 har ændret væsentligt på opgavefordelingen imellem kommuner og regioner på sundhedsområdet. Blandt de væsentligste forandringer er, at kommunerne har fået en større rolle primært i forhold til forebyggelse og genoptræning, og at finansieringen af regionernes hospitalsdrift er blevet delt imellem kommuner og stat. For at tage højde for de snitfladeproblemer og koordineringsbehov, der fortsat er imellem kommuner og regioner på området, har Folketinget i forbindelse med kommunalreformen besluttet, at kommuner og regioner som noget nyt skal indgå politiske sundhedsaftaler én gang i hver valgperiode.

Beslutningen om indførelsen af sundhedsaftaler er fulgt af specifikke lovgivningsmæssige krav til indholdet i aftalerne og faste procedurer for kommuner og regioners vedtagelse heraf, herunder krav om efterfølgende godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Forstå bureaukratisering som en øget styring igennem hierarki og generelle regler (Jakobsen, 2009: 7[?]), synes indførelsen af sundhedsaftaler at være et skoleeksempel herpå. Hvordan sundhedsaftalerne og hermed bureaukratiseringen vil fungere, forventes imidlertid at afhænge af interessekonfigurationen hos de involverede parter. Årsagen er, at aftalerne skal indgås ved enighed imellem kommuner og regioner, hvorfor interessesammenfald imellem parterne må forventes at være af væsentlig betydning for, hvad der reelt set kan opnås aftaler omkring.

Det primære formål med denne artikel er at belyse, i hvilket omfang kommuner og regioners interesser på de områder, der er omfattet af sundhedsaftalerne, er modsætningsfyldte. En sådan analyse er væsentlig for at vurdere, hvilke udfordringer sundhedsaftalerne står over for. Endvidere kan artiklen

bidrage til at belyse de særlige udfordringer, der er på opgaveområder, hvor en decentralisering af kompetencer til kommuner og regioner og statens bagvedliggende hierarkiske styring er kombineret med et krav til kommuner og regioner om at samarbejde i netværkslignende fora. Denne særlige organisationsform er ikke bare en nyskabelse på sundhedsområdet, men er med kommunalreformen tilsvarende indført på blandt andet socialområdet og erhvervsområdet.

Artiklens opbygning

Som en konsekvens af meget detaljerede indholdsmæssige krav til sundhedsaftalerne og tilsvarende vidtrækkende krav for vedtagelsen heraf, argumenterer nedenstående afsnit for, at de nyligt indførte sundhedsaftaler ikke kan forventes at løse snitfladeproblemer, hvor der er interessemødsætninger imellem kommuner og region. På baggrund af denne teoretiske påstand er formålet med de to følgende afsnit at belyse, hvorvidt der faktisk kan konstateres interessemødsætninger parterne imellem. Dette gøres ved først at fremføre teoretiske overvejelser om, hvilke interesser kommuner og regioner kan antages at have og konkretisere disse på udvalgte opgaveområder, for herefter at analysere et datamateriale bestående af interviews med embedsmænd og politikere i udvalgte kommuner og regioner og hertil hørende skriftlige dokumenter fra de udvalgte aktører. Det afsluttende afsnit konkluderer og perspektiverer.

Håndtering af snitfladeproblemer på sundhedsområdet

Indførelsen af sundhedsaftaler er begrundet i, at der fortsat er snitfladeproblemer på sundhedsområdet. Snitfladeproblemer opstår, hvor opgavevaretagelse og -ansvar er overlappende imellem myndigheder, og hvor forudsætningen for at skabe helhed i opgaveløsningen er afhængig af samarbejde imellem forskellige aktører. På sundhedsområdet er der flere patientforløb, der går på tværs af kommuner og regioner. Eksempelvis når en borger skal udskrives fra et hospital og er afhængig af et efterfølgende kommunalt tilbud, eller når et hospital efter endt operation visiterer en borger til genoptræning, der efterfølgende skal gennemføres hos og betales af kommunen.

De specifikke krav til sundhedsaftalerne

Med kommunalreformen er der i lovgivningen stillet krav til kommuner og regioner om at koordinere deres indsats på seks nærmere definerede opgaveområder inden for sundhedsområdet. Disse områder er udskrivningsforløb for svage ældre patienter, indlæggelsesforløb, genoptræningsområdet, hjælpemiddelområdet, forebyggelse og sundhedsfremme og indsatsen for mennesker med sindslidelser. Koordineringen skal ske igennem politisk vedtagne

aftaler, de såkaldte sundhedsaftaler, og formålet er netop at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af myndigheder. Aftalerne skal vedrøre den kommunale sundhedssektor såvel som sygehuse og praksissektor, som falder ind under regionernes ansvarsområde. Hertil kommer, at de indholdsmæssige krav til aftalerne på de enkelte aftaleområder er detaljerede og omfattende. Tabel 1 giver et overblik over de minimumskrav, lovgivningen stiller til sundhedsaftalerne på genoptræningsområdet og området for udskrivning af svage ældre patienter.

Tabel 1. Indholdsmæssige krav til sundhedsaftalerne på to af de obligatoriske seks aftaleområder (BEK 414, 2006)

Aftaleområder	Krav til indholdet på de enkelte aftaleområder
Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter	Aftalen skal beskrive følgende: 1. Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser. 2. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten. 3. Hvordan parterne ved koordination af kapacitet mv. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede. 4. Hvordan parterne følger op på aftalen.
Genoptræningsområdet	Aftalen skal beskrive følgende: 1. Den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt med tredje part. 2. Hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning. 3. Hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted. 4. Hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivning fra sygehuset. 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Sundhedsaftalernes institutionelle design

Ud over de detaljerede og omfattende indholdsmæssige krav til aftalerne er sundhedsaftalerne også kendetegnet ved en ganske særlig institutionel udformning, som forventes afgørende for, hvordan systemet virker. Ifølge Scharpf (1997: 43ff) er særligt tre forhold vigtige, når man skal forudsige resultatet af et forhandlingsforløb som det, kommuner og regioner indgår i: aktørsammensætningen, beslutningsreglen og den større institutionelle sammenhæng som sundhedsaftalerne er indlejret i.

Aktørsammensætningen på området

For enhver beslutningsproces er det afgørende, hvilke aktører der inddrages i arbejdet, idet aktørerne repræsenterer de interesser, der vil blive hørt. Ved at definere aktørsammensætningen er de institutionelle forhold, som i dette tilfælde er de lovgivningsmæssige krav til sundhedsaftalerne, bestemmende for, hvilke interesser der vil blive inddraget i samarbejdet, og hermed hvilket konfliktniveau der vil være i de påkrævede forhandlinger (Scharpf, 1997: kap. 4). Ifølge Tsebelis er det særligt relevant at klargøre, hvem der er forhandlingernes *veto players*, det vil sige, hvem der har beslutningskompetence og potentielt set mulighed for at forhindre en aftaleindgåelse, fordi deres medvirken og accept er påkrævet (2002: kap. 1 og 2). Sundhedsaftalernes veto players er de enkelte regioner og kommuner – uden deres medvirken og accept kan en sundhedsaftale ikke indgås.

Ud over de enkelte veto players er Sundhedskoordinationsudvalget, som er et lovpåkrævet samarbejdsorgan, en vigtig aktør (L546, 2005). Sundhedskoordinationsudvalget er sammensat af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren,¹ og dets væsentligste opgave er at udarbejde et generelt udkast til de sundhedsaftaler, regionen og de enkelte kommuner efterfølgende skal indgå aftale omkring. Udvalget kan ikke træffe beslutninger, idet kompetencen hertil i alle sammenhænge ligger i regionsrådet og i de enkelte kommunalbestyrelser – altså hos veto playerne – men udvalget er dagsordenfastsættende i forhold til, hvad de enkelte kommuner og regioner skal træffe beslutninger om.

Den krævende beslutningsregel

Det generelle udkast til sundhedsaftalen, som udarbejdes af Sundhedskoordinationsudvalget i hver region, er et lovmæssigt påkrævet udgangspunkt for forhandlingerne imellem regionen og de enkelte kommuner. Indgåelsen af de generelle aftaler forudsætter en høj grad af enighed ikke kun imellem regionen og den enkelte kommune, men også kommunerne imellem. Årsagen er, at kommunerne i regionen skal blive enige om at udpege kommunale repræsentanter til Sundhedskoordinationsudvalget (Bekendtgørelse 414, 2006),

hvorfor de forskellige kommunale interesser i regionen må antages at være forholdsvist bredt repræsenteret.

På trods af at det generelle aftaleudkast *skal* være udgangspunktet for de efterfølgende forhandlinger imellem region og kommune, foregår selve aftaleindgåelsen bilateralt, og det er således den enkelte kommune og regionen, der forudsættes at være enige. Som følge heraf bliver det i sidste ende også interessesammensætningen hos disse aktører, der er afgørende for, hvilke aftaler der kan indgås. Det generelle udkast til sundhedsaftaler kan dog vise sig mere betydningsfuld, end man umiddelbart skulle tro. For at få en fornemmelse af, hvilken rolle det generelle udkast til aftalen spiller, er det nødvendigt at kaste et blik på den større institutionelle sammenhæng, som aftaleindgåelsen foregår i.

Den større institutionelle sammenhæng

Der er ingen tvivl om, at samarbejdet imellem kommuner henholdsvis kommuner og region på sundhedsområdet finder sted i, hvad Scharpf har kaldt, „hierarkiets skygge“ (1997: kap. 9). Det er staten, der har besluttet, at samarbejdet skal finde sted, hvordan det skal finde sted, og hvad det skal omhandle. Endvidere skal staten i form af Sundhedsstyrelsen godkende de aftaler, som kommuner og regioner indgår. Statens bagvedliggende rolle skaber en forventning om, at aktørerne vil indgå sundhedsaftaler som påkrævet – i hvert fald på papiret. Men det er langt fra sikkert, at truslen om statslig indblanding er nok til at sikre reelle kompromiser og hermed en reel håndtering af eventuelle uenigheder i aftalerne. Årsagen hertil er, at tilbagefaldsreglen er uspecificeret (Ostrom, 1986: 12f). For hvad sker der, hvis parterne ikke indgår aftaler – eller mere sandsynligt, hvad sker der, hvis aftalerne nok er nedskrevne, men ikke „tilfredsstillende“ i forhold til det tilsigtede resultat? Det er uklart.

I tilfælde hvor de nedskrevne aftaler ikke er tilfredsstillende, kan Sundhedsstyrelsen vælge at tage affære *eller* at se stiltiende til. Og vælger den at tage affære, vil mulighederne også her være flere. En løsning kunne være at henvise de stridende parter til det generelle udkast til sundhedsaftalen, hvilket vil sikre staten en vis legitimitet og forankring i det lokale niveau. En anden mulighed kunne være, at staten selv sætter noget i stedet, hvilket er oplagt, hvis ej heller den generelle aftale anses for værende tilfredsstillende. Som det fremgår, kan de kommunale og regionale parter ikke have nogen klar forventning til, hvad Sundhedsstyrelsen vil gøre, og derfor kan væsentlige interessemodsætninger imellem dem heller ikke forventes at blive løst alene med henvisning til Sundhedsstyrelsens eventuelle indblanding.

De vanskelige vilkår for aftaleindgåelse

De lovgivningsmæssige krav til sundhedsaftalerne er detaljerede og omfattende, og samtidig er det tydeligt, at aftalernes institutionelle design er krævende. Der forudsættes således enighed imellem de enkelte kommuner og regionen ved aftaleindgåelsen, ligesom enighed imellem kommunerne i den enkelte region vil være, om ikke en forudsætning, så en klar fordel for kommunerne. Endeligt er det usikkert, hvilken rolle staten vil indtage ved utilfredsstillende aftaler, og derfor kan hierarkiets skygge ikke i sig selv forventes at få parterne til at indgå reelle kompromisser, hvor interesseforskellene er væsentlige. På baggrund af disse forhold er denne artikels overordnede teoretiske påstand og udgangspunktet for den følgende empiriske analyse, at *sundhedsaftalerne ikke løser snitfladeproblemer, når der er væsentlige interesseforskelle imellem kommuner og regioner.*

Interesser set fra en teoretisk, en operationel og en analysestrategisk vinkel

I forlængelse af ovenstående teoretiske påstand bliver det helt centrale empiriske spørgsmål, om der *er* interessemodsatninger imellem de involverede aktører. Formålet med dette afsnit er at introducere de typer af interesser, som kommuner og regioner forventes at have. Dette vil indledningsvist ske på baggrund af nogle teoretiske overvejelser om interesselystyper, hvorefter disse gives et mere konkret indhold i forhold til de opgaveområder, der udvælges til nærmere analyse. Afsnittets sidste del vil udvælge enheder til analysen på baggrund af, hvilke forhold der menes at påvirke de opstillede interesser.

Teoretiske overvejelser vedrørende interesselystyper

Kommuner og regioner antages i det følgende at forfølge to typer af interesser. For det første vil de arbejde for at sikre en gunstig økonomi i deres organisation, og for det andet vil de forsøge at sikre opgaver, der muliggør profilering og udvikling.

Ifølge Niskanen er budgetmaksimering en væsentlig interesse for enhver offentlig organisation. For embedsmænd vil større budgetter være forbundet med større prestige, flere frynsegoder, højere løn, mere magt mv. (Niskanen, 1971: 38f), og for politikere forventes større budgetter at blive fulgt af opbakning fra interesseorganisationer og vælgere, hvorimod besparelser vil blive mødt med modstand og mistillid. Som følge heraf antages såvel politikere som embedsmænd at være interesseret i at budgetmaksimere (Dunleavy, 1991: 156). Mere konkret forventes kommuner og regioner at ville hæve aktiviteten for herved at øge deres budget, når de har fuld budgetmæssig dækning for deres ageren, og tilsvarende at ønske stadig flere opgaver, *såfremt* disse følges af flere midler. Omvendt vil kommuner og regioner kæmpe imod

situationer, hvor de mister budgetkontrol og får pålagt udgifter og opgaver, hvis omfang og sammensætning de ikke selv kan styre. Ved indgåelsen af sundhedsaftaler forventes kommuner og regioner således at søge at påvirke aktiviteten og hermed økonomien i deres respektive organisationer.

Et andet hensyn, kommuner og regioner må forventes at forfølge ved indgåelsen af sundhedsaftaler, er placeringen af fagligt udfordrende opgaver i eget regi. For embedsmænd giver udviklingsopgaver større udfordringer og mere prestige end rutinemæssige driftsopgaver, og for politikere kan sådanne opgaver skabe en mulighed for profilering (Dunleavy, 1991: 200ff). De forskellige hensyn og interesser vil ikke i alle tilfælde trække i samme retning. I nogle tilfælde vil et større budget eksempelvis være ensbetydende med flere rutineprægede opgaver og et større ledelsesmæssigt besvær, hvorfor budgetmaksimering ikke kan forventes at være den eneste drivkraft (Dunleavy, 1991: 166). Kommuner og regioner har altså ikke altid mulighed for at forfølge begge interesselyster på en og samme tid, men må foretage en konkret afvejning af, hvilken interesse der står stærkest i den enkelte sag.

Den konkrete forståelse af interesser på udvalgte opgaveområder

I forhold til at vurdere kommuner og regioners konkrete interesser er det nødvendigt at dykke ned i de enkelte delområder under sundhedsområdet, idet en række konkrete forhold har betydning for, hvordan de enkelte aktørers interesser krystalliserer sig i praksis. Artiklens analyse er gennemført på genoptræningsområdet og på området for udskrivning af svage ældre patienter. Områderne er to af sundhedsaftalernes obligatoriske seks aftaleområder og er ulig hinanden, blandt andet hvad angår fordelingen af myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar imellem regioner og kommuner. Som følge heraf forventes interessesammensætningen hos regioner og kommuner at variere. På begge områder er forventningen dog, at der vil være interesse modsætninger på tværs af kommuner henholdsvis kommuner og regioner. Er dette tilfældet, vil vi kunne konstatere interesseforskelle på nogle i lovgivningsmæssig forstand relativt forskellige opgaveområder, hvilket vil underbygge tesen om, at sundhedsaftalerne står over for store udfordringer.

Udskrivning af svage ældre patienter

Behovet for koordination imellem sygehus, praktiserende læge og kommune i forbindelse med udskrivning er de senere år blevet større. Årsagen er, at den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene er faldet, og at kommuner og praksissektor hermed har fået kortere tid til at forberede eventuelle efterfølgende ydelser til patienter, der bliver udskrevet fra et sygehus. Når kommuner og regioner indgår sundhedsaftaler er formålet derfor at sikre, at sygehusets advisering om udskrivning og kommunens efterfølgende procedure

for modtagelse af patienten er tilstrækkeligt koordineret, således at de kommunale ydelser i form af eksempelvis pleje, hjælpemidler og boligændringer er på plads, når patienten er klar til at komme hjem. En hensigtsmæssig koordinering menes afgørende for at undgå ventetider, tilbagefald og i værste fald uhenigtsmæssige genindlæggelser (Sundhedsstyrelsen, 2006: 23f).

På et helt overordnet plan kan kommuner og regioner formentlig hurtigt nå til enighed om, at patienter skal udskrives fra sygehusene, når de er klar hertil. Det er dog langt fra sikkert, at kommuners og regioners konkrete interesser altid vil trække i samme retning. I forhold til de økonomiske interesser er det eksempelvis sandsynligt, at parterne vil være uenige om, hvor lang en varslingsperiode, der skal opereres med. For kommunerne vil en lang varslingsperiode, det vil sige en lang periode fra regionen erklærer en patient færdigbehandlet, til kommunen skal stå klar med et tilbud, reducere behovet for overskudskapacitet ved de kommunale tilbud, mens det for regionernes vedkommende vil reducere fleksibiliteten og optage sengepladser til mindre syge patienter.

Genoptræning

Vender vi blikket mod genoptræningsområdet er det væsentligt, at den nye sundhedslov samler hovedansvaret for genoptræningsopgaven hos kommunerne. Som noget nyt har kommunerne fået ansvaret for genoptræning efter udskrivning fra et hospital, mens genoptræning under indlæggelse er forblevet et regionalt ansvar (dog med 70 pct. finansiering fra kommunerne). I forhold til såvel den almindelige som den specialiserede ambulante genoptræning er det fortsat sygehusene, der skal udarbejde genoptræningsplaner, når sygehuslægen vurderer, at der er behov for genoptræning efter udskrivning. Det er dog kommunerne, der har finansieringsopgaven, ligesom kommunerne, for så vidt angår den almindelige ambulante genoptræning, har ansvaret for udførelsen af opgaven (L546, 2005).

Med de nye bestemmelser er sammenhængen imellem beslutnings- og finansieringsansvar svækket, og hermed er kommuner og regioners ansvarsområder tættere forbundne, end de har været tidligere. Særligt vil beslutninger i regionen vedrørende tilbud om genoptræning have stor og direkte effekt på den efterfølgende påkrævede faglige og økonomiske indsats i kommunerne, hvorfor der må forventes at være stærke interesser involveret i samspillet. Økonomisk set kan regionerne eksempelvis øge deres virke og serviceniveauet i de leverede ydelser uden selv at skulle betale for det, hvilket de umiddelbart – i modsætning til kommunerne – må forventes være interesserede i. Og som eksempel på en faglig interesse kan nævnes, at regionerne her har en mulighed for at definere opgaver, der ikke forbindes med udvikling og profilering væk fra deres portefølje ved at henvise til kommunerne,

hvilket kommunen fagligt set kun kan forventes at være interesseret i, hvis det passer med de planer, de eventuelt selv har i forhold til at sikre udvikling og profilering.

Både på genoptræningsområdet og på området for udskrivning af svage ældre patienter er det muligt, at de repræsenterede interesser ikke kun varierer imellem kommuner og region, men også indbyrdes imellem kommuner. En undersøgelse viser, at der er stor spredning i kommunernes indsatser og hermed tilbudsstruktur på forebyggelse og sundhedsfremmeområdet (KL og COWI, 2008: 43), hvilket sandsynligvis også er tilfældet på genoptrænings- og udskrivningsområdet. I forlængelse heraf kommer, at kommunernes størrelse og demografi kan give dem forskellige muligheder for at agere. Sådanne forhold vil naturligvis kunne give kommunerne varierende interesser, hvilket skal afdækkes i den empiriske analyse.

Udvælgelse af analyseenheder og analysestrategi

Da der ikke er umiddelbare grunde til at forvente væsentlige interesseforskelle imellem regioner, er dataindsamlingen foregået i én region samt tre kommuner beliggende i denne region. Denne udvælgelse har muliggjort en sammenstilling af kommunernes interesser internt i regionen og en sammenligning af kommunernes og regionens interesser. De tre kommuner er valgt, så der sikres variation på kommunistørrelsen, som blandt andet menes at påvirke den enkelte kommunes afhængighed af andre kommuner og kommunens tilbudsstruktur. De kommuner, der indgår i analysen, har indbyggertal på ca. 40.000, ca. 80.000 og ca. 300.000, og er Favrskov, Horsens og Århus kommuner, der alle ligger i Region Midtjylland.²

To typer af data skal bidrage til at afdække, i hvilken grad der er interesseforskelle imellem de forskellige grupper af aktører. For det første er der for hver aktør gennemført interviews med en embedsmand og en politiker, som er udvalgt på baggrund af deres tætte involvering i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne på henholdsvis administrativt og politisk niveau. Samlet set har dette resulteret i otte interviews af en varighed på i alt syv timer og et transkriberet interviewmateriale på godt 130 sider. Herudover er der for hver aktør indsamlet skriftlige materialer af interesse for analysen fra perioden 2007 til 2008. Dette materiale består af orienteringer om sundhedsaftalerne til byråd og regionsråd og af beslutningsreferater fra møder i byråd, i regionsråd og i Sundhedskoordinationsudvalget.³

Interviewene og de skriftlige materialer er analyseret i to skridt. For det første er data kodet systematisk ved hjælp af computerprogrammet NVivo ud fra en række teoretisk funderede kategorier, som eksempelvis „variation i kommunale interesser“ og „økonomiske interesser i forbindelse med genoptræning“. For det andet er svarene fra de forskellige aktører blevet sam-

menlignet, og det er sikret, at alle udtalelser og skriftligt materiale af relevans for de aktuelle emner er omfattet. I de tabeller, der fremgår af nedenstående analyse, er de benyttede udtalelser koncentreret, således at overblikket bevarer. Tabellerne viser hermed ikke samtlige udtalelser, men det er søgt sikret, at alle relevante tendenser i materialet er med.

Analyse af kommuner og regioners interesser på sundhedsområdet
Umiddelbart synes sundhedsaftalerne at stå over for hårde odds. Ikke alene ved vi, at de specifikke krav til sundhedsaftalerne er detaljerede, og at det institutionelle design kan vanskeliggøre aftaleindgåelse på områder præget af interessemodsætning. Det er også forventeligt, at der faktisk er interessemodsætninger på de udvalgte opgaveområder. De følgende afsnit belyser, hvorvidt denne forventning afspejler sig i de indsamlede data.

Afsnittet er opbygget således, at den første del omhandler forholdet imellem kommuner og regioner, og det empiriske materiale sandsynliggør her, at der er interessemodsætninger på de udvalgte opgaveområder. Endvidere viser det sig såvel i de gennemførte interviews som i de skriftlige dokumenter, at det særligt er i forhold til de økonomiske spørgsmål, at interessemodsætningerne bliver tydelige. Afsnittets næste del vedrører forholdet kommunerne imellem, og det er tydeligt, at interviewpersonerne her ser langt færre interessemodsætninger. Karakteristika ved den enkelte kommune menes ikke at have væsentlig betydning for, hvilke interesser kommunen har, men kommunerne finder det dog vigtigt, at der også fremover levnes rum for forskellige kommunalpolitiske prioriteringer. Afsluttende opsummeres de empiriske resultater og gyldigheden heraf diskuteres, blandt andet set i lyset af at flere interviewpersoner understreger, at der i regionen er gode samarbejdsrelationer og en vilje til at overkomme de interessemodsætninger, der kan konstateres.

Økonomiske og faglige interesser hos kommuner og regioner

Det første indtryk, man får ved gennemlæsningen af interviewmaterialet, er, at alle interviewpersoner tænker i såvel faglighed som økonomi. Betoningen af, hvor vigtige de forskellige aspekter ved en problemstilling er, varierer, men alle hæfter sig ved både de faglige og de økonomiske udfordringer. Generelt er der en tendens til, at jo mere opmærksomme interviewpersonerne er på de økonomiske spørgsmål, jo flere interessemodsætninger og udfordringer for samarbejdet ser de.

Interesser vedrørende udskrivning af svage ældre patienter

Der er fire temaer, der går igen i datamaterialet vedrørende udskrivning af svage ældre patienter: fastsættelsen af varslingsfrister ved udskrivning, tilbud og finansiering af tilbud til gråzonepatienter, vurderingen af hvornår en pa-

tient er færdigbehandlet, og spørgsmålet om, om der sker en opgaveglidning fra regioner til kommuner. Der kan identificeres økonomiske og faglige interesser i forhold til alle temaer. Hvor de økonomiske interesser kredser om, hvem af parterne, der skal betale for hvad, vedrører de faglige interesser i høj grad spørgsmålet om, hvilke kompetencer der er og skal være i kommunerne fremadrettet.

Spørgsmålet om, hvornår en patient er færdigbehandlet, er diskuteret i alle interviews og kan anskues fra meget forskellige vinkler. Færdigbehandlingsvurderingen kan på den ene side opfattes som noget objektivt lægefagligt, mens den på den anden side kan betragtes som et parameter, som regionerne har mulighed for at skrue op og ned på. Hvor de regionale interviewpersoner primært er fortalere for, at vurderingen er objektiv, er der stor variation i, hvordan kommunerne ser på sagen. Embedsmanden i Horsens Kommune understreger i lighed med regionen en tro på, at lægerne ikke tænker i kasser og derfor ikke tager andre hensyn end de rent lægefaglige ved de konkrete vurderinger af patienter, mens repræsentanterne fra Århus og Favr-

Tabel 2. Udtalelser om opgaveglidning fra regioner til kommuner som følge af stadig tidligere udskrivning

	Økonomi	Faglighed
Kommunale udtalelser	Har vi fået pengene med til det, eller sender regionerne sorteper over til os? Sender de opgaver over til os, som vitterligt lå hos dem? Det er blevet reaktualiseret med sparerunden, hvor konsekvensen bliver nedlagte sengepladser og øget ambulant behandling. Vi har et stort fokus på risikoen for opgaveglidning i det her.	Man er ikke nødvendigvis dårligere, fordi man bliver udskrevet tidligere – operationsteknikkerne i dag er bedre. Men vi vil følge det tæt og se, om det får nogen konsekvenser. Er de patienter, vi får, dårligere, end de var før, bliver de mere plejekrævende, og er det nogle andre kompetencer, vores hjemmesygeplejerske skal kunne i løbet af en kort årrække?
Regionale udtalelser	Økonomien er et af stridsspørgsmålene, sådan er det. Men der opstår hele tiden nye behandlingsmetoder – nye patienter kommer ind, mens andet glider ud. Det er en never ending story. Det her bliver ikke den sidste sparerunde, vi kommer igennem. På et tidspunkt er der mere [der skal lægges ud].	Vi bør sætte et arbejde i gang, hvor vi spørger erfarne interne medicinere, som har set ting glide ud over de seneste ti år, om, hvad der bliver det næste. Det kan vi lige så godt forberede os og hinanden på.

skov kommuner i højere grad opfatter færdigbehandlingsvurderingen som noget, lægerne bevidst kan skrue på. Idet kommuner skal aflægge betaling pr. sengedag for patienter, der er erklæret færdigbehandlede, åbner netop denne opfattelse op for en økonomisk interesseremodsatning imellem regionen og kommunerne på området.

I forlængelse af diskussionerne om færdigbehandlingskriterierne kom der i hovedparten af interviewene også en diskussion af opgaveglidning. Hvor diskussionen om færdigbehandlingskriterierne i høj grad knyttede sig til vurderingen af den enkelte patient, knytter diskussionen om opgaveglidning sig i højere grad til planlagte eller systematiske flytninger af opgaver fra en myndighed til en anden – i dette tilfælde om flytning af opgaver fra regionen til kommunerne. Hos såvel kommuner som region afspejler udtalelserne en opfattelse af, at patienter ikke skal ligge på sygehusene, hvis de kan behandles i nærmiljøet – eventuelt både bedre og billigere. Der er tilsvarende hos begge parter en erkendelse af, at patienter ikke nødvendigvis er dårligere, fordi de bliver udskrevet tidligere, idet operationsteknikkerne udvikler sig løbende. Spørgsmålet eller interesseremodsatningen går derfor alene på, om de opgaver, regionerne sender videre, reelt set er blevet tungere, og om man i denne forbindelse har fået lavet den økonomiske overdragelsesforretning korrekt. Dette forhold sætter kommunerne spørgsmålstegn ved.

Tabel 2 samler hovedtendenserne i de forskellige udtalelser om opgaveglidning. Der skal gøres opmærksom på, at spørgsmålet ikke oprindeligt var medtænkt i den benyttede interviewguide, og at det således er et emne, som interviewpersonerne selv har bragt på banen. Dette forhold indikerer, at der er tale om en ikke uvæsentlig interesseremodsatning, på trods af at den ikke bliver nævnt i samtlige interviews.

De eksempler, der bliver nævnt på opgaveglidning, knytter sig til psykiatrien, ældre medicinske patienter og førstegangsfødende. Som ovenstående viser, er det for kommunerne et åbent spørgsmål, om opgaveglidningen bør ske, om kommunerne er blevet økonomisk kompenseret, og hvilke konsekvenser en opgaveglidning vil få. Udtalelserne fra regionen synes snarere at have en løbende opgaveglidning som en naturlig forudsætning, og fokus er på forberedelsen af den næste bølge, så denne kommer til at ske så glat som muligt. I forhold til den faglige forberedelse af kompetencer hos kommunerne, synes der ikke at være en interesseremodsatning imellem kommunerne og regionen, idet kommunerne også er meget optaget af at få rustet deres personale i tide.

Tæt knyttet til spørgsmålet om den færdigbehandlede patient, er også spørgsmålet om, hvilke varslingsfrister der skal benyttes, når regioner hjemsender patienter. Dette emne har fyldt en del i samtalerne med embedsmændene, mens politikerne har været mindre opmærksomme på det, og det er da

også et spørgsmål af mere administrativ karakter. På dette område er der forskellig praksis på tværs af kommuner og hospitaler. Nogle steder diskuterer man, hvor lange varslingsfristerne skal være for forskellige patientgrupper og opererer med forskellige frister for patienter med eksempelvis komplicerede og ukomplicerede forløb. Andre steder ønsker man en værdibaseret tilgang, hvor fokus er på fleksibilitet og samarbejde, og holdningen er, at varslingen skal ske „i tide“ – netop for at undgå faste og rigide regler. I forhold til varslingsfrister synes der altså ikke at være en tendens til, at kommunerne interesseremæssigt står samlet på den ene side og regionen på den anden. Dog synes der at være en generel faglig interessemodsætning vedrørende patienter med meget korte hospitalsforløb. Særligt i Århus Kommune gives der udtryk for, at de forløb, der er vanskeligst at håndtere, ikke nødvendigvis er de mest komplicerede sager, men derimod de sager, hvor der ikke har været den fornødne tid til at forberede modtagelsen af patienten. En holdning, der ikke harmonerer med regionens eksplicitte ønske om, at hospitaler med akutfunktioner i højere grad end i dag skal kunne sende patienter direkte videre til det kommunale system. Regionens vurdering er da også, at kommunerne ikke i øjeblikket vil kunne håndtere en sådan praksis, men at det er noget af det, de skal kunne i fremtiden.

Endeligt er der i interviewene i forhold til udskrivningsspørgsmålet en diskussion om tilbud og finansieringen af tilbud til gråzonepatienter. Det drejer sig eksempelvis om patienter, som potentielt kan komme hurtigere hjem fra hospitalet, hvis der bliver oprettet mere specialiserede tilbud i kommunen, end det man ellers ville have. I det skriftlige materiale fra Region Midtjylland fremgår det, at Region Midtjylland har meddelt kommunerne, at tidligere indgåede fællesaftaler, der omhandler opgaver, som efter kommunalreformen må betragtes som kommunale, generelt opsiges. Dette synes at trække i en anden retning, end den kommunerne ønsker. Særligt repræsentanterne fra Horsens og Århus kommuner udtrykker ønske om fælles løsninger og delt finansiering af tilbud til gråzonepatienter. I denne forbindelse bliver den manglende økonomiske gulerod for kommunerne til på egen hånd at sætte noget i stedet fremhævet som begrundelse for, at regionen må og bør være med i finansieringen. På dette område er det således en økonomisk interessemodsætning, der synes at bremse etableringen af nye tiltag og løsninger, snarere end det er holdningen til, hvad der ville være fagligt interessant og hensigtsmæssigt, og hvor man vil kunne supplere hinanden til det fælles bedste.

Interesser vedrørende genoptræningsområdet

På genoptræningsområdet synes parterne at være enige om, at adskillelsen af beslutnings- og finansieringsansvar hos henholdsvis region og kommuner er et grundvilkår, som dårligt kan andet end at skabe interessemodsætninger og

mistillid parterne imellem. De tre kommuner og regionen fremhæver alle, at der er brugt meget tid på at tale om dette grundvilkår. At adskillelsen af beslutnings- og finansieringsansvaret og konsekvenserne heraf har været et væsentligt emne for parterne på dette område, fremgår også af de skriftlige dokumenter på området.

Det emne, der har fyldt mest i interviewene, og som også hyppigt er at finde i det skriftlige materiale, er spørgsmålet om, hvor den rette balance imellem almindelig og specialiseret ambulant genoptræning ligger. Spørgsmålet har for både regionen og kommunerne haft en faglig og en økonomisk dimension og har fået stor opmærksomhed, fordi der på tværs af hospitaler har været relativt store forskelle i praksis på området. Umiddelbart synes kommuner og region at være enige om, at der bør være en vis ensartethed på tværs af hospitaler med hensyn til, hvordan forskellige patientgrupper behandles. Enigheden synes dog at ophøre, når det skal fastlægges, hvor stor (den ensartede) mængde af almindelig henholdsvis specialiseret ambulant genoptræning skal være. Favrskov og Århus kommuner fremfører i denne forbindelse et økonomisk argument om, at de gerne ser mere genoptræning lagt ud i eget regi, idet de gerne vil have indflydelse på opgaven, når det alligevel er dem, der skal finansiere den. På dette punkt nøjes regionen med at gøre opmærksom på, at de er bevidste om, at kommunerne mener, at andelen af specialiseret ambulant genoptræning er høj, og at den nok bør falde lidt.

På den faglige side synes regionen og kommunerne at være enige om årsagerne til, at der stadig er en høj andel specialiseret ambulant genoptræning. Således peger begge parter på, at der formentlig blandt nogle hospitalslæger ikke har været tillid til kvaliteten i de kommunale tilbud. Hvorvidt der hos de regionale interviewpersoner er en holdning om, at kommunerne fagligt set faktisk kan klare flere opgaver, end de modtager i dag, er usikkert ud fra interviewene, men det tyder på, at kommunerne føler sig i stand til at løfte mere. Dog er der en erkendelse af, at der også er grænser for, hvor specialiseret den kommunale opgaveløsning kan blive. Tabel 3 samler hovedtendenserne i de forskellige udtalelser om almindelig kontra specialiseret ambulant genoptræning.

Som udløber af diskussionen om balancen imellem almindelig og specialiseret ambulant genoptræning, har kommunerne i Region Midtjylland og regionen været enige om at nedsætte en arbejdsgruppe med ekstern bistand med henblik på at gennemføre undersøgelser og udredninger af genoptræningsområdet. Endvidere har der været enighed om at udarbejde et snitfladekatalog, der beskriver, hvilke behandlinger der typisk skal følges af den ene og den anden type genoptræning. At disse tiltag har været nødvendige vidner på den ene side om interesse modsætninger imellem parterne, idet man ikke uden sådanne tiltag har kunnet nå frem til en praksis, som begge parter

Tabel 3. Udtalelser om andelen af almindelig henholdsvis specialiseret ambulantly genoptræning

	Økonomiske hensyn	Faglige hensyn
Kommunale udtalelser	Problemet har været, at vi ikke havde nogen baseline og ikke vidste, hvor omkring udgiftsniveauet til genoptræning ligger. Jeg tror, at det har været med til at skabe mistillid parterne imellem. Den samme type operation bliver på ét hospital fulgt af specialiseret genoptræning og på et andet af almindelig genoptræning – det kan ikke være rigtigt. Det, der ikke behøver at blive løst på et hospital, kan vi med fordel klare i vores egen organisation. Eftersom det er os, der betaler for det, vil vi gerne styre det mere direkte og selv varetage opgaven.	Kommuner og hospitaler har skullet lære hinanden at kende. Hospitalerne har skullet turde give slip på deres patienter og tro på, at vi faktisk godt kan varetage det i kommunerne. Det, der bedst varetages på hospitalet, skal selvfølgelig blive der. Der er også grænser for, hvor specialiseret den kommunale institution kan være.
Regionale udtalelser	Det er hospitalslægen, der bestemmer typen af genoptræning ved at sætte et kryds i et skema, og på den måde kan han give sig selv arbejde på en andens regning. Det har vi haft rigtig meget snak om frem og tilbage. Andelen af specialiseret genoptræning skal helst falde lidt – ellers er der nogen, der stiller spørgsmål. Kommunerne synes, at andelen er for høj.	Vi har haft eksempler på hospitalslæger, der vurderede den kommunale genoptræning så dårlig, at de ville vælge specialiseret genoptræning, og der er vi nødt til at sige til lægerne, at de ikke skal vurdere de kommunale tilbud, men alene behovet ud fra patienten.

har kunnet bakke op omkring. På den anden side set fremhæver parterne, at netop det, at de har kunnet blive enige om et snitfladekatalog, er et eksempel på, at man forsøger at tage hånd om de interessemodsigelser, der er.

At dømme på de gennemførte interviews, skal det endeligt nævnes, at den samlede mængde af genoptræning ikke synes at have optaget parterne så meget som umiddelbart forventet. Interviewpersonerne har således fokuseret mindre på dette emne end på spørgsmålet om fordelingen af genoptræning på almindelig og specialiseret genoptræning. Den arbejdsgruppe, der er nedsat for at undersøge området, har dog, ud over at se på fordelingen af genop-

træningsindsatser, også fået til opgave at undersøge, om der er sket ændringer i genoptræningsindsatsen i form af øget aktivitet og øgede udgifter efter reformens ikrafttræden. I flere dokumenter fra Århus Kommune understreges det da også, at det ikke har været hensigten med den anderledes opgavefordeling på genoptræningsområdet, at serviceniveauet skal hæves i forhold til niveauet før kommunalreformen. På denne baggrund må mængden af den samlede genoptræningsindsats også siges at være et interesseniveausætningsforhold parterne imellem, der igen primært er økonomisk begrundet, om end det synes at fylde mindre i bevidstheden hos interviewpersonerne.

Forskelle i kommunale interesser

Hvor interviewpersonerne kan nævne flere eksempler på interesseniveausætninger imellem region og kommuner, er situationen en anden, når interviewene drejer ind på samarbejdet imellem kommuner. Såvel de kommunale politikere som de kommunale embedsmænd giver udtryk for, at interesseniveausætninger kommunerne imellem er få, og at samarbejdet generelt er problemfrit. Interviewpersonerne afviser endvidere, at der er bestemte karakteristika ved de enkelte kommuner som eksempelvis kommunestørrelse, der skulle have væsentlig betydning for, hvilke interesser kommunerne har. Flere interviewpersoner fra såvel kommuner som region understreger dog, at det gør en forskel, hvilket eller hvilke hospitaler den enkelte kommune er tilknyttet. Årsagen er, at hospitalernes ydelser på nogle opgaveområder varierer, eksempelvis er der forskel på, hvilke udgående funktioner de enkelte hospitaler tilbyder, og hermed vil også kravene eller behovene i forhold til den kommunale indsats variere. Interviewpersonerne mener ikke, at disse variationer står i vejen for samarbejdet imellem kommunerne generelt, idet de forskelle, der er knyttet til de enkelte hospitaler, typisk vedrører nogle meget konkrete tilbud og praksisser, der kan håndteres i forbindelse med indgåelsen af de bilaterale aftaler.

Ud over den generelle enighed om, at interesseniveausætningerne imellem kommunerne er få, er der nogle af de kommunale interviewpersoner, der understreger vigtigheden af, at der i samarbejdet levnes plads til kommunalpolitiske prioriteringer. Der gøres således opmærksom på, at politikerne er vant til og ønsker at skulle prioritere de politiske emner, hvilket også vil være tilfældet på sundhedsområdet. Som følge heraf er der ikke tale om 19 kommuner med identiske ønsker og krav, ej heller selvom de objektive forhold ikke nødvendigvis betinger store forskelle.

Gyldigheden af de empiriske resultater

De to foregående afsnit indikerer, at der på de undersøgte opgaveområder er betydelige interesseniveausætninger. Dette gælder primært i forholdet mel-

lem kommuner og region, og i langt mindre grad for forholdet kommunerne imellem. Interesses modsætningerne synes særligt at opstå i forbindelse med økonomiske forhold, hvor parterne i højere grad synes enige om, hvordan de faglige snitflader kan håndteres, og hvordan man bedst supplerer hinanden. De interesses modsætninger, der kan konstateres, synes endvidere at være af væsentlig betydning. Spørgsmålet om, hvornår en patient er færdigbehandlet, eller hvor grænsen imellem almindelig og specialiseret genoptræning skal drages, vedrører forholdsvis grundlæggende ting inden for de aktuelle opgaveområder. Det er således spørgsmål, som parterne gerne skal finde et kompromis omkring, således at der kan skabes en klar arbejdsdeling og en fælles forståelse omkring de enkelte aktørers ansvarsområder.

I lyset af de interesses modsætninger, der påpeges imellem kommuner og regioner på de undersøgte opgaveområder, er det bemærkelsesværdigt, at interviewpersonerne generelt omtaler samarbejdet parterne imellem i relativt positive vendinger. Alle anser dialogen imellem parterne for værende vigtigt, og flere understreger, at der i Region Midtjylland er en kultur for og en vilje til at samarbejde – også på områder præget af interesses modsætninger. Der er ingen af interviewpersonerne, der afviser eksistensen af interesses modsætninger, men flere af dem gør opmærksom på, at man i regionen er nået langt i forhold til at overkomme disse. Hvorvidt dette faktisk er tilfældet kan dog ikke vurderes ud fra det foreliggende materiale.

Konklusion

Med udgangspunkt i en gennemgang af de detaljerede indholdsmæssige krav til sundhedsaftalerne og en beskrivelse af aftalernes institutionelle design, har denne artikel argumenteret teoretisk for, at sundhedsaftalerne ikke kan forventes at løse snitfladeproblemer, når der er væsentlige interesseforskelle imellem kommuner og regioner. De væsentligste årsager er, at de detaljerede aftaler skal indgås ved enighed imellem den enkelte kommune og regionen, og at hierarkiets skygge ikke kan forventes at være stærk nok til at få parterne til at indgå kompromisser ved uenigheder. På baggrund af dette teoretiske argument, har den empiriske ambition med artiklen været at belyse, om kommuner og regioners interesser på de områder, der er omfattet af sundhedsaftalerne, faktisk er modsætningsfyldte.

Den empiriske analyse indikerer, at der *er* interesses modsætninger imellem kommuner og regioner på de to undersøgte opgaveområder, genoptræningsområdet og området for udskrivning af svage ældre patienter. Interesses modsætningerne synes særligt at opstå i forbindelse med økonomiske forhold, hvor parterne i højere grad synes enige om, hvordan de faglige snitflader kan håndteres. Med den gennemførte undersøgelse er der således fundet interesses modsætninger på nogle i lovgivningsmæssig forstand relativt forskel-

lige opgaveområder, og der er ingen grund til at forvente, at et tilsvarende mønster ikke også skulle gøre sig gældende på de fire øvrige obligatoriske aftaleområder.

På udskrivningsområdet har interessemødsætningerne omhandlet varslingsfrister ved udskrivning, tilbud til gråzonepatienter, vurderingen af hvornår en patient er færdigbehandlet, og risikoen for opgaveglidning fra regioner til kommuner. På genoptræningsområdet er det primært balancen imellem almindelig og specialiseret ambulant genoptræning, der har været i fokus, omend den samlede mængde af genoptræning også må siges at være et tema. For samtlige emner synes det rimeligt at konkludere, at der er tale om centrale problemstillinger netop i forhold til at håndtere snitfladeproblemer, hvor patientforløb går på tværs af kommuner og regioner.

Vender vi blikket imod kommunerne isoleret set, synes der ikke her at være så store interessemødsætninger. Umiddelbart tyder dette godt i forhold til den nye organisatoriske indretning, der er skabt på sundhedsområdet, med krav om samarbejde i netværkslignende fora. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at der på sundhedsområdet, i modsætning til andre områder hvor en tilsvarende struktur er indført, i sidste ende er tale om bilaterale aftaler. Det betyder, at eventuelle interessemødsætninger kommunerne imellem i et vist omfang kan håndteres i de individuelle aftaler og derfor ikke behøver at genere det øvrige samarbejde på området. Netop af denne årsag bør man være varsom med at generalisere den optimistiske vurdering af kommunalt interessesammenfald til andre opgaveområder, hvor et mere forpligtende samarbejde imellem kommuner skal finde sted. Dette gælder eksempelvis ved indgåelsen af de sociale rammeaftaler.

Med denne artikel er det blevet tydeligt, at der er interessemødsætninger imellem kommuner og regioner på de indsatsområder, der berøres af sundhedsaftalerne, og at aftalerne hermed står over for betydelige udfordringer. Det er imidlertid stadig et åbent spørgsmål, hvilken kvalitet de indgåede sundhedsaftaler faktisk har: Er aftalerne udtryk for reelle kompromisser imellem kommuner og regioner, eller slår de påpegede interessemødsætninger igennem med fuld kraft i de sundhedsaftaler, der er indsendt til og nu i anden omgang godkendt af Sundhedsstyrelsen? Dette spørgsmål giver denne artikel ikke det endelige svar på. En reel vurdering af den bureaukratisering, der er sket på sundhedsområdet, forudsætter således flere undersøgelser, blandt andet af de indgåede aftaler. Hvis parterne med sundhedsaftaler faktisk er i stand til at håndtere snitfladeproblemerne og hermed løfte sig op over de påpegede interessemødsætninger, kan det organisatoriske *set-up* – uanset omfang – være ganske hensigtsmæssigt. Artiklen har dog argumenteret for, at dette ikke umiddelbart kan forventes, og holder denne forventning stik, synes det bedre at ændre den opgavefordeling, som kommunalreformen

har skabt på sundhedsområdet, og således reducere antallet af snitfladeproblemer på særligt konfliktfyldte områder. Et sådant tiltag synes foreneligt med de generelle overvejelser og anbefalinger, som Strukturkommissionen fremførte i sine rapporter i forbindelse med kommunalreformens tilblivelse (se eksempelvis Strukturkommissionen, 2004: 14).

Noter

1. Den nærmere sammensætning af udvalget kan aftales imellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen, men hvor ikke andet aftales, består udvalget af tre medlemmer udpeget af regionsrådet, fem medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i regionen og to medlemmer udpeget af praksisudvalget for almen praksis i regionen (Bekendtgørelse 414, 2006).
2. Den gennemsnitlige kommunistørrelse efter kommunalreformen er på 55.000 indbyggere.
3. Det indsamlede materiale er tilgængeligt ved henvendelse til forfatteren.

Litteraturliste

- Dunleavy, Patrick (1991). *Democracy, Bureaucracy and Public Choice: Economic Explanations in Political Science*, Essex: Prentice Hall
- Jakobsen, Mads Leth (2009).
- KL og COWI (2008). *Godt i gang – en kvantitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008*, København: KL. (http://www.kl.dk/_bin/e486f54e-8d7d-410d-9e09-b71f96926bb9.pdf)
- Niskanen, W. (1971). *Bureaucracy and Representative Government*, Aldine Atherton: Chicago
- Ostrom, E. (1986). „An agenda for the study of institutions“, *Public Choice*, Vol. 48, pp. 3-25.
- Scharpf, Fritz W. (1997). *Games Real Actors Play*, Westview Press.
- Sundhedsstyrelsen (2006). *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. København: Sundhedsstyrelsen. (http://www.sst.dk/publ/Publ2006/PLAN/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler_vejledning.pdf)
- Strukturkommissionen (2004). *Strukturkommissionens betænkning, nr. 1434 – Sammenfatning*, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Tsebelis, George (2002). *Veto Players. How Political Institutions Work*, New Jersey: Princeton University Press.

Love, bekendtgørelser mv.:

L546 (2005). *Sundhedsloven*, www.retsinfo.dk

Bekendtgørelse 414 af 5. maj 2006 (bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler), www.retsinfo.dk