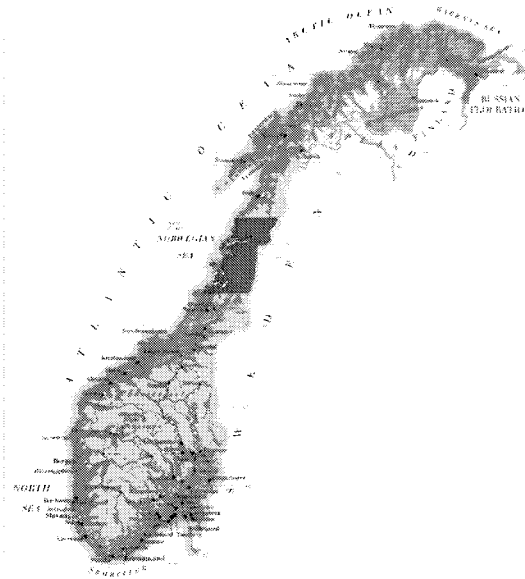




UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

MASTEROPPGAVE



Samhandling i sentrum

- En kvalitativ studie av
samhandlingsreformens implikasjoner på
Helgeland

Hans Leo Dagsvik

BE323E MBA HHB Helgeland

[2012]

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven er skrevet som avsluttende ledd i min MBA-utdanning ved Universitetet i Nordland, Handelshøgskolen i Bodø. Formålet med avhandlingen er å bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer samhandlingsreformen gir kommunene på Helgeland, med særlig fokus på sykehusforbruket hos innbyggerne. For å belyse dette temaet har jeg brukt følgende problemstilling:

Hvilke utfordringer har kommunene på Helgeland når de skal redusere veksten i forbruket av sykehustjenester og samtidig opprettholde og forbedre helsetjenestene til sine innbyggere?

Som forskningsdesign er det valgt en kvalitativ tilnærming med fenomenologisk analyse av det foreliggende datamaterialet. Materialet er innhentet gjennom analyse av sekundærdata og strukturert intervju av fire informanter fra fire ulike kommuner på Helgeland.

Hovedfunn fra undersøkelsen viser at samhandlingsreformen er et ledd i reformtrenden som har preget offentlig sektor siden tidlig på 80-tallet. Målet med reformen er å effektivisere helse- og omsorgstjenestene slik at samfunnet står bedre rustet til å møte befolkningsutviklingen med stadig flere eldre i årene fram mot 2040. Sentrale virkemidler er et nytt lovverk og bruk av økonomiske insentiver mot kommunene. Videre så har kommunene på Helgeland erkjent behov for endring og har klart å gjennomføre raske tilpasninger som en følge av reformen. Det er en større usikkerhet om reformens konsekvenser på lang sikt. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester er ikke et insentiv som motiverer kommunene på Helgeland til å bygge opp kostnadskrevenne alternative tilbud, da det er mange faktorer som bidrar til høyt sykehusforbruk. Reformen har ingen insentiver rettet mot fastlegene for å påvirke deres henvisningspraksis mot sykehusene.

Funnene i undersøkelsen impliserer at det er behov for mer forskning på området.

ABSTRACT

This assignment is the completion of my MBA programme at University of Nordland, Handelshøgskolen in Bodø. The purpose of the assignment is to contribute to more knowledge on the subject of Samhandlingsreformen, the reform of public health services in Norway, starting from 2012. The reform has significant implications on the municipalities, transferring more responsibility and tasks from the specialized health services (hospitals) to the general health services (provided by the municipalities).

In this study I investigate how municipalities in the region of Helgeland respond to the challenge of reducing growth in inhabitant's consumption of hospital services, and how they at the same time manage to maintain and increase quality of their own services.

My research design of choice is a qualitative approach, using interviews to gather data. The presented results follows the analysis of interviews of four public health executives from four different municipalities in Helgeland, compared to theories of New Public Management, leading of change in organizations and principal-agent theory.

Findings indicate that Samhandlingsreformen follows in the line of several reforms of public services in Norway, inspired by the principles of New Public Management. Rationalizing services and introducing economic incentives are examples of such principles. Further, the reform has made the municipalities in Helgeland acknowledge the need for change, from which they have managed to achieve short term results. However, the informants do not believe that the reform will lead to positive economic results for the municipalities in the long term. Making the municipalities co-finance hospital services does not seem to motivate the municipalities in Helgeland to strengthen their own services as substitutes. Finally, this study cannot find any incentives in the reform aimed at the general practitioners who are gate-keepers into hospital services.

The findings implicates needs for further studies on mechanisms releasing hospital services and key factors for succeeding in reducing growth in consumption of hospital services.

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	i
Abstract	ii
Innholdsfortegnelse	iii
1. Innledning og problemstilling	1
1.1 Innledning	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Begrepsavklaring og videre struktur	4
2. Teori.....	6
2.1 New Public Management som reformgrunnlag	6
2.1.1 Innføringen av NPM i Norge	6
2.1.2 Hvorfor reform?	7
2.1.3 NPM som fortolkningsramme	7
2.1.4 Enkeltindividets rolle og rettigheter	8
2.1.5 Kritikk av NPM	9
2.2 Betingelser for vellykket endring	9
2.2.1 Beskrivelse av Kotters 8 trinn	10
2.2.2 Kritikk av 8-trinnsmodellen	12
2.3 Prinsipal-agent teori	12
2.3.1 Definisjon av prinsipal-agent teori	13
2.3.2 Agentproblemet	14
2.3.3 Insentivkontrakt	16
2.3.4 Agentkostnader	17
2.3.5 Kritikk av prinsipal-agent teori.....	18
2.4 Oppsummering	19
3. Metode	20
3.1 Valg av metode	20
3.2 Datainnsamlingen	20
3.2.1 Sekundærdata	21
3.2.2 Intervju	21
3.3 Informantene	22

3.3.1 Utvalg, rekruttering og sammensetning	22
3.4 Dataanalyse	24
3.5 Metodekritikk	25
3.6 Etske overveielser	26
3.7 Oppsummering	27
4. Empiri	28
4.1 Samhandlingsreformens bakgrunn	28
4.1.1 Noen tall om kostnadene til helse- og omsorgstjenestene	29
4.1.2 Regionalt forbruk av sykehustjenester.....	31
4.2 Hvordan styres helsetjenestene i Norge?	31
4.2.1 Styring av de kommunale helsetjenestene og sykehusene ...	31
4.2.2 Styring av samhandlingen mellom kommuner og sykehus	32
4.2.3 Hvordan foregår innleggelse og henvisning til sykehus	33
4.3 Kontekst – Helgeland	34
4.3.1 Sykehusforbruket på Helgeland	36
4.4 Analyse av sekundærdata	37
4.5 Intervjudata	39
4.5.1 Effekten av de økonomiske insentivene i reformen	39
4.5.2 Forutsetning for endring	42
4.5.3 Relasjonen mellom kommunene og fastlegene	44
4.5.4 Relasjonen mellom kommunen og sykehuset	45
4.6 Oppsummering	48
5. Analyse	51
5.1 Samhandlingsreformen og NPM i offentlig sektor	51
5.2 Endringsledelse i kommunene på Helgeland	52
5.3 Om kommunale medfinansiering som økonomisk insentiv	53
5.4 Fastlegenes insentiver	55
5.5 Oppsummering	57
6. Konklusjon	58
6.1 Resultater fra undersøkelsen	58
6.2 Implikasjoner og videre forskning	59
Litteraturliste	61

VEDLEGG

Vedlegg 1 – intervjuguide

Vedlegg 2 – Tjenesteavtale 3 – Retningslinjer for innleggelse i sykehus

Vedlegg 3 – Tjenesteavtale 5 – Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter

1. INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

1.1. Innledning

Den 1. januar 2012 gikk startskuddet for samhandlingsreformen, en stor politisk reform som skal omstrukturere måten vi driver helse- og omsorgstjenester på i Norge. Hovedhensikten med reformen er at kommunene gjennom

- utvidet ansvar for behandling og forebygging
- økt kompetanse
- mer interkommunalt samarbeid

skal kunne ivareta flere oppgaver enn tidligere, samtidig som unødige innleggelse i sykehus skal unngås og pasienter som er ferdigbehandlet skrives ut tidligere enn før. Å behandle pasienter i sykehus er svært kostbart, og med den forventede veksten i antall eldre i årene framover vil ikke samfunnet klare å bære utgiftene til helse- og omsorgstjenester hvis kostnadene øker tilsvarende. Løsningen er å stramme inn bruken av sykehusene og øke kommunenes plikt og evne til å ivareta flere oppgaver selv. Gjennom fordelingspolitiske virkemidler skal reformen samlet sett gi en samfunnsøkonomisk gevinst, og gi pasientene – slik det står i underteksten til samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Reformen medfører store strukturelle omlegginger for både kommunene og sykehusene. Omleggingene skjer både i form av omfattende endringer i lovverk og bruk av økonomiske virkemidler. De nye lovene ble vedtatt i stortinget i juni 2011, mens de økonomiske virkemidlene ble konkretisert utover høsten gjennom forskrifter, beregninger og endelig gjennom statsbudsjettet for 2012. Ca. 5,6 milliarder er overført fra sykehusene til kommunene i dette budsjettet. Pengene skal dekke kommunenes satsning på forebygging, medfinansiering av de fleste sykehusinnleggelse og ivaretagelse av pasientene som skrives raskere ut av sykehusene. Enda vet ingen om beregningene stemmer, og hvordan kommunene kommer økonomisk ut av reformen. Det er også sterkt varierende i hvilken grad og på hvilken måte kommunene har rustet seg mot de nye utfordringene, både enkeltvis og i samarbeid med andre. Dilemmaet for kommunene er som følger: Hvis de bruker midlene fra samhandlingsreformen til å iverksette forebyggende tiltak og alternative tilbud til sykehusbehandling, og effekten av disse tiltakene uteblir eller er for svak –

vil kommunene sitte igjen med en dobbelt regning. Hvis kommunene ikke gjør noe, vil regningen for kommunal medfinansiering overstige de mottatte midlene etter hvert som sykehusforbruket fortsetter å stige, og kostnadene vil medføre kutt i tjenestetilbudene. Dilemmaet kan føre kommunen inn i en "Catch 22" situasjon *).

Sykehusene får også utfordringer med reformen. Omlegginger i inntektssystemet deres kan føre til at de sykehusene som ikke klarer å omstille seg raskt nok vil få underskudd i regnskapene sine. Mens sykehusene tidligere hadde fokus på høyest mulig aktivitet, er budskapet nå at samfunnet har et overforbruk av sykehustjenester. Dette vil på sikt medføre at en rekke sykehus tilbud som innbyggerne er blitt vant til å benytte seg av, etter hvert vil reduseres eller falle ut av sykehusene når kommunene bygger opp sine tilbud. Ulike aktiviteter i sykehusene vektet også ulikt i inntektssystemet, slik at i foretak der det er funksjonsfordelinger mellom de ulike sykehusene, vil noen sykehus påvirkes kraftigere av omleggingene enn andre.

Med bakgrunn i at jeg selv arbeider i den kommunale helsetjenesten og at min arbeidshverdag i stor grad berøres av samhandlingsreformen, synes jeg det ville være interessant å se nærmere på hvordan et utvalg av kommunene i mitt nærområde vurderer sine muligheter til å håndtere samhandlingsreformen, og hvordan de ruster seg for å møte de kommende utfordringene. Temaet i oppgaven er kommunenes forbruk av sykehustjenester sett i lys av teoretiske modeller som

**) Fra boka av Joseph Heller (1970) ved samme navn: "... Det fantes bare en paragraf, og det var paragraf 22, som sa at bekymring for ens egen sikkerhet overfor virkelige og overhengende farer var et produkt av en fornuftig tankeprosess. Orr var sinnssyk og kunne bli fritatt. Alt han hadde å gjøre var å be om det, men så snart han gjorde det, var han ikke lenger sinnssyk og måtte fortsette å fly. Orr måtte være sinnssyk for å fortsette å fly og frisk hvis han ikke gjorde det, men hvis han var frisk, måtte han fly. Hvis han fløy, var han sinnssyk og behøvde ikke å gjøre det, men hvis han ikke ville, var han frisk og måtte. Yossarian var dypt grepet av paragraf 22s innlysende klarhet og plystret imponert.*

«Det er sannelig litt av en paragraf, denne paragraf 22,» bemerket han.

beskriver hensikten og virkningene av økonomiske insentiver (prinsipal-agent teori), samt hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å lykkes med endringer (Kotters 8 trinn for endringer).

De sentrale hypotesene i de ovennevnte teoriene er:

- Økonomiske insentiver kan være virkningsfulle instrument for å påvirke aktører til å handle i tråd med oppdragsgivers målsettinger, gitt at man klarer å inngå avtaler/kontrakter med betingelser som regulerer aktørenes atferd på en hensiktsmessig måte
- Agenter (som utfører oppdrag på vegne av oppdragsgiver – prinsipalen) vil kunne opptre opportunistisk og dyrke egne interesser framfor prinsipalens
- Prinsipalen vil motivere agenten til å ta beslutninger og handle i tråd med prinsipalens interesser, samtidig som den ønsker at agenten skal ta noe av risikoen med beslutningene
- For å lykkes med endringer i en organisasjon er det flere betingelser som må være oppfylt, blant annet et opplevd behov for endringer og maktkoalisjoner som er sterke nok til å sette endringene ut i livet

1.2 Problemstilling

For å nå de sentrale målsettingene i reformen om å dempe veksten i sykehusforbruk er det et sentralt punkt som kommunene er nødt til å lykkes med: å redusere antallet pasienter som blir lagt inn i sykehus, eller som blir henvist til poliklinisk undersøkelse/behandling. Hvem er aktørene som kan påvirke pasientstrømmen inn mot sykehusene, hvilke motiver har de for å endre sin praksis og hvordan arbeider de med dette? Jeg ønsker videre å undersøke om kommunene mener at virkemidlene i reformen er effektive til å snu pasientstrømmen, og hvordan de konkret har tenkt å løse dette.

Min problemstilling blir derfor:

Hvilke utfordringer har kommunene på Helgeland når de skal redusere veksten i forbruket av sykehustjenester og samtidig opprettholde og forbedre helsetjenestene til sine innbyggere?

1.3 Begrepsavklaring og videre struktur

Avklaring av begrepene i problemstillingen:

- *Utfordringer:* Med utfordring mener jeg en oppgave som er krevende og/eller vanskelig å løse
- *Redusere veksten i forbruket av sykehus tjenester:* I dette legger jeg at reformen ikke tar mål av seg å redusere det totale sykehusforbruket. Til det vil veksten i antallet eldre og syke i årene framover være for sterk. Man håper imidlertid å flate ut vekstkurven på sykehusforbruket noe. Først og fremst vil man ha bukt med den unødvendige bruken av sykehusene: utskrivningsklare pasienter som okkuperer senger og rom i sykehus, pasienter som er innlagt på grunn av sosiale årsaker og som like gjerne kunne vært håndtert i kommunen, polikliniske undersøkelser som fastlegene like godt kan foreta selv.
- *Opprettholde og forbedre helsetjenestene:* Reformen tar sikte på at flere av oppgavene som sykehusene hittil har utført skal løses ute i kommunene. Kravet er at dette ikke skal gå utover kvaliteten på tjenestene til innbyggerne. Tvert imot skal tilbudet være minst like godt som når disse ytes i sykehus

Jeg vil i oppgaven diskutere om det er særlige forhold som er gjeldende på Helgeland, og som kan bidra til at utfordringene med å få til de nødvendige endringene i sykehusforbruk er større her enn andre deler av Norge.

Jeg har valgt å gjøre mine undersøkelser i et utvalg av Helgelandskommunene: to småkommuner uten sykehus, og to større kommuner med sykehus. Bakgrunnen for valget er at det er kjent at i vertskommuner for sykehus forbruker innbyggerne mer sykehus tjenester enn i andre kommuner (SKDE, 2012). Jeg ønsker derfor å se om det er noen forskjeller på hvordan kommuner med og uten sykehus omstiller seg, og hvilke krav til omstillinger de opplever å stå overfor.

Oppgavens struktur:

For å gi leseren en best mulig forståelse for oppgavens innhold presenterer jeg først det teoretiske grunnlaget jeg har valgt å undersøke ut ifra i et eget teorikapittel. I det påfølgende metodekapittelet gjør jeg rede for valg av forskningsdesign, datainnhenting og undersøkelsens reliabilitet og validitet. I empirikapittelet kommer

først en nærmere beskrivelse av samhandlingsreformens bakgrunn og innhold. Deretter settes reformen inn i konteksten "Helgeland" etterfulgt av resultatene fra undersøkelsen.

Avslutningsvis drøftes resultatene opp mot teoriene i analysekapittelet, før oppgavens konklusjon trekkes helt til sist. Hvert av hovedkapitlene avsluttes med en oppsummering av kapittelets viktigste innhold.

2. TEORI

Dette kapitlet åpner med en vurdering samhandlingsreformen sett opp mot prinsippene i New Public Management, da reformen er en del av den store reformtrenden i offentlig sektor. Dernest drøftes teori om endringsledelse, siden forutsetningene for å lykkes med reformen vil være nært knyttet til i hvilken grad kommunene klarer å tilpasse seg de nye kravene. Så diskuteres reformen i lys av prinsipal-agent teori med begrunnelse i at det brukes økonomiske insentiver som virkemidler for å dreie helsetjenestene i Norge mer i retning av kommunene. Helt til sist oppsummeres hovedtrekkene i disse teoriene.

2.1 New Public Management som reformgrunnlag

2.1.1 Innføringen av NPM i Norge

Siden begynnelsen av 80-tallet, med framveksten av nyliberalismen, har offentlig sektor gradvis tilnærmet seg styringsmodeller fra privat næringsliv, med hovedmål om å bedre ressursbruken. I følge Busch et al. (2005) har dette vært en krevende prosess da denne rasjonaliseringstankegangen kom i konflikt med identiteten i offentlige organisasjoner, og til og med ble oppfattet som et angrep på deres (sosialdemokratiske) verdigrunnlag. Busch, Johnsen og Vanebo (1999) beskriver at årsaken til dette er å finne i økonomenes styringsoptimisme og markedsskepsis i årene etter andre verdenskrig. Men det har like fullt vokst fram en mer tverrpolitisk kritisk holdning i norsk offentlighet til hvorvidt offentlig sektor er tilstrekkelig effektiv. Dermed har denne sektoren vært gjenstand for en rekke store endringsprosesser og reformer de senere årene, nettopp med mål om å skape en bedre tjenesteproduksjon og problemløsningsevne.

Samhandlingsreformen springer ut fra akkurat et slikt mål, etter at daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen i forordet til Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen Rett behandling – på rettsted – til rett tid (2008 – 2009) konkluderte med at samfunnet ikke fikk nok helsetjenester igjen for pengene, og at man var nødt til å tenke nytt og annerledes for å være i stand til å møte framtidens utfordringer. Dette viser med all tydelighet at NPM, som i utgangspunktet var et

liberalistisk tankegods som kom feiende inn med "vinden fra høyre" både i norsk og internasjonal politikk, nå har fått et godt rotfeste også blant sosialdemokratene i norsk politikk.

2.1.2 Hvorfor reform?

I følge Poulitt og Boucaert (2000) (I Busch et al., 2005) er reformer et verdiladet begrep fordi det ikke bare symboliserer endring, men en endring som er fordelaktig: "a deliberate move from a less desirable (past) state to a more desirable (future) state" (ibid.:16).

At man i endringsprosesser som er anført av politikere velger å bruke reformbegrepet virker både passende og naturlig, da politikk ofte handler om verdier og skillelinjer mellom ulike verdigrunnlag. For politikere er det viktig å kunne vise til konkrete endringer til det bedre (og dermed bort fra det gamle, utdaterte), og da store reformer gjerne får egennavn er det noe håndfast som et parti eller en regjering tar med seg videre i sin portefølje. Gjennom bruk av reformer som verktøy for fornyelse kan politikerne gi uttrykk for at reformen i seg selv er en løsning på problemer og utfordringer, noe som ikke trenger å være en praktisk realitet i følge Lie og Christensen (2007).

2.1.3 NPM som fortolkningsramme

New Public Management (NPM) er en samlebetegnelse og en fortolkningsramme for slike reformer, og består i følge Busch et al. (2005) hovedsak av to søyler:

1. Ønsket om en liberalistisk markedsgjøring i og av offentlig sektor med begrunnelse i økonomiske resonneringer
2. Prinsipper og metoder for organisasjon og ledelse som er inspirert av måten det jobbes på i privat sektor

Med andre ord griper NPM inn i grensesettingen mellom privat og offentlig sektor og bruker privat sektor som et forbilde innenfor rasjonaliseringstankegangen. Det er gjort en rekke store samfunnsmessige grep de senere årene som demonstrerer denne tendensen: omlegging av skattesystemet, deregulering (Posten, jernbaneverket), salg av statseide bedrifter, (Telenor, Statoil) privatisering og konkurranseutsetting av

statlige og kommunale tjenester samt tilstrømming av kommunenes og fylkeskommunenes økonomi.

Roos et al. (2010) peker på at siden det ikke finnes noe enhetlig avkastningsbegrep innenfor offentlig sektor, kan det være vanskeligere å skille en framgangsrik offentlig organisasjon fra en som er mindre framgangsrik. Samfunnet bruker også offentlig sektor til tjenester som privat sektor ikke vil, kan eller bør tilby. Diskusjonen om hva som bør kunne ytes av offentlig sektor og/eller privat sektor følger til en viss grad de politiske skillelinjene i Norge, der høyresiden gir uttrykk for at de i større grad ønsker å "slippe det private til" på områder der det offentlige dominerer. Venstresiden viser på sin side en større motstand mot at markedsmekanismer skal få virke innenfor velferdssektoren. Eksempler på dette kan være skolene og helsesektoren. Men Roos et al. (2010) påpeker at offentlig sektor i stadig større grad tar seg betalt for tjenestene den tilbyr, og et stadig mer omfattende samarbeid mellom privat og offentlig sektor. Dette tolker jeg slik at tankegodset i NPM nå er så dypt forankret i samfunnet at det brer om seg uavhengig av hvem som sitter i regjering. Det som vil utgjøre en forskjell, er hvor omfattende og i hvilket tempo prinsippene innføres.

2.1.4 Enkeltindividets rolle og rettigheter

Hvor langt man skal gå i å innføre prinsippene i NPM er altså ikke bare snakk om hvor mye man ønsker å rasjonalisere og effektivisere offentlig sektor, men også om hvilken ideologi og menneskesyn man tilhører. Skal innbyggerne først og fremst ses på som borgere eller "kunder". Hva er de viktigste verdiene å ivareta av individenes rett til å realisere egne behov og preferanser ut fra valgfrihet, eller å fremme kollektive rettigheter og interesser for samfunnet som helhet? Selv om bildet er mer nyansert, er de sentrale trekkene ved samfunnsutviklingen at det verdimeslige grunnlaget er i ferd med å skyves fra en kollektivistiskorientering mot en individualistisk.

Også innenfor helseområdet i Norge skjer en stadig styrking av individets rettigheter. Pasient- og brukerrettighetsloven som ble innført i 1999 og endret med virkning fra 2012 for å tilpasse seg samhandlingsreformen, er et eksempel. I henhold til denne loven har pasienter rett til fritt sykehusvalg, rett å skifte fastlege, rett til brukermedvirkning m.m. Lov om erstatning ved pasientskader ble innført i 2001 og

skal sikre at de som er påført skader av helsevesenet skal få en økonomisk kompensasjon for dette. Samhandlingsreformen tar sikte av seg å sikre "lik tilgang til gode og likeverdige helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted" (St.melding 47:14). Med den hurtigvoksende andelen eldre i befolkningen fram mot 2040, stadig tilgang på nye behandlingsmetoder og en generell økning i bruken av helsetjenestene vil det bli en stor utfordring for helsevesenet å klare å møte individenes rettigheter framover.

2.1.5 Kritikk av NPM

Den stadig mer omfattende bruken av prinsippene i NPM møter kritikk fra flere hold i norsk samfunnsliv. I sin åpningstale på landsmøtet til Fagforbundet i 2009 tok leder Jan Davidsen et sterkt oppgjør med det han kaller et "markedsliberalistisk eksperiment" som han hevder overfører makt fra politikerne til det private markedet, og som nå gjennomsyrrer offentlig sektor på alle nivå. Davidsen peker på at NPM-modeller har vært innført i flere land, som New Zealand og Skottland, men der man nå har sett seg nødt til å reversere disse. Også professor ved NHH William Brochs-Haukedal kritiserer i en artikkel i tidsskriftet Ledelse (nr. 28, 2009) bruken av NPM i norske sykehus. Etter hans mening fører dette til alvorlig frustrasjon blant de ansatte og en forvitring av deres håndtverksmessige holdning til eget fag. I følge Lie og Christensen (2007) har et hovedproblem med NPM-reformer vært at de har ført til fragmentering og oppsplitting av tjenestene.

2.2 Betingelser for vellykket endring

Forutsetningen for å implementere samhandlingsreformen i kommunene ligger i deres evne til å gjennomføre endringsprosesser. Innenfor organisasjonsteori er det gjort mye forskning på hva som kjennetegner suksessrike endringsstrategier. Målet med endringsstrategier er å redusere motstanden mot endring, øke engasjementet hos de involverte og få til bedre løsninger. Flere forfattere av bøker om organisasjonsteori deler endringsstrategiene sine inn i trinn. En av de mest kjente, professor J.P. Kotter ved Harvard University opererer med følgende 8 trinn for vellykket endring:

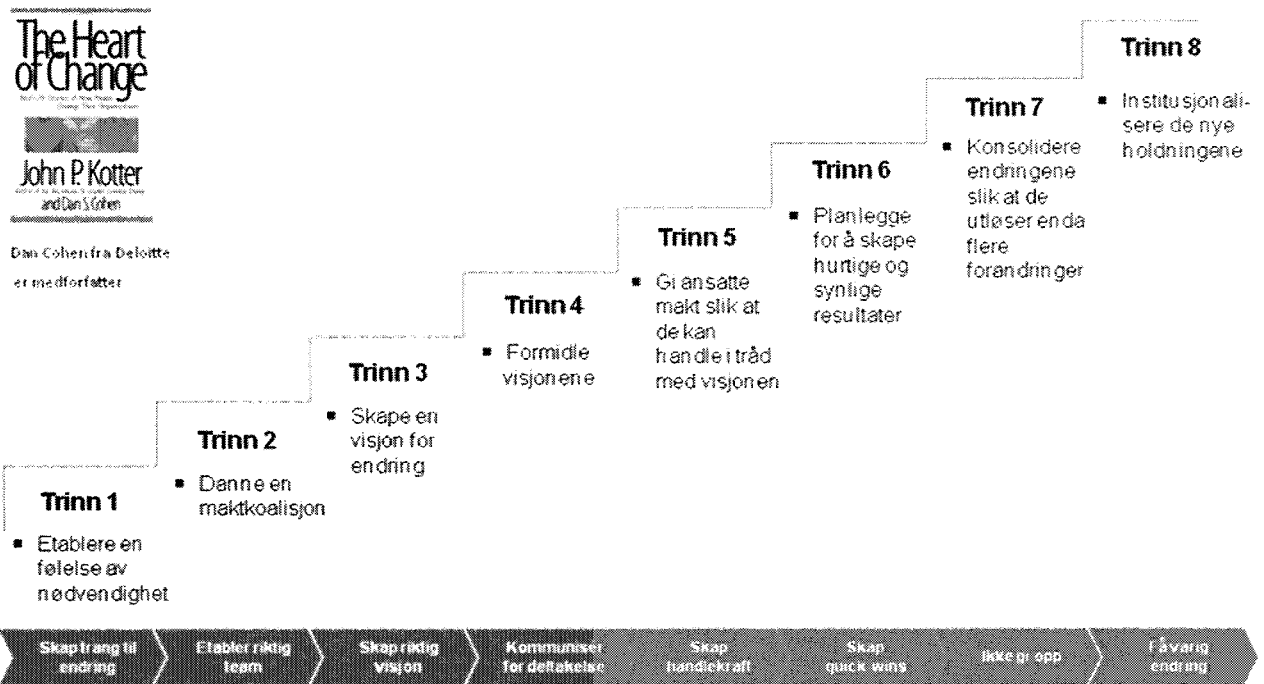


Fig. 2.1 – Kotters 8 trinn for vellykket endring (Kotter og Cohen, 2002)

2.2.1 Beskrivelse av Kotters 8 trinn:

Hvert av trinnene beskriver suksesskriterier for vellykket endring, men også fallgruver man må unngå å havne i:

- Skap vilje og forståelse for nødvendigheten av endring. For at dette skal skje må ledelsen vende blikket utover og framover, identifisere trusler og muligheter og dempe tilfredsheten med den eksisterende situasjonen. I følge Kotter er tilfredshet et hinder for endring: "With complacency high, transformations usually go nowhere because few people are even interested in working on the change problem" (Kotter, 1996:36)
- Danne en sterk, førende koalisjon. Selv ikke den sterkeste og karismatiske leder klarer å dra i havn en større endringsprosess alene. Til det er det for mange prosesser å styre, hindere som må fjernes, mål som må kommuniseres ut i organisasjonen og resultater som skal oppnås. Koalisjonen må ha den rette sammensetningen, ha felles mål og god evne til å sikre framdrift i endringsprosessene. Mangel på engasjement hos sentrale nøkkelpersoner vil være et stort hinder i en endringsprosess

- Skape en visjon og strategi for endring. I dette ligger å mane fram et framtidsbilde som er tydelig og som viser alle involverte hva det er man vil oppnå med endringen. En god visjon er enkel, viser retning og virker motiverende. "Developing a good vision is an exercise of both the head and the heart", sier Kotter (1996:79). Fallgruven her er å lage uklare mål som gjør at aktivitetene spriker.
- Like viktig som å skape en god visjon, er å kommunisere denne ut i organisasjonen. Nøkkelelementer for å lykkes med dette er blant annet å holde budskapet enkelt, bruke det i mange sammenhenger, gjenta det ofte og vise atferd som er forenlig med visjonen. Fallgruven er underkommunisering, en vanlig feil som selv gode ledere gjør.
- Gi de ansatte makt til å handle i tråd med visjonen. For å skape endring må mange mennesker bidra. De ansatte vil ikke, eller kan ikke hjelpe hvis de føler seg maktesløse. Det er en viktig oppgave for ledelsen å fjerne hindere og legge forholdene til rette for at de ansatte kan utføre de rette oppgavene. Viktige stikkord er strukturer, kunnskaper, systemer og ledere.
- Skape kortsiktige resultater. Det er av stor betydning for den videre endringsprosessen at man på et tidlig tidspunkt kan vise til at det som er satt i verk allerede fører til resultater. Dette er spesielt viktig når endringene som skal gjennomføres krever hardt arbeid over lengre tid. Tydelige resultater motiverer de som allerede tror på endringene, og trenges for å overbevise dem som er imot. Det er en fallgruve bare å fokusere på langsiktige resultat. Det kan bidra til å gjøre ansatte så vel som eiere utålmodige og misfornøyde.
- Konsolidere oppnådde fordeler og arbeide videre for å skape nye endringer. Det er viktig ikke å slappe av rett før mållinjen og ta seieren på forskudd. Det gjenstår enda mye arbeid etter at en endringsprosess er fullført. Endringene må få sette seg i organisasjonen, og strukturer må bygges opp for å motvirke "tilbakefall". En nylig endret organisasjon er i en sårbar fase, og det er en stor fallgruve ikke å holde momentet oppe til endringene er solid forankret i organisasjonen.
- Institusjonalisere de nye holdningene i organisasjonskulturen. Det tar tid å endre en organisasjonskultur. I tiden etter en endringsprosess vil det alltid finnes etterlevninger fra den gamle kulturen, og hvis man ikke er bevisst dette

ved å "vanne og gjødsle" den nye kulturen, kan restene av gammel kultur vinne terreng. Ledelsen må være tydelig på hvorfor den nye organisasjonen er bedre enn den gamle, og nye ansatte må opplæres i den nye kulturen. Spesielt oppmerksom må man være dersom sentrale endringsagenter slutter i jobben rett etter en endringsprosess.

2.2.2 Kritikk av 8-trinnsmodellen

I Kotters modell er det lagt opp til at ledelsen nærmest skal "framprovosere" et behov for endring i organisasjonen, og styre endringsprosessen med maktmidler og selektiv bruk av informasjon og kommunikasjon. Lederens rolle framstår som manipulativ og beregnende, der ansatte og eiere blir redusert til marionetter som lederen skal få til å danse som han vil. Denne formen for endringsledelse står i kontrast til begrepet lærende organisasjon, der organisasjonen i seg selv er et kunnskapsproduserende system som endres i tråd med ny kunnskap som dannes ute i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2002).

2.3 Prinsipal-agent teori

Prinsipal-agent teori, eller kontraktsteori som det også kalles, beskriver i følge Langeland (1999) relasjonen mellom to parter der den ene utfører oppgaver på vegne av den andre. Den som tildeler oppgaven kalles prinsipal, og den som utfører oppgaven kalles agent. Agenten kan ha spesiell kompetanse, kontaktnett, være gunstig geografisk plassert eller på annen måte besitte egenskaper som prinsipalen mangler, og som gjør agenten godt egnet til å utføre den aktuelle oppgaven. Relasjonen som binder disse to sammen kan være av ulik art, fra et arbeidsgiver-arbeidstaker eller styre-bedriftsleder forhold til kontrakt eller annen form for gjensidig bindende avtale. I følge Busch et al. (2005) gjelder prinsipal-agent relasjonen også innenfor offentlig sektor der prinsipalen kan være et departement og agenten en underliggende etat. Eller at kommunepolitikerne er prinsipaler og rådmannen er agent.

Årsaken til at jeg velger også å studere samhandlingsreformen opp mot prinsipal-agent teori, er at jeg argumenterer for at reformen omfatter et nettverk av prinsipaler og agenter som er knyttet til hverandre gjennom lovverk, avtaler og økonomiske insentiver. Kommunene og sykehusene er agenter for staten – de utøvende leddene som realiserer innbyggernes rettigheter til helse- og omsorgstjenester. Fastlegene er agenter for kommunene. Gjennom individuelle avtaler som blant annet gir legene rett til trygderefusjon og tilskudd er legene satt til å betjene pasientlister, kjøre legevakt og utføre tilsynsoppgaver. Det som skiller disse legene fra de øvrige helsearbeiderne i kommuner og sykehus, er at de i all hovedsak er privat organiserte. Dette gir etter min mening noen særlige utfordringer opp imot det som i prinsipal-agent teori omtales som agentproblemet.

Sist, men ikke minst er det også en prinsipal-agent relasjon mellom den enkelte kommune og det helseforetak som kommunen sokner til. Kommunene, gjennom sine fastleger, henviser til vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten returnerer pasientene tilbake kommunehelsetjenesten etter endt behandling. Denne kjeden av tjenester, eller pasientflyten, er nå styrt gjennom et lovkrevd avtaleverk som regulerer hvilke kriterier som skal være oppfylt før partene overtar ansvaret for pasienten.

2.3.1 Definisjon av prinsipal-agent relasjonen og kjennetegn ved denne

Jensen og Meckling (1976:308) (I Busch et al., 2005) definerer prinsipal-agent relasjonen slik:

”a contract under which one or more persons (the principals) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision-making authority to the agent”.

Uavhengig av relasjonsformen står avhengighetsforholdet i sentrum. Prinsipalen er avhengig av agenten for å nå sine mål og vil sikre seg at oppdraget som gis utføres i tråd med de interesser som prinsipalen har. Agenten har på sin side egne interesser å ivareta, og teorien belyser både forutsetninger og problemer i prinsipal-agent relasjonen.

Nøkkelidé	Prinsipal-agent relasjonen skal reflektere en effektiv organisering av informasjon og kostnader ved risikobæring
Analyseenhet	Kontrakt mellom prinsipal og agent
Menneskelige forutsetninger	Egeninteresser, begrenset rasjonalitet og risikoaversjon
Organisasjonsmessige forutsetninger	Dels målkonflikter mellom deltakere. Yteevne/resultat som effektivitetskriterium
Informasjonsforutsetninger:	Informasjonssymmetri mellom prinsipal og agent
Kontraktsproblemer	Informasjon en vare som kan kjøpes og selges
Problemområde	Agent (moralsk hasard og uheldig utvalg). Risikodeling

Figur 2.2 Hovedtrekk ved agentteorien (Eisenhardt, 1989:59)

2.3.2 Agentproblemet

I prinsipal-agent teorien er det et kjernespørsmål hvordan prinsipalen kan få agenten til å handle i samsvar med prinsipalens interesser. Dette kalles agentproblemet. Ulike mål hos prinsipal og agent, asymmetrisk informasjon og ulik risikoaversjon hos partene er av hovedårsakene til at agentrelasjoner er problematiske.

Ulike mål (eks. økonomiske vs. kvalitetsmessige eller faglige) er ikke et problem i seg selv, og vil alltid forekomme, men problemet oppstår dersom agenten utnytter et handlingsrom til å arbeide mot mål som ikke er avklart med ledelsen – opptrer *opportunistisk*. Agentteori tar høyde for at opportunistisk atferd kan forekomme. Men problemet er at ledelsen/prinsipalen ofte ikke vet hvem som opptrer opportunistisk.

Teorien tar utgangspunkt i at agenten handler rasjonelt og i tråd med sine egne interesser. Det sistnevnte vil si at agenten også kan være i stand til å beskytte sine interesser også med ufine midler, for eksempel lyve, jukse eller holde tilbake informasjon(*). At agenten kan agere på en slik måte skyldes at det foreligger en asymmetri i informasjonstilgangen mellom prinsipal og agent, der agenten sitter på mer informasjon enn prinsipalen.

(*) Eksempler på slik atferd fra helse-Norge kan være sakene som har vært omtalt i media der ulike sykehus har trikset med de aktivitetsbaserte diagnosekodene for å øke sin egen inntjening, på bekostning av trykdeverket:

- Vi har varslet om triksingen mange ganger

Flere leger og tillitsvalgte sto i går frem og fortalte om en praksis de ser på som medisinsk uetisk.

Helene Skjeggstad, Sofie Gran Aspunvik, June Westerveld

Publisert: 01.mar. 2012 23:31 Oppdatert: 02.mar. 2012 02:20

31

Anbefal

0

18

Tweet

- Det er en kjent sak at vi er blitt bedt om å prioritere økonomisk fremfor medisinsk. Faktisk overhørte jeg senest i dag en samtale om dette på avdelingen, sier Christian Grimsgaard, klinikktiltidsvalgt ved Oslo universitetssykehus.

Torsdag kveld kunne TV 2 melde om ulovlig triksing med ventelister på Oslo-sykehus. Flere leger står frem og forteller om en praksis de kaller medisinsk uetisk. Pasienter som klager, kommer foran i køen.

Anbefal 31 personer anbefaler dette. Bli den første blant venn

Bråket ved OUS

Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus ble slått sammen i 2009.

Fra 2011 ble en stor del av pasientene som tidligere hadde tilhørt Aker, overført til Akershus universitetssykehus.

Dermed forsvant også 1,7 milliarder kroner fra budsjettet til Oslo universitetssykehus.

Sykehuset skal nå spare 800 millioner kroner i år og nesten tusen årsverk skal bort.

Aftenposten. 2012. 01.mars

Prinsipal-agent teorien beskriver i følge Busch et al. (2005) to former for mangel på informasjon:

- "hidden action" – ledelsen er ikke i stand til å observere agentens atferd/handlinger. Dette vil inntreffe dersom det er geografisk og/eller organisatorisk avstand mellom prinsipalen og agenten. Et eksempel kan være mellom en kommune og en selvstendig næringsdrivende fastlege
- "hidden information" – ledelsen har ikke innsikt i agentens kunnskaper om de oppgavene som skal utføres. Eksempelvis vil ikke et kommunestyre ha den samme kunnskapen som rådmannen om å drive økonomistyring etc. Dette muliggjør opportunistisk atferd.

Prinsipal-agent relasjonen handler også om fordeling av risiko og ulik risikoaversjon. Hvis prinsipalen gir agenten økonomiske insentiver som slår inn kun når prinsipalens mål oppfylles, vil dette kunne motivere agenten til å yte sin innsats deretter. Ulempen for agenten er at denne da bærer all risikoen, siden det kan være mange faktorer som ligger utenfor agentens innflytelse, men som påvirker måloppnåelsen. På den andre siden vil det, på grunn av mulighetene for moralsk hasard/suboptimalisering, øke risikoen for prinsipalen ikke å bruke et belønningssystem for ønsket atferd eller resultat. Ofte løses risikodelingen ved at agenten får en fast kompensasjon ved avtaleinngåelse og insentiver på toppen av dette direkte relatert til ytelse/resultat.

Selv om prinsipalen og agenten har tilnærmet samme mål kan det likevel være slik at de har et ulikt syn på hvor stor risiko man er villig til å ta for å oppnå et resultat. Prinsipalen bør med dette tenke over hva som er en akseptabel risiko og trekke noen grenser som agenten skal holde seg innenfor. Eksempel på slike grenser kan være at et forskningsprosjekt skal skje innenfor visse etiske rammer, at økonomisk risiko i et investerings- eller utviklingsprosjekt skal ligge innenfor en viss prosent eller at en gitt behandlingsmetode skal gi pasienten en minimal risiko for senskader.

2.3.3 Insentivkontrakt

En løsning på agentproblemet vil være å utforme en intensivkontrakt som motiverer agenten til å handle i tråd med prinsipalens interesse. Dette vil redusere faren for målkonflikter. I følge Langeland (1999) er det dog et problem at det vil være umulig å lage kontrakter som er komplette, som omfavner og forutser alle mulige situasjoner og som beskriver hvordan partene skal agere i forhold til disse. Dette ser man ofte manifestere seg i forretningslivet når det oppstår tvist om en kontrakts innhold og forpliktelser, og uenigheten ender opp i rettssystemet. Dette til tross for at det brukes stadig mer juridisk kompetanse i kontraktsutforming, og der kontrakter tenderer mot å bli mer og mer omfattende.

Man kan velge å lage kontrakter som kun beskriver hvordan beslutninger skal fattes og konflikter mellom partene skal håndteres. Dette kalles relasjonskontrakter. Eksempler på slike avtaler finner man blant de nye, lovpålagte avtalene mellom kommunene og helseforetakene. Disse avtalene er nærmere studert i kapittel 4. En av avtalene beskriver eksempelvis håndtering av avviksmelding mellom partene.

Problemet med disse er at de åpner for opportunistisk atferd og det som i prinsipal-agent teorien omtales som moralsk hasard. Moralsk hasard kan oppstå når partene har ulike interesser og når det er vanskelig å fastslå om man befinner seg innenfor en avtale og betingelsene som følger med disse. Og uten kontroll- eller insentivmekanismer vil agenten tendere mot å prioritere sine egne interesser foran prinsipalens. I organisasjonsteori omtales dette som suboptimalisering: "...en antagelse om at ansatte mer vil jobbe mot hva som er deres eget beste, heller enn hva som er til det beste for organisasjonen". (Jacobsen og Thorsvik 2005:52).

2.3.4 Agentkostnader

Igjen så er utfordringen for prinsipalen å tilegne seg nok informasjon om agentens gjøren og laden ved å kontrollere og overvåke, slik at mulighetene for moralsk hasard minimeres. Overvåkingen skal også danne grunnlag for belønning eller straff.

Prinsipalen vil ved å knytte til seg en agent måtte påregne en risiko for større eller mindre agentkostnader.

I følge Busch et al. (2005) er de to viktigste typene av agentkostnader:

1. Prinsipalens styringskostnader – Alle kostnader knyttet til kontroll og styring for å unngå at agenten handler utenfor prinsipalens interesser.
2. Resttap – den reduksjonen prinsipalen opplever i sin måloppnåelse som følge av at agenten prioriterer andre/egne mål framfor prinsipalens.

Styringskostnader må aksepteres for å redusere resttap. Kostnadene må alltid vurderes opp mot effekten på grad av måloppnåelse. I økonomisk tankegang kan styringskostnadene økes inntil marginale styringskostnader = marginalt resttap. I dag er det en tendens til økt ansvarliggjøring i stedet for regelstyring.

Milgrom og Roberts (1992:240) (fra Langeland, 1999) beskriver 4 prinsipper for utforming av optimale insentivkontrakter som skal minimere prinsipalens agentkostnader.

- 1) Agentens kompensasjon må baseres på klarest mulig ytelsesmål

- 2) Styrken i insentivene skal øke med oppgavens resultat, hvor nøyaktig ytelsen kan måles, hvor mye agentens ytelse vil øke med bruk av insentiver og agentens toleranse for risiko
- 3) Jo sterkere insentiver, desto mer ressurser må brukes på å overvåke resultatet
- 4) Hvis agentens utførelse av ulike oppgaver ikke kan overvåkes, bør hver enkelt oppgave belønnes likt. Hvis ikke, vil de oppgavene som gir minst belønning, kunne bli neglisjert

Et kontrollsystem skal redusere graden av asymmetrisk informasjon – ved å gi prinsipalen større innsikt, eller lage en ordning der agenten må konkurrere med andre.

Vurderer man prinsipal-agent teorien opp mot samfunnsøkonomisk teori, ser man at det som danner fundamentet for økt produktivitet i samfunnet – nemlig arbeidsdeling og spesialisering (Ringstad, 2010) samtidig forsterker behovet for overvåking, kontroll og bruk av insentiver. Dette for å sikre at de som er satt til å utføre oppgavene som skal løses, gjør dette i tråd med oppdragsgivers mål.

2.3.5 *Kritikk av prinsipal-agent teorien*

Prinsipal-agent teorien er kritisert for å forfekte et negativt menneskesyn ved å si at det finnes opportuniste blant medarbeidere/kontraktspartnere. I følge kritikerne kan teorien bli en selvoppfylgende profeti: Detaljerte kontroll- og insentivsystemer kan *skape* opportuniste. Dette systemet kan ende med en ond sirkel, i følge Busch et al. (2005). Langeland (1999) trekker fram kritikk fra både økonomisk, psykologisk og sosiologisk hold. Kritikerne har innvendinger mot teorien henholdsvis begrunnet med at insentiver er i større grad basert på skjønne enn observerbare størrelser, at insentiver kan bli betraktet som en kompensasjon for lite attraktive aktiviteter (reversiv-intensiv effekt) samt at teorien ser bort fra at mye atferd er forankret i bestemte sosiale forhold.

2.4 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg belyst samhandlingsreformen opp mot tre teorier: New Public Management, organisasjonsteori med Kotters 8 trinn for vellykket endring og prinsipal-agent teori.

New Public Management er blitt gradvis innført i Norge de siste tiårene for å effektivisere offentlig sektor. Hovedprinsippet er at man ved hjelp av virkemidler fra privat sektor skal få mer og bedre tjenester igjen for skattekrone. Salg av offentlige virksomheter, konkurranseutsetting og bruk av økonomiske insentiver er eksempler på slike virkemidler. Samhandlingsreformen springer ut av et ønske om å få mer helse for hver offentlige helsekrone, og bruker økonomiske insentiver som et av flere virkemiddel for å lykkes med dette.

Kotters 8 trinn for vellykket endring tar for seg hvilke aktiviteter man må legge vekt på for å lykkes med en endringsprosess. Det er lederen som initierer og styrer endringsprosessene, og som motiverer de ansatte til å yte gjennom selv krevende og langvarige endringer. Prosessen starter med en erkjennelse av at endring må finne sted. Samhandlingsreformen startet med innføring av nytt lovverk og økonomiske virkemidler fra 01.01.12 som får stor betydning både for kommunene og sykehusene.

Prinsipal-agent teori beskriver relasjonen mellom prinsipalen som er oppdragsgiver og agenten som utfører aktiviteter på vegne av prinsipalen. Forholdet dem imellom er preget av mulige målkonflikter, asymmetrisk informasjon og ulike holdninger til risiko. For å sikre at agenten agerer i tråd med prinsipalens interesser brukes ulike virkemidler som kontrakter, kontrollmekanismer og insentiver. Samhandlingsreformen bruker alle disse virkemidlene, og det er en rekke prinsipal-agent relasjoner i spill, som for eksempel forholdet mellom staten og sykehusene, kommuner og fastleger samt kommunene og sykehusene.

3. METODE

I denne delen av oppgaven beskriver jeg hvilken forskningsdesign, metode og datainnsamling som er valgt og begrunner disse valgene. Videre gjør jeg en vurdering av oppgavens validitet og reliabilitet og avslutter med en etisk betraktning rundt informantenes anonymitet.

3.1 Valg av metode

For å svare på problemstillingen i denne oppgaven har jeg valgt å bruke en kvalitativ tilnærming som forskningsdesign. Johannessen et al. (2011:103) mener at kjennetegnet ved kvalitative metoder er at data innsamles i form av tekster, lyd eller bilder. Slike data samles hovedsakelig inn gjennom observasjon eller intervju. Når forskeren tar aktivt initiativ til å samle inn data ved å foreta en undersøkelse kalles dette *empiribaserte kvalitative undersøkelser*.

I min forskning ønsker jeg å se forbi det rikholdige tallmaterialet som foreligger som grunnlag for samhandlingsreformen og studere hvordan kommunene forholder seg til disse tallene. Reformen er i skrivende stund enda ikke et år gammel, og i mange kommuner har man ikke utarbeidet en endelig strategi for hvordan de skal møte reformen. Likeledes mener jeg det er viktig og interessant å få tilgang til informasjon om hva personer som i hverdagen arbeider med å løse de kommunale utfordringene tenker om reformens innhold og virkemidler. Til dette er en empiribasert kvalitativ undersøkelse bedre egnet enn en kvantitativ tallanalyse.

3.2 Datainnsamlingen

Jeg har utført en tverrsnittsundersøkelse der intervjudata er samlet inn innenfor samme uke i november 2012, som vist i tabell 3.1. Dermed hadde informantene tilgang til samme informasjon om reformens utvikling og et mest mulig likt utgangspunkt for sine svar. Eksempelvis hadde helsedirektoratet nylig sendt ut samhandlingsstatistikk for andre tertial 2012 da intervjuene ble avholdt. At budsjettarbeidet for 2013 også var godt i gang i alle kommunene på intervjutidspunktet preget også informantenes svar på Jeg har også samlet inn data ved å hente informasjon fra samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset i løpet av første halvår 2012 (vedlegg 2 og 3).

Informant	Dato	Varighet	Sted
A	12.11.12	Ca. 80 min.	Møterom hos A
B	14.11.12	Ca. 85 min.	Kontoret til B
C	15.11.12	Ca. 70 min.	Kontoret til C
D	15.11.12	Ca. 80 min.	Kontoret til D

Tabell 3.1. Intervjuenes tid og sted

3.2.1 Sekundærdata

For å få bedre innsikt i de formelle samarbeidsrammene som Helgelandssykehuset og kommunene på Helgelandarbeider arbeider innenfor, har jeg valgt å innhente dokumentdata som en del av mitt informasjonsgrunnlag i undersøkelsen. Datamaterialet er samarbeidsavtalen som er inngått mellom de ovennevnte partene i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Avtalen består av en felles overordnet samarbeidsavtale og 11 underliggende tjenesteavtaler. Tjenesteavtalene er inngått 18.01.12 og 16.05.12. Jeg har spesielt fokusert på tjenesteavtale 3 (Retningslinjer for innskrivelse i sykehus) og tjenesteavtale 5 (Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter...). Se vedlegg 2 og 3.

3.2.2 Intervju

Jeg har brukt strukturert intervju i innsamlingen av data fra informanter. I følge litteratur om forskningsmetode (Johannessen et al, 2011:146) har denne metoden sin styrke i at dens standardiserte oppsett gjør det lettere for intervjueren å holde fokus rettet mot de temaene som ønskes belyst i intervjuet. Dette letter avgrensningen i intervjusituasjonen og gjør det enklere å analysere den innhentede datamengden i etterkant. I intervjukjemaet satte jeg opp både avkrysningsalternativ og et kommentarfelt til hvert enkelt spørsmål. På denne måten håpet jeg både å lette sammenligningen mellom svarene til de ulike intervjuobjektene, og samtidig ivareta noe av fleksibiliteten man har i semistrukturerte og ustrukturerte intervju. Jeg opplevde det som svært nyttige å ha tilgang til de utfyllende kommentarene fra intervjuobjektene i analysen av de innsamlede dataene.

Til innsamlingen av dataene brukte jeg et spørreskjema med forhåndsutfylte svaralternativ der svarene ble notert underveis. Intervjuguiden er vedlagt (se vedlegg

1). Jeg satte ring rundt svaralternativene der det var naturlig, og supplerte med stikkordsmessige kommentarer i kommentarfeltet. Det ble altså ikke brukt diktafon eller annen form for opptaksutstyr under intervjuet, og intervjuene er dermed ikke transkribert. Rett etter hvert intervju gikk jeg gjennom intervjueskjemaet og supplerte med stikkord der informanten hadde kommet med mer utfyllende informasjon enn det jeg noterte under selve intervjuet. På denne måten prøvde jeg å sikre meg så mye som mulig av den innhentede datamengden. Det er likevel mye datamateriale som ikke kommer med i analysen ved at jeg valgte å notere svarene i stikkordsform framfor å ta opp hele intervjuet. De stikkordsmessige notatene mine gjorde dog at samtalen etter min mening fløt naturlig og uten kunstige avbrekk. Ved enkelte anledninger fortalte jeg informanten hvilke notater jeg hadde gjort til en utfyllende besvarelse, spurte om det var korrekt oppfattet og om han eller hun ønsket å utdype svaret videre.

Da alle intervjuene var avviklet, overførte jeg besvarelsene til et samleskjema for å få best mulig oversikt og sammenligningsgrunnlag til analysen.

Jeg ser at flere av spørsmålene mine kunne ha vært mer åpne. Halvparten av de 36 spørsmålene i intervjueskjemaet er varianter av ja/nei spørsmål. Dette bidrar til å låse intervjuobjektet til enkle svar på det som kan være komplekse spørsmål. Jeg var riktig nok på jakt etter noen konkrete svar, og flere av ja/nei spørsmålene etterfølges av mer åpne oppfølgingsspørsmål (som for eksempel: "På hvilken måte?", "Begrunn svaret", "Hvordan"). Likevel ser jeg i ettertid at kompleksiteten i enkelte av de lukkede spørsmålsstillingene gjør at det er på grensen til urimelig å forvente at intervjuobjektet skal kunne svare ja eller nei på disse. I formildende retning har jeg i mange av disse spørsmålene presisert at jeg er ute etter intervjuobjektets mening, og ikke et absolutt, riktig svar.

3.3 Informantene

3.3.1 Utvalg, rekruttering og sammensetning av informanter

Jeg valgte å rekruttere 4 personer fra 4 ulike kommuner på Helgeland som informanter. Alle informantene innehar høyere administrative stillinger i sin kommune og har samhandlingsreformen som et sentralt arbeidsområde. De innehar med andre ord en formell maktposisjon i sin organisasjon.

Informantene har både inngående kunnskap om betingelsene i reformen, og stor påvirkning på hvordan kommunen forholder seg til disse. Informantene leder eller deltar i utviklingsarbeid internt i kommunen og/eller interkommunalt, representerer kommunen i forhandlinger med sykehusnivået, utarbeider saksframlegg til politisk behandling med mer. I en så omfattende reform som samhandlingsreformen er dette nøkkelpersoner som holder i trådene og som mer enn noen andre i organisasjonen har oversikt over det som foregår og skal foregå. Det gjør dem spesielt interessante når jeg ønsker å lære mer om endringene som planlegges og gjennomføres, og hvordan de vurderer de ulike aktørenes roller i arbeidet med reformen.

Informantene ble rekruttert gjennom forespørsel pr. e-post hvor de fikk informasjon om bakgrunnen for undersøkelsen og hva som ville bli hovedtema i intervjuet. Intervjuene ble avholdt på informantenes arbeidsplass, på kontor eller møterom der samtalen foregikk uforstyrret.

Informantene er anonymisert. Dette ble understreket i forkant av intervjuene. Årsaken til anonymiseringen er at flere av spørsmålene åpnet for kritiske ytringer om egen organisasjon og/eller nære samarbeidspartnere. Jeg ville unngå at informantene la bånd på seg i besvarelsene sine med tanke på at de kunne bli konfrontert med sine meninger på et senere tidspunkt.

Av de 4 informantene er 2 fra vertskommuner med sykehus og 2 er fra mindre kommuner uten sykehus. Det er naturlig at det er tettere bånd mellom kommune og sykehus der sykehuset er plassert innenfor kommunegrensen, enn der det er en geografisk avstand mellom kommune og sykehus. Derfor er det interessant å analysere hvorvidt det er forskjeller i besvarelsene som kan spores til dette forholdet.

Ved at alle informantene er rekruttert fra kommunenivå gir undersøkelsen kun et bilde av kommunalt ansattes egen oppfatning av reformens utfordringer og de ulike aktørenes roller. Det ville ha vært interessant å undersøke både fastlegenes og sykehusets oppfatning av de samme spørsmålsstillingene, men det ville ha blitt et langt mer krevende datamateriale å analysere.

Ved at jeg selv arbeider i helsevesenet på kommunalt administrativt nivå har jeg og informantene en felles plattform for forståelse av reformens bakgrunn, lovverk, terminologi osv. Det gjorde at jeg kunne gå relativt raskt "rett på" spørsmålene etter

en kort introduksjon der jeg la fram bakgrunnen for valg av tema og presenterte problemstillingen. Min oppfatning er at informantene forsto spørsmålene uten videre forklaringer, noe jeg tror reduserer risikoen for misforståelser/feiltolkninger i intervjusituasjonen. At jeg som forsker befinner meg innenfor noenlunde samme fortolkningsramme som informantene mener jeg bidrar til en autentisitet ved at det blir en nærhet mellom teksten og det praksisfeltet som er gjenstand for undersøkelse.

I følge Johannessen et al (2011:150) er *intervjuer-informant relasjonen* av betydning for undersøkelsens resultat. En rekke forhold som kjønn, utseende og oppførsel kan medføre en *intervjueffekt*, der likheter eller ulikheter kan påvirke resultatene. En risiko ved at jeg selv har en noenlunde lik stilling som informantene, er at det kan oppstå en uutalt kollegialitet, der intervjuobjektene oppfatter meg å være "på deres side" i spørsmål som kan oppfattes som kritiske om sykehuset eller fastlegenes roller. Dette medfører en risiko for at de data som er samlet inn, kan få en slagside ved at besvarelsene er mindre kritiske til kommunens rolle enn til de andre partene i reformen. Eksempel på dette kan være at sykehuset eller fastlegene kan bli tildelt større skyld for at kommunen ikke klarer å oppfylle målene i reformen, enn det som er realiteten.

Jeg unngikk bevisst å intervju personer i egen organisasjon da jeg mener at den tette relasjonen jeg har med mine kolleger kunne ha forstyrret intervjusituasjonen. Tematikken er ofte diskutert i møter, og både egne og andres synspunkter om de ulike temaene er i stor grad kjent fra før.

3.4 Dataanalyse

I bearbeidingen av datamaterialet som er innhentet gjennom dokumentdata og intervju, har jeg brukt fenomenologisk analyse. I følge Johannessen et al. (2011:195) er kjennetegnet ved fenomenologiske designer at forskeren er opptatt av *innholdet* i datamaterialet og ønsker å forstå den dypere meningen bak det som foreligger etter innsamlingen.

Det første steget i analysen av data er å danne seg et helhetsinntrykk av materialet. Dernest å finne fram til og ordne elementer som er meningsbærende og som gir informasjon om de temaene som ønskes belyst. Denne prosessen kalles *koding*.

Allerede i intervjusituasjonen var spørsmålene mine delt inn i tema, der de teoretiske referanserammene dannet bakgrunnen for inndelingen. På den måten hadde jeg allerede kodet og kategorisert mye av datamaterialet da intervjuene var ferdige. Det strukturerte intervjuet konsentrerer meningsinnholdet mer fra starten av enn et ustrukturert intervju, og gjorde det dermed enklere for meg å gå videre til å kondensere materialet. Dette vil si å redusere eller fortette datamaterialet slik at man videre i prosessen kun arbeider med det som vurderes som relevant for den problemstillingen som ønskes belyst.

Ulempen ved å ta utgangspunkt i et konsentrert materiale at i det videre analysearbeidet kan noe av meningsinnholdet i intervjuene være tapt i utgangspunktet. Dette kan eksemplifiseres ved at jeg ikke noterte resonnementene bak besvarelsene, bare selve svarene og begrunnelsene for disse. Et åpnere intervju ville ha fanget opp mer meningsinnhold. På den annen side ville materialet vært mer krevende å kondensere med denne typen datainnsamling, med økt risiko for at forskeren koder besvarelsene uriktig.

Det siste steget i dataanalysen er å lage en sammenfattende beskrivelse av datamaterialet. Johannessen et al. (2011) framhever viktigheten av at den sammenfattende beskrivelsen er i tråd med innholdet i råmaterialet som forskeren tok utgangspunkt i. Hvis det ikke er slik, har forskeren forvrengt innholdet i løpet av sin analyse og må gå tilbake for å justere kodingen og kondenseringen. I dataanalysen tok jeg utgangspunkt i et datamateriale som i utgangspunktet var kodet og kondensert. Dette mener jeg reduserer faren for forvrenging, selv om den fremdeles er til stede.

3.5 Metodekritikk

Bruk av begrepet validitet i kvalitative undersøkelser er knyttet til hvorvidt metoden som er brukt for å framskaffe resultater gir et riktig bilde av formålet med undersøkelsen og representerer virkeligheten (Johannessen et al, 2011:244). Videre handler validitet også om *informantenes* pålitelighet. Gir de et riktig bilde av det som etterspørres? Kvalitative undersøkelser er sårbare for metodefeil siden all informasjon siles gjennom forskeren. Teknikker for å redusere risikoen for slike feil er vedvarende observasjon og metodetriangulering. Sistnevnte vil si å bruke flere

metoder for å undersøke samme fenomen. I undersøkelsen vurderer jeg informantene som pålitelige og som de personene i kommunene med best forutsetninger for å gi et riktig bilde ut ifra spørsmålene i undersøkelsen. Jeg har imidlertid ikke brukt teknikker for å korrigere for eventuelle metodefeil.

Med reliabilitet i kvalitative studier menes grad av pålitelighet til de *data* som er samlet inn. Hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn og bearbeidet påvirker undersøkelsens reliabilitet. Siden en kvalitativ undersøkelse vanskelig lar seg duplisere, er det viktig at forskeren gir en åpen og inngående beskrivelse av prosessen som er brukt fra undersøkelsens forarbeid til det endelige resultat foreligger. Dette har jeg vært bevisst

Det er ikke grunnlag for å generalisere ut fra de funn som er gjort i undersøkelsen. Det er kun brukt et fåtall av informanter fra et lite utvalg av kommuner og analysen av det foreliggende datamaterialet er gjort ut fra min egen fortolkningsramme. Dersom andre forskere hadde intervjuet de samme personene ville de mest sannsynlig ha tolket resultatene annerledes. Det er dog en styrke at jeg selv arbeider daglig med problemstillingene som er belyst, da en forsker uten inngående kunnskap om et så komplekst felt ikke ville ha hatt de samme forutsetningene til verken å utarbeide undersøkelsen eller få den samme nærheten til informantene.

3.6 Ethiske overveielser

Johannessen et al (2011:100) påpeker viktigheten av at informantenes anonymitet blir ivaretatt der det formidles informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner. Selv om det ikke formidles personopplysninger i min undersøkelse, stilles det spørsmål som kan ha en viss grad av kontrovers i seg. Det er kun et fåtall personer på Helgeland som innehar de stillingene jeg har rettet meg mot i rekrutteringen av informantene (Helgeland har 18 kommuner, hvorav kun 3 er vertskommuner for sykehus). Så selv om jeg ikke identifiserer hvilke kommuner informantene arbeider i, kan det være mulig å regne seg fram til hvilke kommuner det kan være. Jeg har etterstrebet å være ekstra forsiktig med å gjengi besvarelser som jeg oppfatter som kontroversielle, og som kan avsløre hvilken kommune den som har gitt besvarelsen arbeider i.

3.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beskrevet valg av forskningsdesign og gitt en begrunnelse for min bruk av kvalitativ undersøkelsesmetode. Videre er det redegjort for hvordan datainnsamlingen er gjennomført med dokumentgjennomgang og intervju av 4 informanter fra 4 ulike kommuner på Helgeland. Til sist har jeg beskrevet arbeidet med dataanalysen samt gjort en metodekritisk refleksjon.

4. EMPIRI

I dette kapittelet beskrives først samhandlingsreformens bakgrunn og innhold. Her får leseren et innblikk i hvordan reformen vokste fram som et politisk prosjekt og en presentasjon av noen tall som viser størrelsen av reformens omfang. Dernest går jeg nærmere inn på rammebetingelsene for de offentlige helsetjenestene etter innføringen av reformen. Her beskriver jeg hvilke mekanismer som styrer hvilket nivå pasientene blir undersøkt og behandlet på og hvordan det skal samarbeides mellom de ulike nivåene for å oppnå det som omtales som *et helhetlig pasientforløp* (St.meld. 47:47).

For å sette reformen og de overordnede styringsmekanismene inn i en kontekst, gir jeg så en beskrivelse av sykehusstrukturen og kommunene på Helgeland, hvor undersøkelsen er gjort. Her legger jeg fram hvordan HF Helgelandssykehuset er inndelt og hvordan de 18 Helgelandskommunene forholder seg til sykehusets tre avdelinger.

Hoveddelen av kapittelet går med til å belyse hvordan 4 kommuner på Helgeland tilnærmer seg de utfordringene samhandlingsreformen gir dem, og da i særdeleshet utfordringene knyttet til å dempe veksten i forbruket av sykehustjenester. Resultatene fra undersøkelsen som er presentert foreligger etter en gjennomgang av dokumentdata (kapittel 4.4) samt intervju av 4 informanter (kapittel 4.5) som er blitt kodet og fortolket. Disse underkapitlene gir en beskrivelse av henholdsvis de lokale samarbeidsavtalene, informantenes syn på kommunenes forutsetninger for å lykkes med reformen og de ulike aktørenes roller.

4.1 Samhandlingsreformens bakgrunn

Regjeringen Stoltenberg med daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen i spissen lanserte i 2009 Samhandlingsreformen gjennom Stortingsmelding 47 – *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. I forordet beskriver Hanssen at han i sin første tid som minister reiste rundt i landet for å danne seg et bilde av hvordan helse-Norge fungerte, og kom til at det var behov for å gjøre større endringer. "Norge er et av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per person, men vi har ikke fått tilsvarende mye god helse igjen for det", skriver Hanssen. "Vi må bli flinkere til å styre de nye pengene som kommer inn i

helsetjenesten. Min påstand er at mye penger brukes feil i helsetjenesten”, fortsetter han. ”Utviklingen vil ikke være bærekraftig uten at det tas nye grep”, sa Stoltenberg i en pressemelding fra samme år. Han påpekte at den videre veksten i helsetjenestene må komme ute i kommunene der folk bor. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester.

Stortingsmeldingen ble godkjent i statsråd 19. juni 2009 og dermed var grunnlaget for reformen lagt. Høsten 2010 ble det nye lovverket sendt ut på høring, med vedtak juni 2011 og ikrafttredelse fra 01.01.2012.

Det ovenstående viser at siktemålet med samhandlingsreformen er å overføre aktiviteter og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten ut fra samfunnsøkonomiske argumenter. Ved å yte mer tjenester ute i kommunene vil man kunne behandle flere pasienter for de samme helsekronene, da kommunehelsetjenesten er billigere å drive enn spesialisthelsetjenesten. Man ønsker også å øke effektiviteten av pasientbehandlingen gjennom en bedre samordning mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenestene.

4.1.1 Noen tall om kostnadene til helse- og omsorgstjenestene i Norge

Nasjonale tall fra Helsedirektoratet (2012:30) viser at i 2010 var de samlede kostnadene til spesialisthelsetjenestene i overkant av 97 milliarder. Til sammenligning benyttet primærhelsetjenesten 95 milliarder i 2010. Dermed var de samlede kostnadene til helsetjenester i Norge ca. 192 milliarder dette året.

En framskrivning av utviklingen i antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten viser at dersom forbruket pr innbygger holder seg på samme nivå som i 2010, vil man få en økning fra 3,8 millioner til over 6 millioner liggedøgn i 2040, en økning på 41 %. Kostnadene pr. pasient i sykehus stiger bratt med pasientens alder. I somatiske sykehus koster en pasient som er 30 år i gjennomsnitt 5000 kroner per innbygger. Pasienter som er 85 år koster i gjennomsnitt 36 000 kroner.

Det er imidlertid en utvikling mot færre liggedøgn i sykehus. Fra 2006 til 2010 er nedgangen på 10,5 %, som i stor grad skyldes at døgnopphold i stadig større grad erstattes med dagvirksomhet, samt at liggetiden pr. pasient er blitt redusert. Denne

nedgangen i liggedøgn vil på et tidspunkt utlignes av økningen i antall eldre. I framskrivningen der Helsedirektoratet (2012:24) tar utgangspunkt i denne utviklingen er økningen fram til 2040 beregnet til 22 % fra 2010-nivå.

Ovenfor ser vi at selv om det skjer endringer i bruk av sykehusene som går mot færre liggedøgn og dermed bedre kapasitetsutnyttelse, vil økningen i antallet eldre i årene fram mot 2040 likevel øke presset inn mot sykehusene betraktelig. Dette presset skal kommunene avlaste ved å overta pasientene raskere etter endt behandling i sykehusene, samt at de skal overta flere oppgaver som hittil har vært løst i sykehusene.

Med samhandlingsreformen er kommunene pålagt å medfinansiere 20 % av det somatiske sykehusforbruket. Dette kalles kommunal medfinansiering (KMF). Denne betalingsplikten gjelder for all somatisk behandling med unntak av kirurgi, nyfødte barn, fødende kvinner og behandling med biologiske legemidler. I tillegg er det satt et tak på 30 000 kroner per behandling. Data fra Helsedirektoratet for 2011 (2012:78) viser at KMF til medisinsk behandling i sykehusene fordelte seg på følgende aktiviteter:

- 53 % akutte innleggelser i døgnbehandling
- 29 % poliklinisk behandling
- 15 % planlagt døgnbehandling
- 3 % dagbehandling

For de eldste pasientene, 80 år og eldre, er hele 77 % av medfinansieringen knyttet til akutte døgnopphold. Den gjennomsnittlige kostnaden til kommunal medfinansiering er ca. 1000,- pr. innbygger, mens tilsvarende for eldre innbyggere (80 år og oppover) er 4000,-.

Disse tallene viser at med innføringen av KMF vil kommunene måtte betale for innbyggernes sykehusforbruk. Hvis sykehusforbruket stiger slik prognosene tilsier, vil også kommunens utgifter øke tilsvarende. Behandling av de eldre er det dyreste.

4.1.2 Regionalt forbruk av sykehustjenester

Også på området utskrivningsklare pasienter er det betydelige forskjeller i antallet liggedøgn mellom regionene og kommunene. I følge Helsedirektoratet (2012) hadde Helse Nord 46 liggedøgn per 1000 innbyggere i 2011, mens Helse Vest hadde 23 døgn. Vertskommunene har i snitt noe flere liggedøgn enn kommuner med lengre reiseavstand til sykehus. Man finner ingen klare sammenhenger mellom nivået på kommunens helse- og omsorgstilbud og antallet liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

Statistikken viser at det er til dels store variasjoner i sykehusforbruk mellom helseregionene og også innad i regionene. Disse forskjellene vil si at utfordringene med å redusere sykehusforbruket er ulike fra kommune til kommune, mens reglene for hvordan reformen skal håndteres er like for alle. Staten har i en overgangsperiode fram til 2015 lagt inn en kompensasjon i rammene til de kommunene som har høyt forbruk. Når kompensasjonen bortfaller vil kommunene der innbyggerne har høyt sykehusforbruk sitte igjen med det ekstra betalingsansvaret for dette. Dette kan bli krevende da man ikke har helt oversikt over hva det ulike forbruket av sykehustjenester skyldes.

4.2 Hvordan styres helsetjenestene i Norge?

For å forstå hvordan reformen får innvirkning der helse- og omsorgstjenestene ytes til innbyggerne, er det viktig å se nærmere på hvordan den vertikale styringsprosessen foregår fra stortings- og regjeringsnivå ned til hver enkelt kommune og sykehus.

Helse- og omsorgstjenestene styres hovedsakelig gjennom et utstrakt lov- og regelverk. Helselovgivningen er det raskest voksende lovverket i Norge, og over halvparten av alle de gjeldende helselovene er vedtatt etter 1993. I tillegg styres aktivitetene i tjenesteområdet gjennom finansielle virkemidler, som nærmere beskrevet nedenfor.

4.2.1 Styring av de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten

Mest sentralt for kommunene står den nye helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter. Annet viktig lovverk er folkehelseloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og forvaltningsloven. Til å løse sine

definerte oppgaver får kommunene rammeoverføring fra staten. Kommunene mottar i tillegg enkelte tilskudd, og staten utbetaler refusjoner til kommune eller utøvende helsepersonell for utført behandling (fastleger, fysioterapeuter, jordmødre). Kommunene står i tillegg fritt til å bruke av sine egne skatteinntekter til helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Årlig sender helsedirektoratet ut et rundskriv til kommunene som beskriver de nasjonale målene og prioriteringene.

Sykehusene har på sin side spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven som viktigste styringsverktøy. I tillegg får de regionale helseforetakene (RHF) hvert år et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hvor det framkommer hva de sentrale myndighetene forventer av prioritering og utvikling i spesialisthelsetjenesten. Dette danner føringene for RHF'enes oppdragsdokument til helseforetakene i sin organisasjon. Sykehusene skal så løse sine definerte oppgaver finansiert av en statlig grunnbevilgning som utgjør ca. 60 % av budsjettet, i tillegg til et omfattende system med innsatsstyrt finansiering (ISF). Den innsatsstyrte finansieringen er aktivitetsbasert, og skal gi sykehusene dekning for de resterende 40 % av sine budsjett. Sykehusene får utbetalt penger etter innrapportert aktivitet. Et poengsystem basert på diagnoser og behandlingstype avgjør hvor store utbetalingene blir.

4.2.2 Styring av samhandlingen mellom kommuner og sykehus

Også nytt av samhandlingsreformen er at staten stiller et lovmessig krav til inngåelse av samarbeidsavtaler mellom sykehusene (på foretaksnivå) og de tilhørende kommunene. Avtalene dekker ulike områder der sykehus og kommuner samhandler, og beskriver hva som skal være oppfylt for at partene skal ta over ansvaret for pasientene. Eksempelvis beskrives det hvilke kriterier som skal være oppfylt før en pasient kan legges inn i sykehus, og før en pasient skrives ut fra sykehus tilbake til kommunen. En egen avtale regulerer hvordan partene håndterer avvik som oppstår når et eller flere av kriteriene ikke er oppfylt.

Tidligere var det gratis for kommunene når innbyggerne deres benyttet seg av sykehustjenester. Staten har gjennom innføring av kommunal medfinansiering (KMF) overført en andel av risikoen for overskridelser i det nasjonale helsebudsjettet til kommunene. Hvis kostnadene til drift av sykehusene blir for høye, vil kommunene

måtte betale sin del av regningen for dette. Heri ligger kommunenes insentiv til å få innbyggerne til å benytte seg av kommunale tilbud framfor å få behandling i sykehus.

Mens mange av virkemidlene i reformen er vertikalt styrt fra staten og ut til sykehusene og kommunene, medfører kravet om samarbeidsavtaler og KMF for sykehusforbruk horisontale styringsutfordringer. De to forvaltningsnivåene – sykehusene og kommunene, skal sammen bli enige om løsninger som vil være av stor økonomisk betydning for partene. Det vil være krevende for lederne hos begge parter å håndtere disse avtalene. Det er heller ikke gitt at en slik pålagt samarbeidsform vil gi en optimal samfunnsgevinst. Kommunene og helseforetakene er selvstendige juridiske og økonomiske enheter som er underlagt hver sine styrever, og som er ulikt organisert. Bruk av økonomiske insentiver, ulik tilgang til informasjon og avtaler som ikke tar høyde for alle eventualiteter kan åpne for at partene gjør valg ut fra sine egne interesser framfor hva som er det beste for samfunnet eller pasientene. Dette er i tråd med *agentproblemet* i prinsipal-agent teori, som ble nærmere belyst i kapittel 2.

4.2.3 Hvordan foregår innleggelse og henvisning til tjenester i sykehus – i praksis?

Det skal være en terskel opp til spesialisthelsetjenestenivået. Når pasienter får tjenester i sykehus skjer dette ved at en henvisende instans i eller utenfor sykehuset ber om en vurdering og/eller behandling på dette nivået. Gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene er det nærmere beskrevet hvilke kriterier som skal være oppfylt for at en henvisning skal aksepteres av sykehuset.

Når henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten gjør denne en vurdering av hvor høyt pasienten skal prioriteres, når den skal vurderes og når en eventuell behandling skal iverksettes. Sykehusene forholder seg til prioriteringsforskriften (2011) når rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vurderes.

Fire eksempler:

1. *Akuttinnleggelse*: Datteren til Oddmund ringer legevakten fra hjemmet til sin 82 år gamle far dit hun dro da han ikke svarte på telefonen. Hun fant ham forkommen og forslått på badet etter at han øyensynlig hadde falt og slått

hodet mot vasken. Legen på vakt kontakter AMK og bestiller ambulansetransport til legevakten. Ved undersøkelse finner legen klare tegn til hjernerystelse, samt at Oddmund framstår som underernært og dehydrert. Legen tar kontakt med sykehuset og henviser Oddmund til innleggelse.

2. *Poliklinisk undersøkelse:* Ronald på 44 år har fått konstatert høyt trykk i høyre øye av optiker og er blitt henvist til videre til øyelege på øyepoliklinikken i nærmeste by. En måned etter henvisningen får han brev fra sykehuset om å møte opp til angitt tidspunkt for undersøkelse.
3. *Planlagt døgnbehandling:* Hjalmar har en hjertelidelse som er under utredning. Fastlegen har henvist ham til poliklinisk undersøkelse hos hjertespesialist. Spesialisten avdekker at Hjalmar har uttalte hjerterytmeforstyrrelser som må kartlegges grundigere med bruk av telemetri. Legen henviser Hjalmar til innleggelse i medisinsk avdeling hvor han blir undersøkt over flere døgn. Medisinsk behandling blir iverksatt og regulert.
4. *Dagbehandling:* Irene på 39 år har lymfekreft og får cellegiftbehandling for dette. Hun møter opp på sitt lokalsykehus to ganger per uke der hun blir undersøkt av legen, får tatt blodprøver og får satt intravenøs cellegift av spesialsykepleiere.

Eksemplene ovenfor er ment å vise hvor de statlige overordnede målene møter den kliniske hverdagen og de horisontale styringsutfordringene. I hvert av tilfellene kan det være relevant å vurdere om behandlingen eller undersøkelsen skulle vært gjort ute i kommunen, forutsatt at det finnes et kommunalt tilbud å sende pasienten til. Med innføringen av reformen skal terskelen for tjenester i sykehus heves, og kommunene skal bygge opp alternative tilbud som erstatning. Det vil være betydelige ledelsesutfordringer knyttet til å lede pasientstrømmene til riktig nivå, der medisinskfaglige vurderinger skal veies mot økonomiske insentiver.

4.3 Kontekst - Helgeland

Jeg vil her presentere regionen Helgeland og gjøre meg noen betraktninger om det er forhold her som kan gi spesielle utfordringer knyttet til å møte målene i samhandlingsreformen.

Helgeland er betegnelsen på området i Nordland som ligger fra grensen til Nord-Trøndelag i sør og som strekker seg nordover til Saltfjellet (se figur 4.1). Helgeland ligger der Norge er som smalest, og det er dermed en kort strekning i luftlinje fra kyst til innlandet mot grensen til Sverige. På Helgeland er det 18 kommuner med til sammen ca. 77 000 innbyggere. De største bykommunene i regionen er Rana (ca. 25 000), Vefsn (ca. 13 300) og Alstahaug (ca. 7500). Ute på kysten er det flere øykommuner med få innbyggere. Enkelte av kommunene i innlandet er store i geografisk utstrekning, også disse med få innbyggere. Disse kommunene er preget av en høy andel eldre i befolkningen.

Til å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester er HF Helgelandssykehuset, Norges minste sykehusforetak.

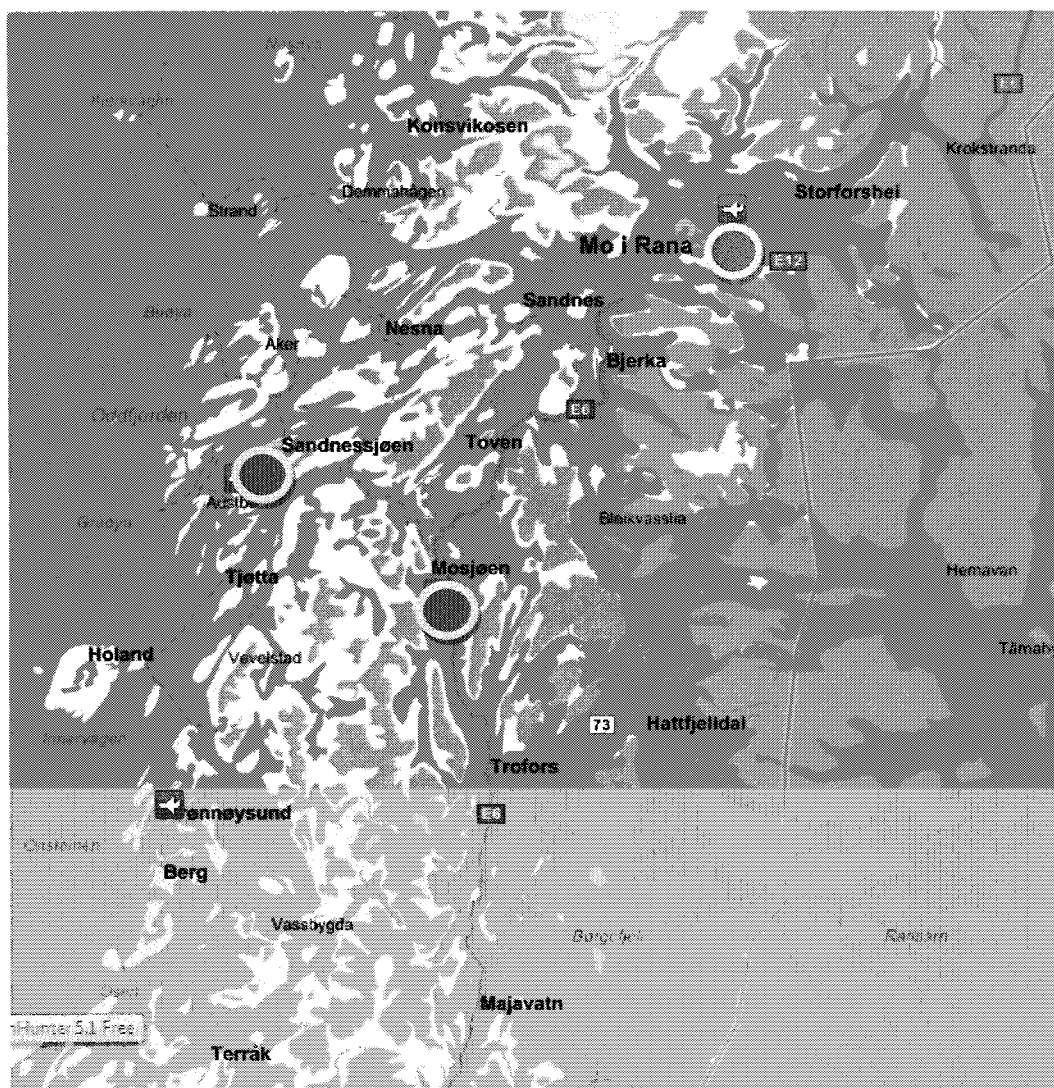


Fig. 4.1 kart over Helgeland, med markering av sykehusenes plassering

Sykehuset har sin hovedadministrasjon i Mo i Rana, og yter spesialisthelsetjenester fra 3 avdelingssykehus som ligger i Mo i Rana (Rana kommune), i Mosjøen (Vefsn kommune) og i Sandnessjøen (Alstahaug kommune). Foretaket har lagt ulike funksjoner til de tre avdelingene. Det er 1 – 2 timers kjøring mellom de tre sykehusene.

Siden de tre avdelingssykehusene har ulike funksjoner vil pasienter som blir innlagt i sykehus i én by, ofte bli sendt videre til et av de andre sykehusene. Der vil de få sin behandling og kan så bli sendt tilbake til sykehuset de kom fra for oppfølging før de blir utskrevet. Dette vil gjelde som tre innleggelses, i motsetning til hvis disse pasientene kun hadde opphold ved ett sykehus.

Geografien, den demografiske sammensetningen og sykehusstrukturen på Helgeland gir dermed regionen spesielle utfordringer i arbeidet med å redusere sykehusforbruket.

4.3.1 Sykehusforbruket på Helgeland

Helsedirektoratet (2012:82) trekker fram Helgeland som et av helseforetakområdene med signifikant høyere nivå av kommunal medfinansiering enn resten av landet. Statistikken deres viser at Helgeland har det 3. høyeste nivået i Norge, nest etter HF Finnmark og HF Nordland. Dette er selv når tallene er korrigert for reiseavstand og antall eldre i befolkningen. Tall fra SKDE (2012) viser at på statistikken over innlagte døgnpasienter pr. 1000 innbyggere i Helse Nord lå Finnmark og Helgeland øverst.

Statistikk fra Helse Nord (SKDE, 2012) viser at Helgeland ligger høyt også på statistikken over forbruk av polikliniske undersøkelser. De tre sykehusavdelingene til Helgelandssykehuset ligger på 1., 3. og 5. plass på statistikken for 2011 over antallet polikliniske undersøkelser pr. 1000 innbyggere i Helse Nord. På hele 9 av 13 diagnosegrupper topper befolkningen på Helgeland forbruket av polikliniske konsultasjoner. Befolkningen som sokner til sykehuset i Mosjøen får i gjennomsnitt utført 1.5 polikliniske undersøkelser pr. innbygger pr. år.

Tallene overfor viser at både i nedslagsfeltet til RHF Helse Nord og HF Helgelandssykehuset har man med sitt høye sykehusforbruk særlige utfordringer i forhold til å nå målene i reformen.

4.4 Analyse av sekundærdata

I dette underkapittelet presenteres en sammenfatning av den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom HF Helgelandssykehuset og de 18 helgelandskommunene. Jeg har spesielt fokusert på disse to underliggende tjenesteavtalene:

Tjenesteavtale 3: "Retningslinjer for innskrivninger i sykehus". Se vedlegg 2.

Tjenesteavtale 5: "Retningslinjer for utskrivningsklare pasienter...". Se vedlegg 3.

Begrunnelsen for at jeg fokuserer på disse to avtalene, er at de styrer en stor andel av pasientflyten inn og ut av sykehusene, og dermed legger viktige premisser for kommunenes medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale heter det:

"Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen (...) Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner"

I § 6-2 beskrives krav til innhold i samarbeidsavtalen, inndelt i 11 punkt. Tjenesteavtalene mellom Helgelandssykehuset og de enkeltvise kommunene i nedslagsfeltet følger disse punktene, slik de er listet opp og nummerert i lovteksten. Avtalene er framforhandlet av representanter fra ledelsen i sykehuset og et felles forhandlingsutvalg fra kommunene.

De innledende tjenesteavtalene er av overordnet art og beskriver retningslinjer for hvordan partene skal forholde seg til hverandre (avtale 1, 2). Videre konkretiseres det hvilke forhold som skal være gjeldende for at pasienter kan legges inn i sykehus, håndteres med ø-hjelp tilbud i kommunene og skrives ut fra sykehus (avtale 3, 4, 5). Tjenesteavtalene 6 – 10 omhandler kunnskaps- og informasjonsutveksling, samarbeid om forskning, jordmortjenester, IKT-løsninger og forebygging. Avtale 11 beskriver hvordan samordning og samarbeid om akuttmedisinsk kjede og kriseberedskap skal planlegges og utøves.

Tjenesteavtalene bærer etter min mening tydelig preg av sitt juridiske opphav og inneholder en stor grad av standardformuleringer som er i tråd med lovkravet, men

som ikke gir noen nærmere beskrivelse av hvordan samarbeidet skal foregå i praksis. Det er nokså tydelig at partene har fokusert spesielt på å avklare hvordan innskrivning og utskrivning av pasienter skal foregå. Dette mener jeg har sammenheng med de økonomiske forpliktelsene som nettopp var blitt gjeldende da avtalene ble undertegnet. Presset som partene var under for å få avklart de forholdene som var av mest umiddelbar betydning må også ha virket inn på avtalenes utforming.

Jeg vil videre fokusere på tjenesteavtale 3 og 5, som henholdsvis omfatter retningslinjer for innskrivning i sykehus og utskrivningsklare pasienter. Disse to avtalene skiller seg fra de andre tjenesteavtalene ved at de omhandler konkrete og umiddelbart gjeldende forhold som er av stor økonomisk betydning for partene. Innleggelser i sykehus medfører i mange sammenhenger medfinansieringskostnader for kommunene, og pasienter som er meldt utskrivningsklare fra sykehuset skal kommunene betale for fra dag én.

Jeg merker meg at avtalen om utskrivningsklare pasienter (tjenesteavtale 5) inneholder svært spesifiserte betingelser for pasientforløpet etter innleggelse, og fram til en pasient som antas å ha behov for kommunale tjenester kan meldes som utskrivningsklar. Hele 38 punkter i avtalen beskriver helseforetakets ansvar og oppgaver, som blant annet er:

- Kommunen skal varsles pr. telefon og skriftlig innen 24 timer etter innleggelse om at pasienten kan ha behov for kommunale tjenester
- Sykehuset skal oppnevne koordinator for pasienten dersom denne vil ha behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Kommunen skal inviteres til et samarbeidsmøte om pasienten
- Pasienten skal funksjonskartlegges av sykehuset på eget skjema
- Diagnose og plan for videre oppfølging skal foreligge
- Varsel om utskrivningsklar pasient skal sendes skriftlig til kommunen
- Ved utskrivning skal epikrise/rapport som er relevant for videre oppfølging medfølge pasienten

Min erfaring fra helsesektoren om sykehusenes organisering og stadig raskere omløpshastighet for innlagte pasienter indikerer at det vil være svært krevende for

Helgelandssykehuset å oppfylle disse vilkårene ved utskrivning. Kommunene på Helgeland kan dermed bestride betalingsplikten dersom punktene i avtalen ikke er overholdt.

Dette betyr at målet om bedre samhandling mellom nivåene kan utfordres av et omfattende regelverk, finansielle avveininger og graden av dialog mellom den enkelte kommune og det enkelte sykehus.

4.5 Intervjudata

Nedenfor presenteres de data som framkom etter intervjuene med fire informanter fra fire ulike kommuner på Helgeland. Presentasjonen er gjengitt tematisk i de følgende underkapitlene. De temaene som er belyst er:

- *Effekt av de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen.* Her formidles data fra informantene om hvilke tilpasninger kommunene deres har gjort som følge av virkemidlene, og hvor effektive de mener insentivene er.
- *Forutsetninger for endring.* Informantene redegjør for hvilke forutsetninger kommunene deres har for å tilpasse seg kravene i reformen.
- *Relasjonen mellom kommunen og fastlegene.* I dette avsnittet belyses informantenes meninger om kommunens muligheter til å påvirke fastlegene, og i hvilken grad de mener legene er motiverte til å arbeide for å redusere sykehusforbruket.
- *Relasjon mellom kommunen og sykehuset.* Informantene beskriver sider ved samarbeidet mellom kommunen og sykehuset som er av betydning for håndtering av reformen.

4.5.1 Effekt av de økonomiske insentivene i reformen

Dette avsnittet er sett opp imot målsettingene i New Public Management som det er redegjort for i kapittel 2, om effektivisering av offentlig sektor.

To av informantene mener man i noen grad setter inn tiltak som vil kunne dempe veksten i sykehusforbruket i deres kommune. I den ene kommunen har man satt inn tiltak mot samhandlingen med sykehuset, der en egen koordinator møter sykehuset

for å sikre raskt mottak av utskrivningsklare pasienter. I den andre kommunen har man satt fokus på hvilke polikliniske undersøkelser fastlegene kan overta fra sykehuset.

Alle informantene mener at deres kommuner har klart å gjøre raske tilpasninger til reformens nye krav. De viser spesielt til håndteringen av utskrivningsklare pasienter. Fra 01.01.12 må kommunene betale døgnpris på 4000,- for hver pasient som blir liggende i sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare (Helsedirektoratet, 2012:87). Døgnprisen ble oppjustert til 4125,- med virkning fra 01.08.12. Det første kvartalet fikk alle de fire kommunene store regninger fra sykehuset for pasienter de ikke var raske nok til å ta imot, men dette har endret seg drastisk fra 2. kvartal og utover. Alle informantene sier at det nå er helt unntaksvis at deres kommuner må betale for utskrivningsklare pasienter. De anfører også samtlige at de pasientene de nå tar imot er dårligere enn de var før reformen.

Tre av informantene oppgir at kommunen deres kommer dårlig ut økonomisk etter det første året med samhandlingsreformen. Underskuddet på medfinansieringen i disse kommunene er beregnet til alt fra 400.000,- i den minste kommunen, til ca. 4 millioner i den største. Først rundt februar 2013 vil man få det endelige svaret på hvordan regnestykket for 2012 blir.

En av kommunene beregnes å komme 800 000,- i pluss på medfinansieringen i 2012. Denne beregningen utføres av helsedirektoratet og gjengis i rapporter om kommunal medfinansiering som oppdateres jevnlig på direktoratets nettside. Den aktuelle kommunen har få innbyggere og et lavt sykehusforbruk selv om den har høy andel av eldre i befolkningen. Informanten mener at stabil legedekning over mange år er en viktig faktor til at sykehusforbruket i kommunen er så lavt.

På spørsmålet om hvordan informantene tror kommunen deres kommer ut økonomisk av reformen om 5 år, svarer alle at de er skeptiske til at reformen vil lønne seg for kommunene. Dette argumenterer de med at man enda har liten oversikt over reformens videre utvikling, og om målene i reformen lar seg realisere. Tre av informantene uttrykker også at dere skepsis henger sammen med tidligere reformer, der ansvaret som overføres til kommunene er større enn finansieringen som følger med. Den kommunen som har planer om de største og mest kostbare tiltakene

oppgir samtidig at det økonomisk sett mest sannsynlig lønner seg for dem å avvente med å iverksette tiltak.

Tre av informantene mener at kommunal medfinansiering er et dårlig incentiv for å redusere veksten i sykehusforbruket, mens den fjerde mener at det ikke utgjør noen forskjell fra eller til. Informantene argumenterer som følger:

- Incentivet er for lite. 20 % medfinansiering er ikke nok til at man får prosessen i gang med å bygge ut alternative tiltak i kommunene.
- Hvis vi skal spare 10 % på medfinansieringen, som vi tror er maks, vil det bare utgjøre ca. 1 million for vår kommune. Det gir oss ikke rom til å iverksette store tiltak
- Medfinansieringen er bare en pengeveksling mellom kommunene og sykehusene
- Medfinansieringen baserer seg på en logisk brist. Skal kommunene kunne bygge opp et tilbud som erstatter sykehustjenester for bare 20 % av prisen?

Alle informantene mener at kommunen som organisasjon har svært liten eller ingen påvirkningskraft til å endre forbruket av sykehustjenester. De sier:

- Vi mangler nødvendige oversikt over mekanismene som styrer sykehusforbruket
- Innleggelse og behandling i sykehus skjer etter medisinskfaglige vurderinger. Disse har vi ingen virkemidler til å påvirke
- Kommunen har ikke de nødvendige arenaene der informasjon utveksles eller beslutninger om endringer tas
- Sykehuset lever sitt eget liv
- Vi er prisgitt at systemet fungerer som det skal

En av informantene mener det til og med er relevant å be kommunerevisjonen om å vurdere om medfinansieringen er i tråd med god forvaltningsskikk. "Vi betaler for tjenester uten å vite hva pengene går til og uten å ha noen påvirkning på hva pengene brukes til. Det er helt spesielt".

Lokale forhold som geografi, spredt befolkning og sykehusstrukturen på Helgeland blir trukket fram som faktorer som kan gi kommunene på Helgeland særlige

utfordringer i arbeidet med reformen. Alt i alt mener informantene at deres kommune har gode forutsetninger for å lykkes med å tilpasse seg de nye kravene.

4.5.2 Forutsetninger for endring

Inndelingen av tema i dette avsnittet følger teori om endringsledelse som beskrevet i kapittel 2.

Erkjennelse av endringsbehov: 3 av de 4 informantene oppgir at reformen har skapt en erkjennelse av at det må gjøres endringer i deres kommuneorganisasjon for å tilpasse seg de nye kravene i reformen. I de to største kommunene planlegges det omfattende tiltak, hvor en kraftig utvidelse av sykehjemskapasiteten med innlagt ø-hjelps døgntilbud er de mest kostnadskrevende. En av disse kommunene har planlagt tilpasninger til reformen helt siden den ble lansert i 2009. Informantene fra de to minste kommunene oppgir at det kun blir nødvendig med mindre tilpasninger.

Kun én av informantene oppga at det var gjort noen form for risikoanalyse som følge av endringene i reformen. Konklusjonen av den ene risikoanalysen var at kommunen hadde for dårlig sykehjemskapasitet til å håndtere den stadig raskere utskrivningen fra sykehusene samt den demografiske utviklingen med stadig flere eldre.

Målsettinger: På spørsmål om kommunene hadde satt seg klare mål for hva de ville oppnå med endringene de gjennomførte på grunn av reformen, svarte kun informantene fra de to største kommunene bekreftende på dette. De klare målene ble formulert som:

- Utvide sykehjemskapasiteten og etablere ø-hjelpstilbud
- Kunne ta imot utskrivingsklare pasienter og unngå unødvendige innleggelser
- Øke kompetansen i organisasjonen
- Bedre samordning av tjenestene
- Sikre kommuneøkonomien

Disse målsettingene er godt kommunisert ut i organisasjonen, mente informantene. Tverrfaglige og interkommunale arbeidsgrupper, involvering av tillitsvalgte, høringer og framlegg til politisk behandling ble oppgitt som arenaer og kommunikasjonskanaler.

Maktkoalisjon: Alle de fire informantene mener at de har den nødvendige maktkoalisjonen bak de nødvendige endringene som må gjennomføres, og som de selv har vært med på å foreslå. Forslagene til endringer møter forståelse både på administrativt og politisk, og i flere av kommunene er det allerede gjort politiske vedtak i tråd med endringsforslagene. Imidlertid påpekes det fra de to største kommunene at de kostnadskrevene tiltakene enda ikke er behandlet i økonomiplanen, og at det dermed ikke er sikret finansiell ryggdekning for tiltakene. Begge informantene i de største kommunene mener det vil bli svært krevende å gjennomføre de nødvendige endringene på grunn av kommunens økonomi. Den ene uttrykker det slik:

”Vi har store etterslep på vedlikehold av skolebyggene i kommunen, noe politikerne har lovet å gjøre noe med, og jeg føler meg langt fra sikker på om kommunen klarer å finansiere både utbedring av skolene og nytt sykehjem i løpet av de nærmeste årene. Det vil bli svært krevende for politikerne å prioritere mellom skoler og samhandlingsreformen i neste økonomiplan”.

I de minste kommunene er det også liten tro på at kostnadskrevene tiltak til reformen vil få gjennomslag i neste økonomiplanarbeid. Den ene av småkommunene må kutte 12 millioner i budsjettet for 2013, og man er midt i arbeidet med å løse den utfordringen.

Tiltak som gir synlige resultat: Kun én av informantene mener at kommunen planlegger å sette inn tiltak som klart vil bidra til å oppnå målet i reformen om å dempe veksten i sykehusforbruket. Denne kommunen har kartlagt mengden av øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus fra fastlegene og legevakta, og kommet til at ca. 10 % av disse innleggelsene kunne ha vært unngått med et kommunalt alternativ. Planen om å etablere ø-hjelps døgntilbud i kommunen allerede fra mars 2013 vil dempe veksten i sykehusforbruket, mener informanten. Denne viser til forskning som ble lagt fram på den nasjonale helsekonferansen i mai 2012 der det framkom at maksimal effekt på sykehusforbruket ved oppbygging av kommunale tjenester vil være ca. 10 %. Det er akkurat i tråd med denne kommunens beregninger. Hvis ø-hjelps døgnopphold får full effekt, vil det spare kommunen ca. 3 millioner i medfinansiering. Oppbygging av et kommunalt ø-hjelpstilbud med døgnplasser og krav til sykepleierdekning og tilgang til legetjenester hele døgnet vil bli svært kostbart

å bygge opp. Dermed har kommunen en stor utfordring med å finne ut hvordan dette skal organiseres på en økonomisk bærekraftig måte.

Diskusjonen ovenfor viser at kommunene har erkjent endringsbehov i sine organisasjoner og iverksatt tiltak for å møte de nye kravene. De har også oppnådd kortsiktige resultater, men informantene er skeptiske til hvorvidt en oppbygging av kostnadskrevende tiltak for å redusere sykehusforbruket vil lønne seg for kommunene.

4.5.3 Relasjonen mellom kommunen og fastlegene

Dette avsnittet tar utgangspunkt i problemstillinger fra prinsippal-agent teori (se kap. 2) og belyser hva informantene mener om kommunens muligheter for innvirkning på fastlegenes praksis.

Ulike mål: Kun én av informantene oppfatter at legene har felles målsetting med kommunen om å dempe veksten i sykehusforbruket. Dette er samme kommune som har fast ansatte leger. På spørsmål om informantene ser noen målkonflikt mellom kommunen og fastlegene om å dempe forbruket av sykehustjenester, mener ingen av dem at det foreligger en slik konflikt. En av informantene mener det er mangel på engasjement hos legene i dette temaet, og en annen oppgir at det kan oppstå en klassisk fag- vs. økonomi konflikt slik man gjerne ser på mange andre områder.

Det er bare en av informantene som mener at legene er motiverte for å gjøre endringer i sin praksis for å dempe veksten i sykehusforbruket. De andre informantene mener legene først og fremst er opptatt av medisinskfaglige vurderinger, og at de ikke tar stilling til kommunens økonomiske situasjon når de henviser til vurdering/behandling i sykehus. Den ene kommunen der legene oppgis å være positive, er også den eneste kommunen der legene er kommunalt ansatte i sin legepraksis. Fra de to minste kommunene oppgis det at legene deres har et lavt forbruk av sykehustjenester, og at legene er opptatte av å overta polikliniske undersøkelser fra sykehuset der dette er naturlig.

”Legene må få en grunn til å henvise mindre til sykehus”, sier informanten fra den ene bykommunen. ”De må oppleve alternative, kommunale løsninger som hensiktsmessige og gode for pasientene”.

Asymmetrisk informasjon: Det er stor variasjon mellom kommunene hvor tett kontakt de oppgir å ha med fastlegene sine. Informantene i de to minste kommunene oppgir å ha god informasjonsutveksling med legene om sykehusforbruket, der blant annet statistikk fra helsedirektoratet formidles og diskuteres. I de to største kommunene er det klart mindre kontaktflate mellom de utøvende legene og kommunen.

Ingen av kommunene kontrollerer hvor mye fastlegene deres bruker sykehusene. Men informantene mener de får en god del informasjon om dette gjennom rapportene fra helsedirektoratet om sykehusforbruket hos deres innbyggere.

Insentiver mot fastlegene: Ingen av informantene mener det foreligger noen insentiver i reformen rettet mot fastlegene for å få dem til å dempe sitt forbruk av sykehustjenester. De mener heller ikke at fastlegene løper noen risiko ved å unnlate å gjøre endringer i sin praksis for å nå målene i reformen. Alle er enige om at de individuelle fastlegeavtalene er lite egnet til å regulere legenes forbruk av sykehustjenester, da dette er avtaler som er sentralt regulert mellom partene på arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonsnivå (KS/legeforeningen).

Oppsummert kan vi si at informantene mener reformen ikke gir fastlegene noen insentiver til å redusere sin henvisning mot sykehusene. Videre at kommunene har liten påvirkning på legens henvisningspraksis mot sykehusene, og at der legene er privatpraktiserende er de lite motiverte for å gjøre endringer som er i tråd med reformens mål.

4.5.4 Relasjonen mellom kommunen og sykehuset

I dette avsnittet brukes prinsippal-agent teori fra kap. 2 som utgangspunkt for presentasjon av de empiriske funn som omhandler agentproblemet, og som anses som gjeldende mellom kommunene og sykehuset.

Ulike mål: Av de fire informantene er det bare én som mener at det er noe samarbeid mellom kommunen og sykehuset om å nå målene i samhandlingsreformen. I de to kommunene der det er sykehus mener man at samarbeidet er blitt dårligere, og at det er mindre samhandling med sykehuset etter innføringen av reformen. "Vi går i motsatt retning. Forholdet er mer preget av fronter nå, og vi drar i den samme pengesekken", sier den ene. Informanten opplever at det er en del frustrasjon i

sykehuset rundt disse avtalene, og at innholdet i disse er dårlig kjent ute hos de ansatte som har pasientkontakt. Samtidig er sykehuset nå tvunget til å huske på sine forpliktelser overfor kommunene. I den andre kommunen med sykehus nevnes det eksempler på samarbeidsområder som går tilbake i tid, der sykehuset nå er i ferd med å trekke seg ut. De to småkommunene savner arenaer for praktisk samarbeid med sykehuset.

I 3 av kommunene mener man at de lovpålagte samarbeidsavtalene gir partene noen insentiver for å dempe veksten i sykehusforbruket. Spesielt trekkes fram avtalen som omhandler håndtering av utskrivingsklare pasienter.

På spørsmål om informantene ser noen målkonflikter mellom kommunene og sykehuset i arbeidet med for å dempe veksten i sykehusforbruket, sier alle informantene at de mener sykehusene er interesserte i å beholde et høyt aktivitetsnivå. Dette vil føre til økt medfinansieringskostnader for kommunene, og på den måten være i strid med kommunenes interesse. Sykehusene er også interesserte i å få skrevet pasientene ut så tidlig som mulig, mener en av informantene, mens kommunen synes at flere pasienter blir skrevet ut for tidlig. Informantene har noe ulik oppfatning av hvorvidt sykehuset har noen incentiver for å dempe forbruket av spesialisthelsetjenester. To av dem mener at finansieringssystemet oppmuntrer til høyt aktivitetsnivå, mens de to andre er usikre på incentivene til sykehuset på dette området.

Asymmetrisk informasjon: Alle informantene synes informasjonsutvekslingen mellom kommunen og sykehuset om hvilke faktorer som påvirker sykehusforbruket er dårlig. "Vi har liten eller ingen kunnskap om dette", sier den ene. Ingen av informantene opplever at samarbeidet med sykehuset er basert på likeverdighet. En sier at sykehuset oppfatter seg selv som høyere i hierarkiet enn kommunen, og at det også er mer hierarki innad i sykehusene. En annen sier at de har opplevd forsøk på diktering fra sykehusene. Og på områder der kommunen og sykehuset har hatt strukturert samarbeid, gjør sykehuset endringer uten å konsultere kommunen.

Oppportunistisk atferd: Når informantene blir spurt om de opplever at sykehuset noen ganger handler ut fra egeninteresse framfor et bedre og tettere samarbeid med kommunen, svarer samtlige ja på dette. Det nevnes en rekke eksempler på dette:

- Når sykehuset ikke lenger ser seg tjent med å opprettholde samarbeidsformer med kommunen, avslutter det samarbeidet ensidig
- For tidlig utskriving av pasienter når det er helg og sykehuset har redusert bemanning
- Sak om ambulanserbåt der sykehuset har større fokus på å leie ut båtene til legevaktsbruk enn til å ivareta akuttberedskap

En av informantene mener at det er naturlig at hver av partene har fokus på sine budsjett. Samtidig er Helgelandssykehuset Norges minste foretak, med en 3-delt og kostnadsdrivende struktur, og økt press fra Helse Nord. Det bidrar til enda sterkere fokus på egen økonomi. En annen mener at tradisjonell hierarkisk tenkning i sykehussystemet kan være en årsak til at sykehuset handler på egen hånd uten å spørre kommunen.

Alle informantene har samme oppfatning om at kommunen ikke har noen kontroll med eller påvirkning på hvordan den kommunale medfinansieringen brukes i sykehuset.

Risiko: Når informantene blir spurt om sykehuset etter deres mening løper noen risiko ved ikke å tilpasse driften sin etter målene i samhandlingsreformen, svarer de nokså ulikt. En av informantene mener at Helgelandssykehuset løper en stor risiko ved ikke å gjøre endringer i sin organisasjon. Det kan på sikt medføre fare for nedleggelse. En annen av informantene mener at samfunnsutviklingen i seg selv utgjør en risiko for sykehuset. Retten til fritt sykehusvalg vil etter hvert få rotfeste i befolkningen og dette vil medføre at stadig flere søker seg mot de store sykehusene der man finner flest erfarne spesialister. "Det blir ikke lenger nok å være halvgod". Etter hvert vil det bli en større kamp om å beholde alle tre avdelingssykehusene i foretaket. Etter hvert som kravene til innhold i tjenestene øker, vil flere og flere funksjoner sentraliseres. "På sikt vil vi bare ha et sykehus på Helgeland", mener denne informanten.

De to siste informantene mener sykehuset løper liten eller ingen risiko ved ikke å tilpasse seg målene i samhandlingsreformen. Den ene av disse begrunner det med at sykehuset har en monopolsituasjon. Men legger til at dersom sykehuset driver på

en måte som gjør at kommunene blir misfornøyde med tjenestene, kan dette få konsekvenser.

En sammenfatning av funnene i dette avsnittet er at det er lite samarbeid mellom kommunene og sykehuset om å redusere sykehusforbruket. Unntaket er håndtering av utskrivningsklare pasienter. Det er en opplevelse av at sykehuset har fokus på egen økonomi og handler ut fra egeninteresse når det er formålstjenlig.

4.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg belyst at samhandlingsreformen er et ledd i innføringen av New Public Management i offentlig sektor i Norge. Reformen springer ut av behovet for å redusere kostnadsveksten til helse- og omsorgstjenestene, som vil stå for en voksende andel av kostnadene i statsbudsjettet i årene framover. Reformen har et særlig fokus på å redusere veksten i sykehusforbruket og skal sikre en bedre ressursbruk gjennom mer behandling i kommunene og bedre koordinerte tjenester. De mest sentrale virkemidlene er nytt lovverk og økonomiske insentiver mot kommunene. Reformen medfører strengere krav og økt økonomisk risiko for kommunene. Risikoen oppleves størst der insentivene er rettet mot forhold som kommunene ikke råder helt og fullt over, og der man ikke vet om tiltak som settes inn vil gi effekt i form av lavere sykehusforbruk. Selv om kommunene er begynt å sette inn tiltak som viser resultater, har informantene liten tiltro til at kommunene klarer å redusere sykehusforbruket nok til at de samlet sett kommer godt ut av reformen økonomisk.

Kommunene følger ikke bevisst prinsippene fra teori om endringsledelse, men har likevel klart å oppnå enkelte av de forutsetningene som er beskrevet som sentrale for å lykkes med å oppnå varige endringer i en organisasjon. Informantene oppgir at det er en bevissthet i organisasjonen om at endring er nødvendig. Kun én av kommunene har definert klare mål. Like fullt har alle kommunene i undersøkelsen klart å oppnå resultater på kort sikt. Et slikt resultat er at de har redusert antallet liggedøgn i sykehus for utskrivningsklare pasienter betraktelig etter innføringen av reformen. Informantene oppgir at kommunene er mer kritiske og avventende til å sette inn tiltak som skal redusere den kommunale medfinansieringen. De uttrykker

skepsis til hvorvidt kommunene vil klare å bygge opp alternative tilbud som gir dem tilsvarende reduksjon i medfinansieringen. Det er en stor utfordring for kommunene at de må håndtere flere endringsprosesser samtidig, og at de er politisk styrte organisasjoner hvor det hele tiden er kamp om oppmerksomhet og ønsker om bevilgninger til mange gode formål.

Informantene har liten tro på at kommunal medfinansiering er et effektivt insentiv som motiverer kommunene til å redusere sykehusforbruket. De mener at det er mange faktorer som påvirker sykehusforbruket som kommunene ikke kan påvirke direkte. Samtidig bidrar den innsatsstyrte finansieringen til sykehusene til at aktivitetsnivået fortsatt vil bli høyt framover. Insentivet med 20 % KMF synes å være for svakt, samt at det gjennom tilgjengelig offentlig statistikk og empiri kan argumenteres for at det ikke er en direkte relasjon mellom kommunenes aktivitet og det resultatet som oppnås. Helsedirektoratets analyse av samvariasjon mellom kommunenes omsorgsprofil og nivået av KMF konkluderer også med at det ikke kan vises til en systematisk effekt der nivået på KMF går ned når omsorgsprofilen stiger.

Informantene mener videre at fastlegene, som i kraft av sin henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten er sentrale premissleverandører for sykehusforbruket til innbyggerne, ikke har noen insentiver for å endre sin praksis i tråd med målene i reformen. Kommunene har heller ingen virkemidler som kan påvirke legenes forbruk av sykehustjenester. Der legene er privat organisert er det liten kontakt mellom kommunene og legene med reformens mål som tema, mens i den ene kommunen der legene er fast ansatte er det et tettere samarbeid. Informantene er videre usikre på og avvisende til spørsmålet om sykehuset har noen insentiver for å redusere sykehusforbruket.

Oppsummeringen ovenfor viser at det i min studie er gjort fire hovedfunn som vil bli diskutert videre i analysekapittelet. Disse hovedfunnene er:

- Samhandlingsreformen har som hovedhensikt å effektivisere helse- og omsorgstjenestene i offentlig sektor. Nytt lovverk og nye økonomiske insentiv overfører mer ansvar og risiko til kommunene

- Kommunene på Helgeland har klart å gjøre raske tilpasninger til reformen, men framstår som usikre på de videre konsekvensene. Kostbare tiltak til nye helse- og omsorgstilbud skal prioriteres mot andre behov i kommunene
- Bruk av kommunal medfinansiering av sykehustjenester ser ikke ut til å være et insentiv som motiverer kommunene til redusert bruk av sykehusene. Informantene mener det er mange forhold som virker inn på sykehusforbruket. Offentlig statistikk kan tyde på at dette er riktig.
- Reformen gir ikke fastlegene noen insentiver til å redusere sin henvisningspraksis mot sykehusene. Dette til tross for at fastlegene har henvisningsrett til sykehus på vegne av kommunene. Der legene er privat organiserte har kommunene liten innvirkning på deres praksis.

5. ANALYSE

I dette kapitlet fortolker jeg hovedfunnene i det datamaterialet som er innhentet og bearbeidet. Fortolkningen av datamaterialet er sammenstilt mot det teoretiske bakgrunns materialet som er utvalgt til å belyse problemstillingen. Mine egne betraktninger og erfaringer er også innarbeidet i teksten.

Kapitlet inneholder fire hovedfunn. Disse er inndelt i hvert sitt underkapittel.

5.1 Samhandlingsreformen og New Public Management i offentlig sektor

Samhandlingsreformen føyer seg inn i rekken av flere store reformer og omstillinger av velferdstjenestene i Norge de siste 20 årene. Felles for disse er et ønske om å rasjonalisere og effektivisere tjenestene, og sørge for en bedre samordning av systemer som har vokst seg stadig større og mer komplekse. Samlebetegnelsen for slike reformer er New Public Management (NPM). Selv om NPM sprang ut av et liberalistisk tankesett og først ble forfektet av høyresiden i internasjonal og nasjonal politikk tidlig på 1980-tallet, blir prinsippene nå i større eller mindre grad brukt på tvers av politisk ideologi. At samhandlingsreformen er tydelig inspirert av privat sektor vises gjennom bruk av virkemidler som er vanlig å bruke i bedrifter med fokus på økonomisk lønnsomhet. Innføringen av økonomiske insentiver er det fremste eksempelet på dette. Disse insentivene skal dreie veksten i ressursbruken fra den kostbare spesialisthelsetjenesten til den rimeligere kommunehelsetjenesten. Et annet virkemiddel som følger med reformen er en stadig styrking av individets rettigheter gjennom endringer og tilpasninger i lovverket. Ut fra dette tolker jeg at samhandlingsreformen bygger på begge søylene som Busch et al. (2005) beskriver som karakteristisk for NPM:

1. Ønsket om en liberalistisk markedsgjøring i og av offentlig sektor med begrunnelse i økonomiske resonnementer
2. Prinsipper og metoder for organisasjon og ledelse som er inspirert av måten det jobbes på i privat sektor

I motsetning til i privat sektor, er insentivene i samhandlingsreformen lovpålagte og tvangsløst i hvert tilfelle der betingelsene som er definert i loven inntreffer. Etter

min mening bærer de økonomiske insentivene kommunal medfinansiering og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter mer preg av en skattlegging mot kommunene, enn som virkemidler som skal motivere til endring. Insentiver kan hensiktsmessige virkemidler der agenten har kontroll med og påvirkning på mekanismene som utløser insentivene. Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er et eksempel der kommunene direkte kan påvirke størrelsen på betalingen til sykehuset ved å ta raskt imot pasientene.

Min egen erfaring med budsjettansvar og planlegging av helsetjenestene i kommunale sektor, tilsier at fokus blir rettet direkte mot hva som kan gjøres for å redusere kostnadene innenfor kommende budsjettår og gjeldende økonomiplanperiode. Det kan være en risiko for at innføring av økonomiske insentiver etter modell fra privat sektor fører til mer fokus på kortsiktige økonomiske resultater slik man også ser det i privat næringsliv. Dette kan igjen bidra til å fjerne oppmerksomhet fra det langsiktige, forebyggende helsearbeidet. Dette er arbeid som er kostnadskreven og som det tar flere år og i noen tilfeller en generasjon å se resultatene av. Og selv om det gjennom reformen er kommet en egen folkehelselov og det i stortingsmeldingen er understreket at forebyggende helsearbeid er av stor betydning for å sikre en bærekraftig utvikling, er det få om noen konkrete virkemidler i reformen som bidrar til å løfte fram det forebyggende arbeidet.

5.2 Endringsledelse i kommunene på Helgeland

I følge Kotter (1996) og Nadler og Tushman (1990) (i Jacobsen og Thorsvik (2002)) er en av forutsetningene for en vellykket endringsprosess at organisasjonen klarer å skape kortsiktige resultater som er knyttet til endringene. Dette for å vise at endringene nytter, og for å motivere de ansatte til videre innsats.

Alle informantene i undersøkelsen oppgir at de har klart å gjøre raske tilpasninger til kravene i reformen på ett område – å ta raskt imot utskrivningsklare pasienter. Denne tilpasningen ble gjort i løpet av første kvartal 2012 og har i følge informantene medført tilnærmet bortfall av betalingsplikten til sykehuset utover året. Styringsdata fra Helsedirektoratet (2012) for 2. tertial 2011 og 2. tertial 2012 viser en markant nedgang i liggedøgn for utskrivningsklare pasienter både på nasjonalt nivå (63 %) og innad i Helse Nord (66 %) som understøtter dette. Kommunene har løst dette på

ulike måter. En av kommunene har ansatt en egen koordinator som samhandler med sykehuset og som fysisk møter opp på sykehuset for å utveksle informasjon rundt utskrivningen. Dette gjør at dialogen rundt utskrivningsprosessen kommer tidlig i gang. Andre kommuner har økt bemanningen i sykehjem og i hjemmetjenesten, men dog marginalt.

Kommunene medgir at endringen har sin pris: pasientene som tas imot fra sykehuset er sykere nå enn de var før reformen, da kommunene hadde ti dager på seg fra pasienten var meldt utskrivningsklar til betalingsplikten begynte å løpe. Det er heller ingenting som tyder på at kommunene har rustet opp tjenestene sine i en slik grad at pasientene får det samme tilbudet som de ville ha fått hvis de lå i sykehus. Dette begrunner jeg ut ifra at selv om pasienten ikke mottar aktiv behandling etter utskrivningsmelding er det høy tetthet av leger og sykepleiere i et sykehus, og hvis pasientens tilstand forverrer seg vil man raskere kunne håndtere dette enn ute i kommunene.

Med andre ord kan kommunenes tilpasninger til raskt å håndtere utskrivningsklare pasienter føre til en målforskyvning: Staten har et mål om at reformen skal gi pasientene minst like høy kvalitet på tjenestene ute i kommunene som de får på sykehus. Kommunenes mål i en situasjon med stramme budsjetttrammer kan bli rettet først og fremst mot å unngå betalingsplikten mot sykehusene. Sykehusene er på sin side opptatt av å ha færrest mulig korridorpasienter og ferdigbehandlede pasienter i sine avdelinger som blokkerer for deres ressursutnyttelse. Dermed er det naturlig at sykehusene sender fra seg pasienter så raskt det lar seg gjøre innenfor det som er medisinsk forsvarlig. I en situasjon der både kommunene og sykehusene er under et høyt press er det en reell risiko for at dette kan gå ut over kvaliteten på tilbudet til pasientene.

5.3 Om kommunal medfinansiering som økonomisk insentiv til å redusere sykehusforbruket

Innenfor prinsippal-agent teori beskrives bruk av insentiver som et virkemiddel for å få agenten til å handle i tråd med prinsippalens interesser. I følge Langeland (1999) er det en utfordring for prinsippalen å avgjøre hva som skal belønnes og vurdere om tilfeldige faktorer kan påvirke resultatet.

Slik jeg tolker informantene er de skeptiske og negative til kommunal medfinansiering som insentiv for å redusere veksten i sykehusforbruket. De oppgir å ha liten eller ingen kontroll med sykehusforbruket, og mener at medfinansieringen er en pengeveksling mellom kommunene og sykehusene. Informantene har dermed en ganske annen holdning til medfinansieringen enn til betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter.

Jeg tolker det slik at informantene er mer positive til mottak av utskrivningsklare pasienter, da dette er noe kommunene har direkte påvirkningskraft med selv. Med kommunal medfinansiering stiller det seg annerledes. Det er komplekse mekanismer som virker inn på sykehusforbruket. Mange av disse ligger utenfor kommunenes direkte påvirkning. Helsedirektoratet (2012) viser i sin samhandlingsstatistikk til samvariasjon mellom sykehusforbruk og en rekke faktorer, som innbyggernes alder, kommunestørrelse og reiseavstand til nærmeste sykehus, men også mangel på samvariasjon, for eksempel mellom sykehusforbruk og kommunenes nivå på pleie- og omsorgstjenester. Andre faktorer som kan spille inn er fastlegenes henvisningspraksis. Sykehusene genererer også spesialisthelsetjenester på eget initiativ, eksempelvis ved at utskrevne pasienter blir fulgt opp av sykehusenes poliklinikker uten at pasientens fastlege har henvist til dette. Dette er også kommunene med å betale for.

Informantene ser ut til å føle avmakt i forhold til å kunne påvirke sykehusforbruket. De har liten tro på at kommunen vil klare å komme positivt ut av reformen rent økonomisk, selv ikke på sikt. En av kommunene ligger riktig nok an til å komme i pluss for 2012, men informanten i denne kommunen mener hovedårsaken til dette er et meget stabilt fastlegekorps og reiseavstand til nærmeste sykehus. Selv ikke i den kommunen der det satses mest på planlegging av kostnadskrevende tiltak for å møte reformen, tror informanten at dette vil svare seg økonomisk. Informanten mener at insentivet er for svakt til at det vil lønne seg å bygge opp strukturer med kostnadskrevende drift for 20 % av det et behandlingstilbud i sykehus koster. Denne informanten har også vært i dialog med andre kommuner som er kommet til samme konklusjon.

Sett opp imot prinsipal-agent teori er det noe som mangler i relasjonen mellom staten og kommunene: en insentivkontrakt med klare ytelsesmål som motiverer

kommunene. Staten har med innføringen av KMF fastsatt økonomiske insentiver som skal slå positivt ut for kommunene dersom sykehusforbruket reduseres. Reformen tar utgangspunkt i at det er en direkte sammenheng mellom det tilbudet som bygges opp i kommunene, og sykehusforbruket til innbyggerne. Flere ting tyder på at det ikke er slik. Helsedirektoratet (2012:82) skriver: "Totalt sett finner vi ingen systematisk effekt mellom kommunenes omsorgsprofil og tilbud av institusjonsplasser og/eller hjemmetjenester og nivået av kommunal medfinansiering per innbygger". Også det faktum at 40 % av sykehusenes finansiering er aktivitetsbasert bidrar til at sykehusene har en interesse av å holde aktivitetsnivået oppe. Et tredje forhold som taler imot at KMF er et effektivt insentiv er at under arbeidet med reformen er det trukket fram empiri som indikerer at "...effekten av den økte kommunale innsatsen faktisk vil føre til at kommunens befolkning gjør større bruk av spesialisthelsetjenesten og ikke motsatt" (St.meld. 47:23). Denne effekten mener jeg kan bli forsterket gjennom den nye fastlegeforskriften som trer i kraft fra 2013. Forskriften pålegger i § 18 fastlegene å ha et oppfølgingstilbud til pasienter som har behov for helsehjelp, men som selv ikke søker hjelp. Legen skal da på eget initiativ tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette vil kunne avdekke behov for spesialisthelsetjenester som hittil har vært ukjent.

20 % KMF framstår samlet sett som et for svakt insentiv til at kommunene vil bygge opp kostnadskrevende alternative tilbud, samt at det ikke er en åpenbar kausalitet mellom kommunenes innsats og sykehusforbruket.

5.4 Fastlegenes insentiver

Ingen av informantene kan se at det foreligger noen virkemidler eller insentiver i reformen rettet mot fastlegene for å få disse til å arbeide mot å redusere veksten i sykehusforbruket. De fleste kommunene i undersøkelsen har selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette bidrar til at kommunene har liten påvirkningskraft mot legene og deres henvisningspraksis mot sykehusene. Det synes også å være lite kontakt mellom kommunene og de private legene der henvisningspraksis er et tema. Dette kan utgjøre en betydelig utfordring i arbeidet med å redusere sykehusforbruket, da fastlegene genererer tjenester inn mot spesialisthelsetjenesten gjennom sin henvisningsrett til dette nivået.

En av kommunene har fast ansatte fastleger. Denne kommunen oppgir at legene er positive til å overta det de mener er unødvendige polikliniske undersøkelser som foretas i sykehusene. Kommunen og legene har opprettet en dialog med sykehuset for å få dette til. I denne kommunen har også informantene en tett dialog med legene.

Det kan ut fra kontraktsteori argumenteres for at det er sammenheng mellom at legene er fast ansatte og at de oppfattes å være mer motiverte for å arbeide med å redusere sykehusforbruket enn private leger er. I følge Busch et al. (2005) er prinsipalens manglende informasjon om hva agenten foretar seg en sentral del av agentproblemet. Dette problemet vil reduseres når legene er ansatt i organisasjonen framfor å være selvstendig næringsdrivende og i enda større grad dersom legene er samlokaliserte med ledelsen. De fast ansatte legene er en del av kommunen som organisasjon og kommer da nærmere de utfordringene kommunen står overfor, enn om legen er selvstendig næringsdrivende. Sett opp imot prinsipal-agent teori mener jeg at det oppstår en gevinst i form av tettere informasjonsutveksling mellom kommunen og legen. Fast ansatte leger vil på lik linje med sykehusleger oppleve en tilhørighet til egen arbeidsplass, og er en del av samme organisasjon som kommunens ledelse og øvrige ansatte. Dette vil igjen kunne redusere kommunens styringskostnader og risiko for resttap.

En annen gevinst som kommunen kan hente ut ved å knytte seg nærmere til fastlegene organisatorisk, er at kommunen da vil ha større mulighet til å innvirke på fastlegenes samhandling med sykehuset. Deltagelse i felles møter, utviklingsarbeid, prosjekter m.m. er etter min erfaring langt lettere å få til dersom en lege er ansatt i organisasjonen enn når den er selvstendig næringsdrivende med styringsrett over egen tidsbruk. I følge Busch et al. (2005) medfører det en kostnadsrisiko for prinsipalen å inngå en agentrelasjon. Slike kostnader kan framstå i ulike former. En fast ansatt lege vil isolert sett medføre økte lønnsutgifter for kommunen, men kan også gi besparelser dersom legens arbeid er rettet mot å unngå unødvendige sykehusinnleggelse, overta rutinemessige undersøkelser fra poliklinikker og sikre en raskere og tryggere utskrivningsprosess fra sykehus tilbake til kommunen. Kommunen må forsøke å beregne om lønnskostnadene ved å ansette en lege er lavere eller høyere enn å ha selvstendig næringsdrivende leger som er mindre innrettet mot å arbeide for å redusere sykehusforbruket.

5.5 Oppsummering

I dette kapitlet er funnene fra datainnhentingene i kapittel 4 drøftet opp mot relevant teori fra kapittel 2. Analysen viser at samhandlingsreformen er et ledd i reformtrenden i offentlig sektor der virkemidler fra privat sektor tas i bruk for å effektivisere helse- og omsorgstjenestene. Kommunene på Helgeland har gjennomført endringer for å møte reformen og har oppnådd kortsiktige resultater, men har ikke en bevisst endringsstrategi forankret i teori om endringsledelse. Analysen peker videre på forhold som tyder på at innføring av 20 % kommunal medfinansiering er et insentiv som ikke motiverer kommunene til å redusere sykehusforbruket. Til sist er det drøftet hvorvidt reformen har virkemidler mot fastlegene for at disse vil endre sin hevningspraksis mot sykehusene. I analysen av datamaterialet er det ikke funnet noen slike virkemidler. Det mest avgjørende synes å være hvorvidt fastlegene er fast ansatte i kommunen.

6. KONKLUSJON

I dette kapitlet gjør jeg en kort oppsummering av resultatene som foreligger ut fra problemstillingen som var utgangspunkt for undersøkelsen. Kapitlet avsluttes med implikasjoner for videre forskning.

Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i samhandlingsreformen, dens implikasjoner for kommunene på Helgeland og er gjennomført ut fra følgende problemstilling:

Hvilke utfordringer har kommunene på Helgeland når de skal redusere veksten i forbruket av sykehustjenester og samtidig opprettholde og forbedre helsetjenestene til sine innbyggere?

6.1 Resultater fra undersøkelsen

Gjennom kvalitativ tilnærming som metode, datainnhenting gjennom dokumentanalyse og intervju samt en fenomenologisk analyse av materialet er jeg kommet fram til følgende hovedfunn:

Samhandlingsreformen har som mål å effektivisere helse- og omsorgstjenestene i Norge, som uten større gevinst per helsekrone ikke vil klare å møte den framtidige veksten i forbruket knyttet til befolkningsutviklingen med stadig flere eldre. For å oppnå dette har staten innført nye lover og regler gjeldende fra 2012, og tar i bruk økonomiske insentiver som skal motivere til å dreie ressursbruken bort fra sykehusene og over til kommunene. Det vil bli krevende å nå målene i reformen. En av årsakene til dette er at kommunene og helseforetakene er selvstendige juridiske og økonomiske enheter som er underlagt hver sine styrer og er ulikt organisert. En annen årsak er at virkemidlene som tas i bruk åpner for opportunistisk atferd der de ulike aktørene kan bli mer opptatte av å ivareta forhold som er av egeninteresse enn det som er til det beste for samfunnet.

Kommunene på Helgeland har erkjent behovet for endringer og har klart å oppnå kortsiktige resultater selv om de ikke har et bevisst forhold til teori om endringsledelse. Informantene i undersøkelsen har liten eller ingen tiltro til at endringene som planlegges i kommunene vil medføre disse kommer godt ut av reformen økonomisk.

Det er lite som tyder på at kommunal medfinansiering er et insentiv som motiverer kommunene på Helgeland til å arbeide for å redusere sykehusforbruket. Informantene mener det er mange årsaker til at sykehusforbruket i regionen er høyt, og at kommunen som organisasjon har liten påvirkningskraft til å endre dette. Statistikk fra helsedirektoratet viser også liten sammenheng mellom nivået på kommunale tjenester og innbyggernes behov for sykehustjenester.

Det ser ikke ut til at det i reformen er rettet spesiell oppmerksomhet mot fastlegenes henvisningspraksis mot sykehusnivået. Det innføres ingen økonomiske insentiver mot legene for å oppnå redusert henvisningsgrad og dermed reduksjon av presset inn mot sykehusene. Tvert imot kan endringer i fastlegeforskriften fra 2013 føre til en økning i antallet henvisninger, da legene blir pålagt å drive mer oppsøkende virksomhet mot listepasienter som antas å ha behov for undersøkelse og behandling.

Min forskning er gjort med et lite utvalg og i et konsentrert geografisk område der kommunene har god kjennskap til hverandres situasjon og felles utfordringer. Undersøkelsen er av flere årsaker, hvorav den ressursmessige kan trekkes fram som den viktigste, begrenset i omfang, og resultatene som foreligger må ses i lys av dette. Kommunene på Helgeland har særlige utfordringer med å nå målsettingene i reformen, i og med at mange av dem har et høyt sykehusforbruk, men i prinsippet er utfordringene de samme for alle kommunene. Skal det kunne trekkes konklusjoner som er mer allmenngyldige og gjeldende for kommunene i landsdelen eller i nasjonalt omfang, må det gjøres en langt større studie. En annen vesentlig begrensning ved denne undersøkelsen er at jeg kun har intervjuet informanter fra kommunal forvaltning. Datainnsamling fra andre nivå kunne ha framskaffet ulik og vesentlig informasjon om reformens innvirkninger på samfunnet som igjen kan ha ledet til andre konklusjoner. Det er dermed ikke grunnlag for å generalisere ut fra de funnene som er gjort i undersøkelsen.

6.2 Implikasjoner og videre forskning

Resultatene som foreligger kan være interessante å forske videre på. Det framkommer at enkelte av virkemidlene som tas i bruk i samhandlingsreformen ikke motiverer kommunene til å redusere sykehusforbruket. Spesielt gjelder dette kommunal medfinansiering. Da kommunenes medvirkning er av essensiell betydning

for å lykkes med målene i reformen er det viktig å få en større forståelse for hvilke insentiver som gir den ønskede effekten i kommunene. Vi trenger også å lære mer om hvilke samfunnsmessige forhold som påvirker sykehusforbruket mest, da innbyggerne i de ulike kommunene har ulikt forbruk av sykehus tjenester. Framtidig forskning bør ha et sterkere fokus på ledernes rolle og deres påvirkning på oppnåelsen av målene i samhandlingsreformen. Fastlegenes innvirkning på sykehusforbruket er et annet forhold det kan være verdifullt å studere nærmere.

LITTERATURLISTE

- Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K., Vanebo, J.O. (2005): *Modernisering av offentlig sektor – Utfordringer, metoder og dilemmaer, 2. utgave.*
- Busch, T., Johnsen, E., Vanebo, J.O. (1999) *Økonomistyring i det offentlige. 2. utgave.* Tano Aschehoug, Otta.
- Eisenhardt, K.M. (1989). *Agency Theory: An assessment and Review.* The Academy of Management Review., Standford Vol 14. No. 1. s. 57 -74.
- Helsedirektoratet (2012) *Styringsdata om kommunenes bruk av somatiske sykehus tjenester – utskrivingsklare pasienter.* Nedlastet 09.12.12:
<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-sykehusaktivitet/Sider/default.aspx>
- IS-1545 rapport (2008) *Skapes helse, skapes velferd.* Helsedirektoratet.
- IS-1958 rapport (2012) *Samhandlingsstatistikk 2010.* Helsedirektoratet
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2002) *Hvordan organisasjoner fungerer.* Fagbokforlaget, Bergen
- Jensen og Meckling (1976): *Theory of the firm: Managerial behaviour, agency costs and ownership structure.* Journal of Financial Economics, 3, 305 – 360
- Johannessen et al. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag,* Abstrakt forlag, Oslo
- Kotter, J.P. (1996) *Leading Change* Harvard Business School Press, Boston
- Kotter og Cohen (2002) *The Heart of Change,* Harvard Business School Press, Boston
- KS, FoU, Deloitte (2012) *Kommunenes utfordringer I samhandlingsreformen – innspill til diskusjon.* Delrapport - Nordland fylke. Oslo.
- Langeland, O. (1999) *Fafo-rapport 315: Kompensasjon og motivasjon – Overskuddsdeling og medeierskap i norske bedrifter.* Doktoravhandling. Centraltrykkeriet AS, Østerås
- Lie, A. og Christensen, T. (2007) *Nyliberalisme og forvaltningspolitikk – frå modernisering til fornying?* I Mydkse, P.K., Claes, D.H., Lie, A. (red.) *Nyliberalisme – ideer og politisk virkelighet.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Pollitt, C. og Geert Bouckaert (2000): *Public Management Reform – A comparative analysis.* Oxford: Oxford University Press

Ringstad, V. (2010) *Samfunnsøkonomi og økonomisk politikk 4. utgave*. Cappelen akademisk forlag, Aurskog

Roos, g., Von Krogh, G., Roos, J. (2010) *Strategi – en innføring*. Fagbokforlaget, Bergen

SKDE (2012) *Forbruk, produksjon og pasientstrømmer Helse Nord 2007-2011*. Publisert på internett. Nedlastet 16.11.12:

<http://www.helse-nord.no/rapporter-og-analyser/tabellverk-analyse-forbruk-produksjon-og-pasientstroemmer-helse-nord-2007-2011-article95902-10790.html>

SKDE (2012) *Kontraster i befolkningens bruk av polikliniske tjenester i Helse Nord 2010*. Publisert på internett. Nedlastet 16.11.12:

<http://www.helse-nord.no/rapporter-og-analyser/kontraster-i-befolkningens-bruk-av-polikliniske-tjenester-i-helse-nord-2010-article94549-10790.html>

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet

Bakgrunnsdokumentasjon:

Utdrag fra Jan Davidsens tale på Fagforbundets landsmøte i 2009 om New Public Management. Publisert på internett. Nedlastet 22.11.12:

http://www.velferdsstaten.no/Nyhetsbrev/?article_id=45362

Faglig forum for helse- og sosialtjenesten (2011). *Kompendium: Ny helselovsreform*. Bodø.

Aktuelle lover og forskrifter:

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012). Nedlastet 11.12.12

http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20120829-0842.html&emne=fastlege*&&

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) (2012). Nedlastet 11.12.12.

<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20001201-1208-001.html#2>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2012). Nedlastet 11.12.12.

<http://www.lovdatab.no/all/hi-20110624-030.html>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (2012). Nedlastet 11.12.12

<http://www.lovdatab.no/all/hi-19990702-061.html>

STRUKTURERT INTERVJUSKJEMA – MASTERGRADOPPGAVE OM SAMHANDLINGSREFORMEN

TEMA: Endringer i kommunens organisering av tjenestene for å møte kravene om redusert sykehusforbruk (organisasjonsteori – endringsledelse)

Dato for intervju:.....

Sted:.....

Organisatorisk plassering informant:.....

Hovedarbeidsområde:.....

Sp.m. nr.	Spørsmål	Svaralternativ	Kommentar
	Føler du at samhandlingsreformen har skapt en erkjennelse i din kommune av at det må gjøres endringer i organisasjonen for å tilpasse seg de nye kravene? På hvilken måte?	Ja Nei I noen grad	
	Har kommunen gjort en risikoanalyse av konsekvensene av samhandlingsreformen?	Ja Nei	
	Hvis ja, hva var hovedkonklusjonen av risikoanalysen?		
	Har kommunen satt seg klare mål for hva den vil oppnå med endringene som følger med reformen? Hvilke klare mål kan du nevne?	Ja Nei	
	Er eventuelle målsettinger godt kommunisert ut i organisasjonen?	Ja Nei	
	Har man i din kommune klart å skape en koalisjon som står bak de nødvendige endringene som du mener må til for å lykkes med målsettingene i reformen?	Ja Nei	

	Hvis vi ser på målsettingen i samhandlingsreformen om å redusere mengden unødvendig sykehusforbruk, har kommunen etter din mening satt inn tiltak som vil være effektive for å oppnå denne målsettingen?	Ja Nei I noen grad	
	Har din kommune klart å gjennomføre raske tilpasninger til de nye kravene?		
	Etter din mening, hvordan kommer din kommune ut av samhandlingsreformen rent økonomisk – i år? Om 5 år?	Godt Dårlig Verken/eller	
	Hva mener du er årsaken til at dere kommer godt/dårlig ut?	<ul style="list-style-type: none"> - God/dårlig planlegging - Effektive/ineffektive tiltak - Eksterne betingelser - Stor grad av usikkerhet - Tilfeldigheter 	
	Hvor egnet mener du den kommunale medfinansieringen er som et insentiv til å redusere innbyggernes forbruk av sykehustjenester?	Godt Dårlig Verken/eller	
	Opplever du at kommunen som organisasjon har stor påvirkningskraft til å endre sykehusforbruket? Begrunn svaret.	Ja Nei I noen grad	
	Er det lokale forhold som etter din mening gjør det vanskeligere eller lettere for din organisasjon å nå målene i reformen enn andre steder i landet?	Vanskeligere Lettere	

	Hvilke forhold er dette?	-Kommunestruktur -Sykehusstruktur - Forhold ved befolkningen - Geografi - Økonomi - Annet	
	Alt i alt, hvordan vurderer du din kommunes forutsetning for å lykkes med å tilpasse seg reformen?	God Dårlig Midt på treet	

TEMA: Opplevelse av fastlegenes rolle i endringer av sykehusforbruk (principal-agent teori)

Sp.m. nr.	Spørsmål	Svaralternativ	Kommentar
	Opplever du at fastlegene er motiverte for å gjøre endringer i sin praksis som vil redusere forbruket av sykehustjenester?	Ja Nei Verken/eller	
	Har kommunen god informasjon om hvordan fastlegene arbeider for å redusere forbruket av sykehustjenester?	God Tilstrekkelig Dårlig	
	Kan du nevne eksempler på tiltak som fastlegene har iverksatt for å redusere forbruket av sykehustjenester?		

	Kontrollerer eller overvåker kommunen på noen måte hvor mye fastlegene bruker sykehusene? Hvordan?	Ja Nei	
	Foregår det noen informasjonsutveksling mellom kommunen og fastlegene om status og utvikling av sykehusforbruket til innbyggerne? I så fall, hvor ofte skjer en slik utveksling?	Ja Nei	
	Har kommunen og fastlegene etter din mening felles målsetting om å arbeide for å redusere sykehusforbruket? Hvis ikke, hva består ulikhetene i?	Ja Nei	
	Ser du noen målkonflikter mellom kommunen og fastlegene i realiseringen av samhandlingsreformen? Hvilke konflikter er i så fall dette?	Ja Nei	
	Hvilke incentiver mener du samhandlingsreformen gir fastlegene for å dempe forbruket av sykehustjenester (innleggelser/poliklinisk beh.)?		
	Løper fastlegene etter din mening noen risiko ved å ikke endre sin henvisningspraksis opp mot sykehusene?	Ja Nei	
	Hvor godt egnet er etter din mening de individuelle fastlegeavtalene til å styre legenes forbruk av sykehustjenester? Hva gjør avtalene godt eller dårlig egnet til styring?	Godt egnet Dårlig egnet Verken eller	

	Opplever du noen gang at sykehuset handler ut fra egeninteresse framfor å oppnå målene om et tettere samarbeid? Kan du i så fall gi eksempler på dette?	Ja Nei	
	Hvis ja på forrige spørsmål, hva mener du kan være årsaken til dette?		
	Vurderer du de økonomiske insentivene med kommunal medfinansiering av sykehustjenestene som effektive virkemidler for å redusere sykehusforbruket? Begrunn svaret.	Ja Nei	
	Opplever du at kommunen har noen kontroll over hvordan medfinansieringen brukes?	Mye Noe Litt	
	Løper sykehuset etter din mening noen risiko ved ikke å endre forbruket av sykehustjenester?	Stor Noen Litt	

TEMA: Opplevelse av sykehusets rolle i endringer av sykehusforbruk (principal-agent teori)

Sp.m. nr.	Spørsmål	Svaralternativ	Kommentar
	Opplever du at kommunen og sykehuset samarbeider godt om å oppnå målene i samhandlingsreformen? Begrunn svaret	Godt Noe samarbeid Dårlig	
	Kommunene og sykehusene har inngått en rekke (11) samarbeidsavtaler slik det kreves i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Hvilke insentiver gir etter din mening disse avtalene partene til å realisere målet i reformen om redusert forbruk av sykehustjenester?	Gode insentiver Noen insentiver Dårlige insentiver	
	Ser du noen målkonflikter mellom kommunen og sykehuset i realiseringen av samhandlingsreformen? Hvilke konflikter er i så fall dette?	Ja Nei	
	Foregår det etter din mening en god informasjonsutveksling mellom kommunen og sykehuset om hvilke faktorer som påvirker sykehusforbruket?	God Noe Dårlig	
	Opplever du samarbeidet med sykehuset som likeverdig eller asymmetrisk? Begrunn svaret	Likeverdig Asymmetrisk	
	Har sykehuset etter din mening insentiver for å dempe sykehusforbruket, eksempelvis polikliniske undersøkelser? Hvilke insentiver kan du nevne?	Ja Nei	



Avtale om samhandling mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset HF

Tjenesteavtale 3

Retningslinjer for innleggelse i sykehus

Innholdsfortegnelse

1. Parter	2
2. Bakgrunn	2
3. Formål	2
4. Virkeområde	2
5. Avklaringer – Forutsetninger	3
6. Rutiner for samhandling ved øyeblikkelig hjelp	3
7. Rutiner for samhandling ved planlagte innleggelser	5
8. Innleggelser i forbindelse med fødsel	5
9. Avvik	6
10. Uenighet - tvisteløsning	6
11. Mislighold	6
12. Gjennomgang	6
13. Iverksetting, varighet og oppsigelse	6
14. Innsending av avtale til Helsedirektoratet	6
15. Sentrale dokumenter	6

Vedlegg

1. Parter

- 1.1. Tjenesteavtale 3 er inngått mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset HF.
- 1.2. Med Helgelandssykehuset HF menes spesialisthelsetjenestene som utøves av Helgelandssykehuset HF ved helseforetakets sykehusenheter og ambulant virksomhet.
- 1.3. Med kommunen menes helse- og omsorgstjenesten i Vefsn kommune.

2. Bakgrunn

- 2.1. Utarbeidelse av tjenesteavtale 1 - 11 mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset HF (partene) er pålagt ved Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-2 (helse- og omsorgstjenesteloven), jfr. Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e.
- 2.2. Tjenesteavtale 3 er på samme måte som de andre tjenesteavtalene samt felles samarbeidsavtale rettslig bindende med mindre annet fremgår av selve avtalen. Ved motstrid håndteres uenighet etter reglene i Kap 11 (Uenighet og tvist) i felles samarbeidsavtale.

3. Formål

Formål med tjenesteavtale 3 er å:

- 3.1. bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivåer.
- 3.2. klargjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og helseforetak ved innleggelse i sykehus.
- 3.3. sikre god samhandling mellom kommune og helseforetak når tilbudene fra kommunen og sykehuset er gjensidig avhengig av hverandre.
- 3.4. sikre kontinuitet i behandlingsforløpet, for brukere/pasienter og pårørende.
- 3.5. sikre forsvarlig informasjonsutveksling mellom behandlingsnivåene.
- 3.6. redusere risiko for uheldige hendelser.

4. Virkeområde

Virkeområde for avtale nr. 3 er:

- 4.1. ansvar og oppgavefordeling ved henvisninger og innleggelser av pasienter i sykehus
- 4.2. fagområdene somatikk, psykisk helse og rusbehandling.

5. Avklaringer – Forutsetninger

- 5.1. Kommunen forholder seg til helseforetakets spesialisthelsetjenester som ett sykehus.
- 5.2. Kommunen forholder seg til den kliniske avdelingen i helseforetaket som pasienten til enhver tid er innlagt i.
- 5.3. Med henvisning, akutt- eller elektiv-, menes en formell anmodning om en vurdering av pasientens behov for utredning og/eller behandling fra fastleg/ legevakt/sykehjemslege til sykehuslege, telefonisk og/eller skriftlig.
- 5.4. Dersom en henvisning om innleggelse omgjøres til en poliklinisk vurdering i helseforetaket, skal fastlege ha beskjed om dette så raskt som mulig.
- 5.5. Innleggelse eller poliklinisk behandling skal normalt ikke foregå uten henvisning fra fastlege / henvisende lege / eller andre med henvisningsrett. I pasientforløp der det etter innleggelse og på medisinsk indikasjon er nødvendig at pasienten går til poliklinisk oppfølging / behandling / kontroll i helseforetak, er det ikke nødvendig med annen henvisning enn beskrivelse i epikrise eller lignende.
- 5.6. Henvisende lege skal sende skriftlig henvisning etter mal for *Den gode henvisning*. Der egne fag- eller diagnosespesifikke maler for henvisning er utarbeidet skal disse benyttes. Henvisningen skal alltid inneholde tilstrekkelige opplysninger slik at den kan prioriteres i henhold til gjeldende forskrift og nasjonale prioriteringsveiledere. Jfr. Kap. 4 i veilederen Bruk av elektronisk henvisning og epikrise. IS-1922 Helsedirektoratet, *Den gode henvisning*.
- 5.7. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommune og helseforetak er innført skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling skal disse benyttes.
- 5.8. I påvente av elektronisk kommunikasjonsløsning skal følgende skjema benyttes:
 - 5.8.1. skjema for *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* (vedlegg 1).

6. Rutiner for samhandling ved øyeblikkelig hjelp

Kommunens ansvar og oppgaver

- 6.1. Før pasient henvises til sykehus, skal henvisende lege vurdere om det finnes et alternativt helsetilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- 6.2. Henvisende lege skal melde telefonisk til sykehuset at pasient blir lagt inn ved sykehuset. Henvisende lege skal kontakte vakthavende lege ved behandlende enhet pr. telefon vedrørende henvisning. Det er henvisende lege som avgjør behov for vurdering i spesialisthelsetjenesten.
- 6.3. Henvisende lege skal vurdere egnet transportmåte ut fra pasientens tilstand, avstand til behandlingssted, geografi o.l. Transportbehov skal meldes til AMK uavhengig av ambulansebehov.

- 6.4. Henvisende lege skal sende henvisning med relevante opplysninger som er nødvendig for å kunne starte behandling så raskt som mulig, jfr. pkt. 6.2. Henvisningen prioriteres elektronisk som "Ø-hjelp". Papirutskrift av henvisningen skal følge pasienten så sant dette er praktisk mulig. Dersom skriftlig henvisning ikke kan sendes, skal henvisende lege gi relevant informasjon til vakthavende sykehuslege pr. telefon, og ettersende skriftlig henvisning snarest mulig.
- 6.5. For pasienter som mottar heldøgns omsorgstjenester i kommunen skal det legges ved IPLOS-vurdering / pleierapport. I tilfeller der akutt hast gjør at opplysninger ikke kan følge pasienten, skal slike gis pr. telefon, og skriftlige opplysninger inkludert oppdatert medikamentliste, oversendes så snart som mulig.
- 6.6. Henvisende lege skal vurdere om det er nødvendig med ledsager under transport til sykehuset.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 6.7. Innleggende lege ved sykehuset, avgjør, i samråd med henvisende lege, om det av omsorgsmessige årsaker er nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under sykehusoppholdet. Utgifter til ledsager skal dekkes av sykehuset.
- 6.8. Dersom innleggelse eller vurdering i spesialisthelsetjenesten blir bestemt, melder vakthavende lege ved behandlende enhet videre i sykehuset, dersom ikke annet er avtalt.
- 6.9. Når en pasient legges inn i sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
- 6.10. Viser vurderingen at pasienten kan ha behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen.
- 6.11. Varselet gis pr. telefon og ettersendes skriftlig. Varselet skal normalt gis mellom kl. 08.00 og 14.00. Helseforetaket skal dokumentere at *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* er sendt. Partene forplikter seg til å prioritere å få elektronisk meldingsutveksling på plass så snart som mulig.
- 6.12. Skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* inneholder blant annet:
 - 6.12.1. pasientens status
 - 6.12.2. antatt forløp
 - 6.12.3. forventet utskrivningstidspunkt

- 6.13. Sykehuset skal ved behov innhente aktuelle supplerende opplysninger fra pasient, annen institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, sykehjemslege og pårørende.
- 6.14. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelse, skal vurderingene foretas og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre. Sykehuset skal varsle kommunen snarest dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov. Skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* skal benyttes og merkes med endringsvarsel.
- 6.15. Sykehuset har ansvar for nødvendig informasjon til pårørende.

7. Rutiner for samhandling ved planlagte innleggelser

Kommunens ansvar og oppgaver

- 7.1. I de tilfellene pasienten ikke kan benytte *ordinære offentlige kommunikasjonsmidler*, skal legekontorene bistå pasienten med å rekvirere transport via Transportkontoret.
- 7.2. Henvisende lege skal vurdere om det er nødvendig med ledsager under transport til sykehuset.
- 7.3. IPLOS-vurdering / pleierapport fra kommunens omsorgstjeneste skal sendes sykehuset på etterspørsel fra sykehuset. For pasienter med heldøgns helse- og omsorgstjenester skal dette sendes uoppfordret.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 7.4. Innleggende lege ved sykehuset avgjør, i samråd med henvisende lege, om det av omsorgsmessige årsaker er nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under sykehusoppholdet. Utgifter til ledsager skal dekkes av sykehuset.
- 7.5. Det vises videre til pkt. 6.7 - 6.16.

8. Innleggelser i forbindelse med fødsel

Kommunens ansvar og oppgaver

- 8.1. Den gravide henvises av fastlege / jordmor til aktuell poliklinikk til terminbestemmelse ved ultralyd i uke 17-19.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 8.2. Jordmor på aktuell poliklinikk skriver inn den gravides forventede termin i journalsystemet, slik at fødeavdelingen er orientert.

9. Avvik

- 9.1. Avvik etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 10. Se også vedlagte skjema – Melding om avvik.

10. Uenighet – tvisteløsning

- 10.1. Uenighet og tvist mellom VEFSN kommune og Helgelandssykehuset HF etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 11.

11. Mislighold

- 11.1. Mislighold etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 12.

12. Gjennomgang

Viser til vedlagt protokoll.

13. Iverksetting, varighet og oppsigelse

- 14.1. Denne tjenesteavtalen trer i kraft 1.2.2012 og gjelder inntil ny avtale foreligger.
- 14.2. Andre forhold knyttet til oppsigelse av denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 13.

14. Innsending av avtale til Helsedirektoratet

- 15.1. Innsending av denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 14.

15. Sentrale dokumenter

Tjenesteavtale 3 baserer seg i hovedsak på følgende dokumenter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med forskrifter, herunder særlig *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter samt Forskrift om fastlegeordning.*

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. med forskrifter.
- Lov om helsepersonell med forskrifter, herunder særlig *Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 med senere endringer.*
- Lov om psykisk helsevern m.m. med forskrifter.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter med forskrifter.
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd
- Bruk av elektronisk henvisning og epikrise. IS-1922 Helsedirektoratet. *Den gode henvisning*
- Medisinsk-faglig innhold i epikriser. Rapport R32/02 KITH. *Den gode epikrise*
- Nasjonal veileder Samhandlingsreformen - *Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.*

Sted og dato:

Kvern 07.01.12

Sted og dato:

Helgeland 18.1.12

Vefsn kommune v/ ordfører

Helgelandssykehuset HF
v/administrerende direktør

Vedlegg

- Skjema - *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* (vedlegg 1)
- Skjema - *Melding av avvik mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF* (vedlegg 2)
- Skjema - *Rutine - melding og håndtering av avvik mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF* (vedlegg 3)



Tjenesteavtale om samhandling mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset
HF

Tjenesteavtale 5

**Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som
antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra
institusjon**

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn	2
2. Formål	2
3. Virkeområde	2
4. Avklaringer - Forutsetninger	3
5. Varsel til kommunen om innlagt pasient	3
6. Samarbeid mellom helseforetak og kommune under oppholdet	4
7. Rutiner for samhandling ved utskrivning fra sykehus	5
8. Praktiske forhold som skal avklares ved utskrivning	6
9. Utskrivning i forbindelse med fødsel	7
10. Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter	8
11. Særskilte forhold	8
12. Avvik	9
13. Uenighet - tvisteløsning	9
14. Mislighold	10
15. Gjennomgang	10
16. Iverksetting, varighet og oppsigelse	10
17. Innsending av avtale til Helsedirektoratet	10
18. Sentrale dokumenter	10

Vedlegg

Parter

- 1.1. Tjenesteavtale nr. 5 er inngått mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset HF.
- 1.2. Med Helgelandssykehuset HF menes spesialisthelsetjenestene som utøves av Helgelandssykehuset HF ved helseforetakets sykehusenheter og ambulansetjenester.
- 1.3. Med kommunen menes helse- og omsorgstjenesten i Vefsn kommune.

1. Bakgrunn

- 2.1. Utarbeidelse av tjenesteavtale 1 - 11 mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset HF (partene) er pålagt ved Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-2 (helse- og omsorgstjenesteloven), jfr. Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e.
- 2.2. Tjenesteavtale 5 er på samme måte som de andre tjenesteavtalene samt felles samarbeidsavtale rettslig bindende med mindre annet fremgår av selve avtalen. Ved motstrid håndteres uenighet etter reglene i Kap 11 (Uenighet og tvist) i felles samarbeidsavtale.

2. Formål

Formål med tjenesteavtale 5 er å:

- 3.1. bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivåer.
- 3.2. klargjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og helseforetaket ved innleggelse i sykehus.
- 3.3. sikre god samhandling mellom partene når tilbudene fra kommune og helseforetak er gjensidig avhengig av hverandre.
- 3.4. sikre kontinuitet i behandlingsforløpet, for brukere/pasienter og pårørende.
- 3.5. sikre forsvarlig informasjonsutveksling mellom behandlingsnivå.
- 3.6. redusere risikoen for uheldige hendelser.

3. Virkeområde

Virkeområde for tjenesteavtale 5 er:

- 4.1. ansvar og oppgavefordeling ved utskrivning fra sykehus når pasienten antas å ha behov for kommunale helse- og/eller omsorgstjenester.
- 4.2. for fagområdene somatikk, psykisk helse og rusbehandling.

4. Avklaringer – Forutsetninger

- 5.1. Kommunen forholder seg til helseforetakets spesialisthelsetjenester som ett sykehus.
- 5.2. Med utskrivningsklar pasient menes at lege ved sykehuset har vurdert pasienten som utskrivningsklar, at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* §§ 9-12 er fulgt.
- 5.3. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal det oppnevnes koordinatorene i kommune og helseforetak.
- 5.4. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommune og helseforetak er innført, skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes.
- 5.5. I påvente av elektronisk kommunikasjonsløsning skal følgende skjema benyttes:
 - 5.5.1. skjema for *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* (vedlegg 1),
 - 5.5.2. skjema for *Funksjonskartlegging* (vedlegg 2) og
 - 5.5.3. skjema for *Varsel om utskrivningsklar pasient* (vedlegg 3).

5. Varsel til kommunen om innlagt pasient

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 6.1. Når en pasient legges inn på sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
- 6.2. Viser vurderingen at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen.
- 6.3. Varselet gis pr. telefon og ettersendes skriftlig ved skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel*.
- 6.4. Varselet skal normalt gis mellom kl. 08.00 og 14.00. Helseforetaket skal dokumentere at skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* er sendt. Partene forplikter seg til å prioritere å få elektronisk meldingsutveksling på plass så snart som mulig.
- 6.4. Skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* inneholder blant annet:
 - 6.4.1. pasientens status
 - 6.4.2. antatt forløp
 - 6.4.3. forventet utskrivningstidspunkt

- 6.5. Sykehuset skal ved behov innhente aktuelle supplerende opplysninger fra pasient, annen institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, sykehjemslege og pårørende.
- 6.6. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelse, skal vurderingene foretas og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.
- 6.7. Sykehuset skal varsle kommunen snarest dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov. Skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* skal benyttes og merkes med endringsvarsel.

6. Samarbeid mellom helseforetak og kommune under oppholdet

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 7.1. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal sykehuset oppnevne koordinator som skal ha ansvar for å koordinere opplysninger til kommunen, planlegge utskrivning og ved behov organiserer samarbeidsmøter evt. videokonferanser med kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- 7.2. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal koordinator ved sykehuset drøfte behovet for individuell plan med kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- 7.3. Dersom pasienten behøver kommunale helse- og omsorgstjenester, har sykehuset, i samråd med pasient, ansvar for å kontakte riktig instans i kommunen.
- 7.4. For å avklare hjelpebehov skal sykehuset, ved behov, invitere kommunen til samordningsmøte på sykehus eller i pasientens hjem. Dette skal skje i samarbeid med pasienten.
- 7.5. Funksjonsvurdering skal sendes kommunen så snart behovet er klarlagt. Det skal ikke søkes om spesifikk tjeneste. Vedlagte skjema for *Funksjonskartlegging* skal benyttes.
- 7.6. Dersom pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester dør i sykehuset, skal det gis melding til kommunens helse- og omsorgstjeneste så raskt som mulig.
- 7.7. I forkant av henvisning til habilitering / rehabilitering utenfor helseforetaket, skal sykehuset drøfte dette med kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- 7.8. Laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) skal legges til grunn ved ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunen og foretaket.

Kommunens ansvar og oppgaver

- 7.9. Kommunen skal dokumentere at *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* er mottatt.
- 7.10. Kommunen skal behandle søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester fortløpende, og gi tilbakemelding uten unødig opphold. Ved søknadsbehandlingen forutsettes det at det foreligger funksjonskartlegginger og medisinske opplysninger fra sykehuset.

7. Rutiner for samhandling ved utskrivning fra sykehus

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 8.1. En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:
 - 8.1.1. Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
 - 8.1.2. Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart.
 - 8.1.3. Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for.
 - 8.1.4. Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten.
 - 8.1.5. Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
 - 8.1.6. Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle behandlingseenhetens ansvarsområde, skal sykehuset beskrive plan for behandling.
- 8.2. Når en pasient er definert som utskrivningsklar, skal sykehuset straks varsle kommunen i en utskrivningsklarmelding. Se vedlagt skjema for *Varsel om utskrivningsklar pasient*.
- 8.3. Sykehuset skal i utskrivningsklarmelding alltid redegjøre for de vurderingene som er gjort i h.h.t punktene 8.1.1. – 8.1.6.
- 8.4. Varselet gis pr. telefon og ettersendes skriftlig. Varselet skal normalt gis mellom kl. 08.00 og 14.00.
- 8.5. Sykehuset kan overføre utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart.
- 8.6. Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jfr. Medisinsk-faglig innhold i epikriser. Rapport

R32/02 KITH. *Den gode epikrise samt Forskrift om pasientjournal § 9 og Lov om helsepersonell § 45.*

- 8.7. Sykehuset skal ved utskrivelse sende nødvendige medisinske opplysninger til kommunen, herunder pleierapport og eventuelle rapporter fra fysio- og / eller ergoterapeut om videre behandling av pasienten. Papirkopi skal følge pasienten. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning skal ettersendes straks de foreligger. Medisinsk ansvarliges vurdering og anbefalinger skal sendes sammen med opplysningene.
- 8.8. Lege ved sykehuset skal ta kontakt med fastlege når det er medisinsk indikasjon for dette i forhold til oppfølging av pasienten.
- 8.9. Sykehuset skal gi tilstrekkelig informasjon slik at kommunen kan iverksette eller videreføre individuell plan.

Kommunens ansvar og oppgaver

- 8.10. Kommunen skal etter å ha mottatt varsel om utskrivningsklar pasient straks bekrefte om kommunen kan ta imot pasienten. Slik tilbakemelding skal fortrinnsvis gis mellom kl. 08.00 og 14.00.
- 8.11. Kommunen skal vurdere om og evt. hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester som skal iverksettes på grunn av opplysninger i utskrivningsklarmelding.
- 8.12. Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart.
- 8.13. Kommunen skal informere kontaktperson i behandlende enhet ved sykehuset om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskrivning.
- 8.14. Kommunen skal opprette koordinator og eventuelt individuell plan.

8. Praktiske forhold som skal avklares ved utskrivning

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 9.1. Både sykehus og kommune skal sikre at pasienten får tilfredsstillende hjelpemidler i tide slik at manglende hjelpemidler ikke blir til hinder for utskrivning fra sykehuset.
- 9.2. For å hindre avbrudd i iverksatt behandling, skal sykehuset sikre at pasienten vederlagsfritt får med seg tilstrekkelig mengde av nødvendige medikamenter og utstyr inntil pasienten selv, evt. med kommunens hjelp, kan skaffe seg medikamentene. Hva som skal sendes med pasienten avklares med mottakende helsepersonell i kommunen.

- 9.3. Ved forandringer i medikasjon skal nye resepter følge pasienten. Dosert medisin for perioden fra utskriving og til og med neste virkedag skal følge pasienten dersom det er behov for det. I spesielle tilfeller kan det avtales utlevering av medisiner utover en virkedag når lokale forhold tilsier det.
- 9.4. Nye medikamenter som krever individuell refusjon fra HELFO skal være søkt om fra sykehuset under innleggelse. Spesialisthelsetjenesten må sørge for reitererte resepter til slik behandling, og til medikamenter som ikke kan forskrives av allmennleger. Spørsmål angående reseptforskriving av slike medikamenter skal rettes til sykehuset, og ikke til fastlege.
- 9.5. Dersom pasienten ikke er i stand til det selv, skal sykehuset informere pårørende om utskrivingen.
- 9.6. Dersom det er nødvendig med snarlig oppfølging hos fastlege, skal sykehuset sørge for at fastlege får beskjed om dette snarest mulig, og senest utskrivningsdagen.
- 9.7. Sykehuset skal rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens situasjon, og har ansvaret for all pasienttransport og følgetjeneste uavhengig av pasientens behandlingssted og funksjonsnedsettelse.
- 9.8. Ved transport til privat hjem gjelder sykehusets ansvar inntil pasienten har kommet inn i hjemmet. Ved transport til kommunal institusjon, overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av institusjonspersonalet.
- 9.9. Pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skal fortrinnsvis skrives ut fra sykehuset på hverdager.
- 9.10. Pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, skal være ankommet egen bolig eller institusjon innen kl. 15.00 utskrivningsdagen. Dersom transportforholdene tilsier at dette ikke er mulig, kan annet klokkeslett avtales.
- 9.11. Behandlende lege på sykehuset skal vurdere om det er medisinsk nødvendig med ledsager under hjemtransport.

9. Utskrivning i forbindelse med fødsel

Helseforetakets ansvar og oppgaver

- 10.1. På utskrivningsdatoen melder utskrivende jordmor ved fødeavdelingen utskrivningsdatoen til kommunens helsesøster pr telefon.
- 10.2. Ved utskriving fra fødeavdelingen sendes jordmorepikrise til helsestasjon pr brev samt elektronisk til fastlege.
- 10.3. Evt. epikrise sendes fastlege, jfr. *Forskrift om pasientjournal § 9 og Lov om helsepersonell § 45.*

10. Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

- 11.1. Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk Pasientregister. Kopi sendes kommunen.
- 11.2. Helgelandssykehuset HF har ansvar for å utstede faktura til kommunen for betaling for utskrivningsklar pasient. . Det tilstrebes månedlig fakturering, og 30 dagers betalingsforfall. Det tilstrebes at relevant grunnlag for å gjennomgå faktura vedlegges , etter mal fra Helsedirektoratet.
- 11.3. Betalingsplikten inntreer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* §§ 9 - 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient. Det døgnet pasienten skrives ut, inngår ikke i betalingsplikten.
- 11.4. Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter bortfaller dersom punktene 8.1 - 8.4, 8.6 - 8.7, 9.9 - 9.10 i denne avtalen ikke er overholdt.
- 11.5. Hvis en pasient skrives ut før avtalt utskrivningsdato, skal dette motregnes i sykehusets krav til kommunen.
- 11.6. Dersom utenforliggende forhold tilsier at det ikke er mulig å transportere pasienten fra sykehus, gjelder ikke betalingsplikten i påvente av transport.

11. Særskilte forhold

14.1. Kompetanseoverføring

I saker der det er behov for kompetanseoverføring, veiledning til kommunalt personale, opplæring i bruk av utstyr skal ikke pasienten erklæres utskrivningsklar før slik opplæring og veiledning er gitt fra sykehusets side. Kommunens vurdering av om der foreligger et slikt veiledningsbehov er i tvilstilfelle utslagsgivende. Veiledningen skal være vederlagsfri.

14.2. Intern overføring i spesialisthelsetjenesten

Dersom en pasient er innlagt på en avdeling på et sykehus, men skal overføres til en annen avdeling, et annet sykehus eller annen behandling i spesialisthelsetjenesten, er pasienten ikke å regne som utskrivningsklar i forskriftens forstand.

14.3. Permisjoner fra sykehuset

Permisjoner for pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester under permisjonen, skal avtales og planlegges i samråd med kommunen.

14.4. Utskrivning når pasienten har kommunal langtidsplass i institusjon

For pasienter med kommunal langtidsplass i institusjon kan punktene 8.2 – 8.4 og 9.9 - 9.10 fravikes. Sykehuset skal ta direkte kontakt med angjeldende institusjonsavdeling for avtale om utskrivning.

14.5. Behov for ytterligere behandling i ventetid for utskrivning

For utskrivningsklare pasienter som får behov for ytterligere behandling i ventetid for utskrivning, skal sykehuset informere kommunen uten ugrunnet opphold. Skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* benyttes og merkes med endringsvarsel. Beregningen av antall utskrivningsklare døgn stoppes inntil pasienten er utskrivningsklar igjen. Dette skal dokumenteres i form av ny utskrivningsklarmelding, se skjema *Varsel om utskrivningsklar pasient*.

14.6. Avvisning av tilbud om kommunale helse- og omsorgstjenester

Dersom utskrivningsklar pasient velger å takke nei til tilbudte kommunale helse- og omsorgstjenester, bortfaller kommunens ansvar for pasienten. Dersom helseforetaket velger å forlenge pasientens sykehusopphold i slike tilfeller, bortfaller kommunens betalingsplikt jfr. *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* § 13.

14.7. Uenighet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Ved uenighet om vilkår for utskrivningsklare pasienter er oppfylt, inntreer ikke betalingsplikten før uenigheten er løst gjennom lokal tvisteløsningsnemnd eller nasjonal tvisteløsningsnemnd.

12. Avvik

- 13.1. Avvik i forhold til denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 10. Se også vedlagte skjema – *Melding om avvik*.

13. Uenighet – tvisteløsning

- 14.1. Uenighet og tvist mellom Vefsn kommune og Helgelandssykehuset HF etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 11.

14. Mislighold

- 15.1. Mislighold i forhold til denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 12.

15. Gjennomgang

Det vises til vedlagt protokoll.

16. Iverksetting, varighet og oppsigelse

- 17.1. Denne tjenesteavtalen trer i kraft 1.2.2012 og gjelder inntil ny tjenesteavtale foreligger.
- 17.2. Andre forhold knyttet til oppsigelse av denne tjenesteavtalen reguleres i felles samarbeidsavtale Kap. 13.

17. Innsending av avtale til Helsedirektoratet

- 18.1. Innsending av denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 14.

18. Sentrale dokumenter

Tjenesteavtale 5 baserer seg i hovedsak på følgende dokumenter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med forskrifter, herunder særlig *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* samt *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. med forskrifter.
- Lov om helsepersonell med forskrifter, herunder særlig *Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 med senere endringer*.
- Lov om psykisk helsevern m.m. med forskrifter.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter med forskrifter.