

ARBEIDSNOTAT

Samhandlingsreformen - styring og organisering

Knut Ingar Westeren
Jan Ole Similä



Samhandlingsreformen - styring og organisering

Knut Ingar Westeren
Jan Ole Similä

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Arbeidsnotat nr 245
ISBN 978-82-7456-654-5
ISSN 1501-6285
Steinkjer 2012



FORORD

Dette prosjektet er et delprosjekt innen rammen av prosjektet "Forskning og innovasjon i offentlig sektor i Midt-Norge" finansiert av Regionalt forskningsfond Midt-Norge. Prosjektet bygger på en samarbeidsavtale mellom Høgskolen i Sør Trøndelag (prosjektansvarlig), Høgskolen i Molde og Høgskolen i Nord Trøndelag. Det overordnede målet med prosjektet er å utrede potensialet for forskningsprosjekter i Midt-Norge med sikte på å stimulere til innovasjon i regional offentlig tjenesteyting.

Dette delprosjektet er gjennomført som en del av ansvarsområdet til Høgskolen i Nord-Trøndelag og dokumenteres i det arbeidsnotat som framlegges her. Dette dokumentet er et felles arbeid mellom forfatterne bortsett fra kapittel 5 "Behov og ressursbruk ved distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag" hvor Knut Ingar Westeren har et eneansvar. Dette kapittelet bruker materiale fra et samarbeidsprosjekt mellom HiNT, Steinkjer kommune (på vegne av samarbeidende kommuner for DMS Inntrøndelag) og Helse Nord-Trøndelag.

Vi har hatt interessante og inspirerende diskusjoner med flere av deltagerne i dette prosjektarbeidet og takker for dette, spesielt vil vi takke prosjektlederen, professor Tor Busch ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, for meget vel utført jobb som prosjektleder. Vi vil også takke for støtte fra Regionalt forskningsfond Midt-Norge til gjennomføring av prosjektet.

Steinkjer, april 2012.

Knut Ingar Westeren og Jan Ole Similä.

INNHold

Forord	ii
1 Innledning	1
1.1 Kort om utgangspunktet for hovedprosjekt og dette delprosjektet.	1
1.2 Kort om organisering av arbeidet med prosjektet	2
2 Teoretiske betraktninger	4
2.1 Om innhold og utvikling av styringsbegrepet	4
2.2 Teoretiske betraktninger om kontrakter innen rammen av organisering og styring	14
2.3 Incentiver som styringsverktøy i offentlig sektor	24
3 Samhandlingsreformen som utgangspunkt for forskning om styring og organisering	31
3.1 Innledning	31
3.2 Samhandlingsreformen – et virkemiddel for best mulige pasientforløp.	32
3.3 Kommunal medfinansiering.	33
3.4 Utskrivningsklare pasienter	39
3.5 Øyeblikkelig hjelp	46
3.6 Kort om samhandlingsreformen, finansiering og inntektssystemet	51
3.7 Samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus.	54
3.8 Lokalmedisinsk senter/distriktsmedisinsk senter	55
4 Undersøkelse om holdninger til samhandlingsreformen	57
4.1 Innledning.	57
4.2 Kommentarer til svarene på de enkelte spørsmål.	58
5 Behov og ressursbruk ved distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag.	77
5.1 Innledning.	77
5.2 Prinsipielt om metodikken for datainnsamling	77
5.3 Analyse av data	79
5.4 Økonomi	89

6 Anbefalinger om forskningsmessig oppfølging	92
Referanser	104
Vedlegg: 1: Kort om IPLOS-systemet.	109

1 Innledning

1.1 Kort om utgangspunktet for hovedprosjekt og dette delprosjektet.

Dette prosjektet er et delprosjekt innen rammen av hovedprosjektet "Forskning og innovasjon i offentlig sektor i Midt-Norge" finansiert av Regionalt forskningsfond Midt-Norge.

Hovedprosjektet bygger på en samarbeidsavtale mellom Høgskolen i Sør Trøndelag (prosjektansvarlig), Høgskolen i Molde og Høgskolen i Nord Trøndelag. Det overordnede målet med hovedprosjektet er å utrede potensialet for forskningsprosjekter i Midt-Norge med sikte på å stimulere til innovasjon i regional offentlig tjenesteyting. Resultatene skal avdekke konkrete forskningsbehov innenfor kommunal tjenesteproduksjon og diskutere hvilke effekter som kan realiseres gjennom målrettet forskningsvirksomhet. Hovedprosjektet har fokus på organisasjon/ledelse/styring og bruk av IKT i offentlig tjenesteproduksjon.

Innen denne rammen har dette delprosjekt overskriften "Styring og organisering", og omfatter organisering, styring og ledelse av offentlig tjenesteproduksjon. Det innebærer at den profesjonelle siden av selve tjenesteproduksjon holdes utenfor. Videre gjelder prosjektet offentlige tjenester som ytes av kommunale virksomheter i Midt Norge. Dette prosjektet har samhandlingsreformen som fokusområde, vil dette si at vi vil analysere hvilke problemstillinger med hensyn til organisering, styring og ledelse som er interessante og relevante, men vi vil ikke i detalj se på innholdet i de tjenester som for eksempel kommunene yter til forskjellige grupper som en del av reformen.

Hovedfokus i prosjektet er at vi skal gi anbefalinger om hvordan FoU kan stimulere til innovasjon i tjenesteproduksjon – i dette delprosjektet vil kommunalt nivå være spesielt interessant, men vi vil også komme inn på andre forvaltningsnivåer som spesialisthelsetjenesten siden den spiller en sentral rolle innen rammen av samhandlingsreformen. I prosjektbeskrivelsen er det lagt vekt på å få fram hvordan FoU kan stimulere til innovasjon i tjenesteproduksjon spesielt knyttet til ledelse, styring, organisering og bruk av IKT. Dette er et bredt teoretisk felt og innen rammen av dette delprosjektet er fokus spesielt rettet mot styring og organisering, men vi vil også se problemstillingene i forhold til ledelse og IKT der dette er naturlig.

I dette prosjektet er det nødvendig å balansere bredde og dybde. Formuleringen i problemstillingen for hovedprosjektet generelt indikerer at det skal legges vekt på bredde. Formålet er å avdekke områder med behov for videre forskning – ikke at denne forskningen skal gjennomføres i dette prosjektet. Dette har vi møtt ved at det er gjennomført en undersøkelse blant alle primærkommuner i de fylker som dekkes av prosjektet (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag) om holdninger til ansvarsreformen med særlig fokus mot styring og organisering. Det rapporteres også fra en case studie som er spesielt interessant innen rammen av samhandlingsreformen for å få et bedre innblikk hvilke problemstillinger som er mest aktuelle for de som er i ferd med å gjennomføre reformen ”ute i marken”.

1.2 Kort om organisering av arbeidet med prosjektet.

Utgangspunktet for dette delprosjektet både med hensyn til teori og datainnsamling er styring og organisering. I teorigapittelet vil det først bli gitt en innledning hvor vi først ser på hvordan holdning til styring i offentlig sektor har utviklet seg – hvilke styringsparadigmer har vært de viktigste de siste desenniene og hvor ser utviklingen ut til å gå nå. Så vil vi gå nærmere inn på to teoretiske hovedinnfallsvinkler, en kontraktsteoretisk innfallsvinkel og en basert på teori om insentiver og insentivstrukturer.

Vi har gjennomført en datainnsamling for dette delprosjektet ved å spørre alle kommuner i fylkene Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag om holdninger til samhandlingsreformen i et styrings og organiseringsperspektiv. I den opprinnelige prosjektbeskrivelsen hadde vi foreslått å velge ut 3-4 kommuner i hvert fylke, men for å få konklusjoner hvor vi i større grad kan generalisere for alle kommunene i de tre fylkene valgte vi å spørre alle. Mer i detalj analyserer vi spørsmål som i hvor stor grad kommunene har beholdt tradisjonell hierarkisk organisering og hvilke insentiver samhandlingsreformen kan gi. Siden tidsperspektivet blir såpass kort er det vanskelig å gå inn på om insentivene virker eller ikke, men en del mønstre synes vi allerede å se konturene av. Spesielt interessant blir det også å registrere om, og i hvilken grad, kommunene inne rammen av hierarkisk organisering tar hensyn til markedsbegrunnede insentiver/styringsparametere som for eksempel stykkpriser. Som case studie innen samhandlingsreformen har vi sett på etableringen av

distriktsmedisinske sentre (DMS) og den etablering vi har analysert er DMS på Innherred hvor Steinkjer er vertskommune.

Når det gjelder kontrakter i tilknytning til spørsmål om organisering og styring er vi først og fremst interessert i hvordan de blir brukt og i hvor stor grad de blir brukt. Spesielt vil vi også se på hvordan man i praksis har håndtert spørsmålet om tvungen kontraktsregulering i tvungne partnerskap.

Det sentrale i dette prosjektet er å finne fram til hvilke innovasjons/forbedringsmuligheter med hensyn til styring og organisering som ligger innenfor kommunal tjenesteproduksjon. Arbeidet med prosjektet er ment å avdekke hvordan FoU kan stimulere til innovasjon og forbedring av tjenestene. Spesielt når det gjelder samhandlingsreformen er kunnskapsnivået med hensyn til erfaringer beskjedent siden reformen først settes i verk i fra januar 2012, men vi mener den datainnsamling vi har gjort kan gi noen pekepinner om i hvilken retning det går. På den annen side gir samhandlingsreformen et svært interessant utgangspunkt siden den er en stor og omfattende reform hvor det åpenbart er rom for nytenking basert på forskningsbasert kunnskap

2 Teoretiske betraktninger

2.1 Om innhold og utvikling av styringsbegrepet.

Kort sagt kan vi si at vi har hatt tre bølger med styringslogikker når vi ser tidsperioden fra slutten av annen verdenskrig og frem til nå. Vi hadde det man ofte kaller en Rød Bølge inspirert av sosialdemokratisk tenkning fra 1945 og frem til om lag 1973 som tankegang for utvikling av den nordiske velferdsmodellen. Den andre bølgen blir ofte kalt Den Grønne bølgen, hvor måten å tenke offentlig styring på kombinerte elementer fra den røde tankegangen med vekt på styring, med utgangspunkt i økologiske prinsipper om bærekraft, ofte inspirert fra Brundtlandkommisjonen. Den tredje bølgen, blir ofte kalt den Blå Bølgen, tar utgangspunkt i en ny-liberalistisk og ny-konservativ måte å tenke på og kan sies å starte rundt 1985 og har vart nærmest frem til nå, i alle fall fram til 2000. Hva vi kan si at kommer etter den Blå Bølgen blir diskutert i slutten av dette avsnittet, men to stikkord eller retninger blir betegnet som nettverksstyring og det digitale styringsparadigmet.

Den blå bølgen får ofte begrepet ” New Public Management” knyttet til seg, forkortet NPM. Før vi går nærmere innpå hva NPM egentlig har betydd, er det interessant å spørre seg: Siden ”New Public Management” har blitt så viktig, hva var da ”Old Public Management”. ”New Public Management” kom som en reaksjon på den tradisjonelle sosialdemokratiske styringsmodellen, hvor spesielt Brofoss og Frisch var ideologene, og denne modellen ble satt i verk som en del av oppbyggingsprogrammet etter krigen. Man kan si at ”Old Public Management” ble konstruert som en del av den sosialdemokratiske modellen for gjenoppbygging og utvikling av den norske og nordiske velferdsmodellen, det vil si den Røde Bølgen. Grunntanken var en virkemiddel–mål tankegang i stor grad basert på Keynes. For at man skulle nå det nasjonale målet om å ha hele folket i arbeid, så tok man utgangspunkt i Keynes styringstankegang, i den forstand at var det dårlige tider med høy arbeidsledighet, så brukte man ekstra penger på statsbudsjettet for å stimulere etterspørselsiden i økonomien. Og tilsvarende, om økonomien ble overopphetet, med høy inflasjonen og lav arbeidsledighet, så kunne man enten kutte ned på offentlig sektor og/eller øke beskatningen, en grundig framstilling av grunntrekkene i den tradisjonelle sosialdemokratiske modellen er gitt av L. Johansen i ”Lecture Notes on Public Planning”, Johansen (1980).

Utover på 1970-tallet begynte velferdsstaten å bli velutviklet, men den la også beslag på betydelige deler av den økonomiske aktiviteten. Kritikken mot offentlig sektor og offentlig styring vokste fram fra 1973 hvor oljekrisen kom og fram til rundt 1985 hvor politikkonslaget med New Public Management begynte å sette spor etter seg. Kritikken av offentlig sektor gikk i hovedsak ut på:

- Offentlig sektor var for stor
- Offentlig sektor var for byråkratisk og regelstyrt
- Offentlig sektor produserte med for høye enhetskostnader
- Offentlig sektor hadde for svak brukerorientering og brukerstyring
- Offentlig sektor hadde for svak ledelse og man tillot i svært liten grad offentlig virkemiddelbruk å lære av hva som skjedde i markeder det vil si å bringe inn privat sektor mer i samkvem med offentlig sektor.

Begrunnelsen for fremveksten av offentlig sektor var grei nok siden offentlig sektor hadde som mål velferdsmaksimering, det vil si at man på vegne av befolkningen prøvde å gjøre resultatet så godt som mulig mens produksjon i privat sektor hele tiden har hatt profittmaksimering som mål.

Hva man egentlig legger i begrepet ”New Public Management” varierer og det er også stor variasjon i hvor kraftig omlegging mot NPM-orienterte tiltak man gjennomførte. Land som England og New Zealand må kunne sies å ha gjennomført NPM som en relativt kraftig omlegging fra den tradisjonelle mål-virkemiddelstyringen, mens den nordiske versjonen er noe mer avdempet.

Når vi ser på den oppsummering som ofte gis av den nordiske versjonen av New Public Management så bygger dette på to hovedargumentasjoner – en med utgangspunkt i en økonomisk argumentasjon og en med utgangspunkt i en argumentasjon ut fra tiltak innen organisasjon og ledelse.

Den økonomiske argumentasjonen for NPM tar utgangspunkt i et normalt fungerende marked som modell. De tiltak som man her i stor grad ser, er for det første privatisering og konkurranseutsetting, hvor det viser seg viktig å skille mellom bestiller og utfører av

tjenestene. Det andre momentet går på frie brukervalg og brukerbetaling for offentlige tjenester. Det tredje hovedmomentet er innføring av såkalte selektive insitamenter i den forstand at man for eksempel tillater forskjellige typer lønnstrukturer.

De økonomiske tiltakene er enklere å identifisere og gi en merkelapp enn tiltakene innen organisasjon og ledelse. I utgangspunktet hadde offentlig sektor en utpreget hierarkisk organisasjon og ledelsesstruktur mens det innen rammen av NPM ofte ble endringer i retning av en flatere struktur og mer entreprenørorientert ledelse i den forstand at det ble lagt vekt på nyskaping. I tillegg overtok man en del ledelsesmodeller fra privat sektor, spesielt med utgangspunkt i stikkordene Teamledelse og Total Quality Management (TQM). I de siste årene har vi nå også sett en videre utvikling mot kunnskapsledelse (Knowledge Management), men i hvilken grad dette virkelig kan knyttes til NPM som ideologi er diskutabelt. De fleste er enige om at de økonomiske argumentasjonene for NPM i betydelig grad står på egne bein mens det er vanskeligere å begrunne at tiltak ut fra organisasjon og ledelse egentlig bygger på genuint nye antakelser.

Om vi ser på oppsummering av NPM i forhold til erfaringer fra land som har gjennomført mer radikale snuoperasjoner i retning av "New Public Management" som England, USA, Australia, New Zealand, Canada og Nederland så møter vi på sett og vis en del av de samme stikkord og tiltak. For den mer radikale versjonen av NPM blir det ofte delt opp i tre punkter:

- Endring i organisasjonsstruktur, det vil si at man går fra større enhetlige organisasjoner til mer oppdelte avdelinger med modell fra større bedrifter under et stikkord som ofte blir kalt "disaggregation". Det ser ut til å være en klar ideologi å bryte ned hierarkiene med begrunnelse av at dette gjør de enkelte mindre enhetene i større grad styrbare slik at man kan innføre tankegang i retning av overskuddsmaksimering også for deler av offentlig sektor i omorganisert versjon.
- Det andre hovedpunktet bygger på å gjøre om offentlige aktiviteter etter marked som modell og her møter vi stikkord som privatisering og konkurranseutsetting, og ikke minst og at man i denne sammenheng skiller bestiller og utførerfunksjoner. I tillegg er det i de mer ekstreme versjonene av NPM et klart utalt mål å redusere omfanget av administrasjon og servicetilbydere innen offentlig sektor.
- Det tredje momentet er innføring av insentiver hvor selve insentivstrukturen da knyttes opp mot individuelle mål og overskuddsmaksimering for de enkelte aktiviteter.

De fleste er nå enige om at flere av hovedmålene for New Public Management og måten dette ble gjort på har vist seg å fungere dårlig på noen områder og mange problemer har oppstått både i forhold til styring og i forhold til resultater av aktivitetene. Hva som da følger etter New Public Management som styringsregime diskuteres og det brukes ofte to stikkord for å karakterisere de nye utviklingstrendene etter NPM. Det ene stikkordet er ”Network Governance” som på norsk kan oversettes til nettverksstyring og det andre er ”Digital Era Governanse” forkortet DEG.

En hovedinnvending mot NPM er om de tradisjonelle målformuleringene for offentlig sektor faktisk fungerer når vi overlater betydelige deler av aktivitetene til markedet. Et eksempel er her sykehjem hvor det er mange eksempler de 10 siste årene på at det har vært problematisk å definere hva kvalitet i sykehjemsproduksjon egentlig er. Og klarer man ikke å karakterisere produktet, så viser det seg at markedsutsetting av produksjonen blir vanskelig og konfliktskapende. Om vi måler kvalitet på et sykehjem ved å se på antall kvadratmeter og størrelse på rommet, at det faktisk er et enerom, at maten inneholder de riktige næringsstoffer, og andre fysiske og registrerbare faktorer ved tilbudet, så kan det hende, det har vi sett, at subjektive kvalitetsindikatorer kan være minst like viktige. På samme måte har vi sett problemer ved styring av sykehus som delvis baseres på analyse av enhetskostnader for de forskjellige aktiviteter, det som i Norge kalles DRG-systemet.

Kort sagt har det vist seg problematisk å ta i bruk bedriftsbaserte modeller direkte på deler av den type serviceproduksjon vi har i offentlig sektor. I tillegg prøvde man via NPM-logikk å gi inntrykk av at denne type omlegginger var verdinøytrale, noe de fleste etter hvert måtte innse at de ikke var. På den annen side er det ikke tvil om at en del markedsløsninger innen for eksempel snøbrøyting og renhold av offentlige institusjoner åpenbart har gitt gode resultater. Det er i dette notatet ikke intensjonen å gi en fullstendig diskusjon av fordeler og ulemper med markedsutsetting som en del av en NPM-ideologi, men en hovedkonklusjon er at om vi skal prøve markedsløsninger innen rammen av offentlig sektor, så må dette være markedsløsninger som faktisk blir rimelig like hvordan vi kan tenke oss et velfungerende marked i privat sammenheng.

Vi har gjennom det siste tiåret sett en fremvekst av nettverk (partnerskap av samarbeidende virksomheter) som organiserings- og styringsform også i offentlig sektor. Miles og Snow

(1986) beskriver nettverket som en løsning på organisatoriske utfordringer i turbulente tider. Offentlig sektor har gjennom lang tid har stått overfor krevende utfordringer, både når det gjelder demografi og økonomi. Dette har vært en kilde til søking etter nye og bedre løsninger på produksjonsutfordringene. Allerede i 1994 kan vi se at det rapporteres om at etablering av nettverk øker i omfang i forhold til at bedrifter i privat sektor skal opprettholde og øke sin konkurransevne, Mohr og Spekman (1994). Den samme tenkningen kommer også for alvor inn i offentlig sektor gjennom Tony Blairs politiske manifest ”The third way”, hvor det i Storbritannia gjennomføres en reform med tanke på at offentlige etater på ulike nivå skal samarbeide for å løse komplekse sosiale problemer – såkalt ”Joined-up government”, Driver og Martell, (2000). Det er ikke bare internt i offentlig sektor man skal etablere nettverk, man skal også etablere partnerskap med virksomheter i privat og frivillig sektor. At partnerskapstenkning var viktig i Storbritannia ble understreket ved at man i 2001 etablerte en egen ”Strategic partnership taskforce” direkte underlagt visestatsministeren. Her skulle man bidra med hjelp i forhold til å forbedre tjenestene produsert via partnerskap, Hardy, Hudson og Waddington, (2003).

Også i USA blir partnerskap et verktøy for å løse utfordringene i offentlig sektor, og spesielt i helsevesenet, Lasker, Weiss og Miller, (2001). Audit Commission, som har som en viktig oppgave å fremme den beste bruken av offentlige midler i Storbritannia, publiserer i 1998 et omfattende dokument - en veileder i hvordan man skal gripe an utfordringer med den nye måten og organisere produksjonen på, ”A fruitful partnership – effective partnership working”, hvor de bl.a. skriver:

”Working in partnership with other organisations is a critical task for councils, police force, health authorities and NHS trusts. [...] Partnership working is a potentially powerful tool for tackling difficult policy and operational problems that local agencies face”

De skriver videre at det er utfordrende å få partnerskap til å fungere godt, og at det derfor er en svært krevende ledelsesmessig oppgave. Når det så kommer til de ideelle effektene av partnerskap, skriver man at:

”...the quality and cost effectiveness of services can be significantly improved when organisations work well together. Service users recognise this”.

Det skrives imidlertid at fordelene med partnerskap ofte er vanskelig å realisere i praksis, og at mange partnerskap mislykkes i å nå målene, og derfor bare fremstår som partnerskap i

navnet. Det som er krevende er at man gjennom nettverket av ulike partnere skal forsøke å hente ut synergier, hvor Lasker et al (2001) beskriver synergi som "The power to combine the perspectives, resources, and skills of a group of people and organizations..." (p. 184). Har man altså ikke kraft til å utnytte potensialet i at man samler kompetanse og ressurser i et partnerskap, er slutningen at det på mange måter vil være sløsing med ressurser og kompetanse å etablere disse nettverkene av ulike partnere.

Tema som sjelden står på agendaen når partnerskap skal promoteres, er knyttet til spill og konflikt. Man kan se at svakhetene med partnerskap nevnes i bisetninger, f.eks. at "partnerships have the potential to be destructive, particularly for weaker partners", Lasker et al (2001). Lumby og Morrison (2006) snur på mange måter partnerskapstenkningen på hodet, og gjennomfører en analyse med utgangspunkt konflikt-og spillteori. Utgangspunkt for partnerskap er at det skal være et vinn-vinn-samspill, samtidig som man vet at konflikter og spill om ressurser, posisjoner, prestisje o.l. er en del av hverdagen. Det pekes på at det kan være så enkelt at individer eller organisasjoner er opptatt av for eksempel å:

- Sikre eller utvide egne ressurser
- Heve den sosiale posisjonen
- Søke privilegier eller prestisje
- Etablere allianser med andre

Når målene delvis går på tvers av partnerskapet og når enkeltindivider og grupper begynner å opptre opportunistisk, vil man ha et problematisk utgangspunkt i forhold til å sikre et velfungerende partnerskap.

Når det gjelder de dokumenterte effektene av partnerskap, skriver Lasker et.al (2001) at det har vært vanskelig å dokumentere dette innenfor helsesektoren. Dowling et al. (2004) skriver at det på generelt grunnlag er anerkjent at det er vanskelig å evaluere hvilken betydning partnerskap har, da det er vanskelig å peke på klare årsak-virkningssammenhenger. Samarbeidet bygger kun på en antakelse om at samarbeid vil være mer effektivt enn om partene jobber hver for seg. Med referanse til flere studier skriver Lasker et al. at "...there is little evidence that collaboration has improved health status or health systems in communities".

Tonen i forhold til å spre budskapet om fordelene med partnerskap har vært svært optimistisk, og Dowling, Powell og Glendinning (2004) skriver at man i iveren etter å spre budskapet om partnerskapets fortreffelighet, ikke bidrar til å fremme kritiske merknader, og at "there are problems of definition, validity and reliability" (p. 310). Selv presenterer de en omfattende gjennomgang av forskning knyttet til forsøk på å evaluere resultatene av partnerskap innenfor helsevesenet. De peker på at de verktøy som er utformet for å måle effektene av partnerskap i stor grad er fokusert på å evaluere prosess, mens formålet med partnerskapet er knyttet til å bedre resultatene inn mot brukerne.

Svakheten med prosessmålingene er at de er mer opptatt av hvordan selve partnerskapet fungerer, enn de er opptatt av hva som kommer ut av det. Går vi nærmere inn på de studiene som har hatt fokus nettopp på resultatene av partnerskapet, har disse bl.a. sett på om tilgjengeligheten til tjenestene har bedret seg for brukerne, om distribusjonen av tjenester er blitt mer rettferdig, om ansattes kompetanse har økt, om det har skjedd forbedringer i helsesituasjon og livskvalitet hos brukerne av tjenestene, og om det har skjedd effektivitets- eller kvalitetsforbedringer i de tjenestene som er levert. Det er i forhold til det siste, at man også har inkludert kostnadsberegninger. Dowling et al (2004) skriver at resultatene av disse studiene er tvetydige. Samtidig mangler man dokumentasjon på at de mulige fordelene med partnerskapet er større enn kostnadene med å etablere og drive samarbeidet.

Det andre styringsparadigmet som kommer etter NPM kalles ofte for det digitale styringsparadigmet eller DEA, på engelsk "Digital Era Network". De fleste tidfester fremveksten av DEA til 2003 – 2005 og spesielt til de tre OECD-rapportene som kom i 2003, 2004 og 2005. OECD-rapporten fra 2004 blir på mange måter sett på som en klar oppsummering av en av hovedinnvendingene mot "New Public Management":

"Creating new organizations is a blunt instrument best used to build important new capacities, rather than as a stimulus for management improvement. The proliferation of more or less autonomous arm-length public bodies makes collective action difficult" (OECD 2004).

I dette ligger det at den betydelige nedbygging og disagregering av offentlig sektor i mindre selvstyrte enheter har gitt betydelige problemer hvorav de to viktigste var for det første at man hadde bygd opp nye byråkratier uten hverken å slanke eller effektivisere de gamle i særlig grad. For det andre hadde trenden med disagregering av offentlig sektor også ført til at disse organene hadde blitt vanskeligere å styre sett i forhold til det bevilgningsansvar offentlig

sektor uansett ville ha for mange tjenester. OECD-rapporten peker på mange offentlige organer i England, Nederland og USA spesielt innen helse, samferdsel og undervisning hvor de problemer som er nevnt ovenfor hadde funnet sted. Dette vil selvfølgelig ikke si at enhver disagregering og endring i organisasjonsstruktur var mislykket, og det er også eksempler på at etablering av direktorater og tilsvarende typer organisasjoner i større grad frikoblet fra det direkte politiske styringssystem førte til effektivisering med hensyn til ressursbruk og klarere og mer effektive styringslinjer.

Videre hevdes det i de tre OECD-rapportene at større innføring av konkurranseaspekter på en del områder for det første har vært vanskelig å reversere og for det andre ikke har fungert helt i forhold til teori og intensjoner. De mest fremtredende eksemplene her er fra helsesektoren hvor innføring av såkalte kvasimarkeder både har vist seg kostnadsdrivende og problematisk i forhold til offentlig sektors prioriteringer. Kjernen i denne argumentasjonen går på at de kvasimarkeder som etableres, er så langt fra tenkte optimalitetsegenskaper for hvordan et faktisk marked ville ha fungert slik at prissignalene ikke blir korrekte. Videre har det også vist seg at oppbygging og bruk av interne kvasimarkeder i helsesektoren har bygd opp og krevd mer byråkrati enn man egentlig hadde fra før. I denne sammenheng er det også interessant å se på en del forskningsresultater og betraktninger rundt outsourcing av IT-tjenester innen helse og samferdsel. Her pekes det på flere negative enn positive resultater og hovedproblemet med å flytte IT-tjenestene fra offentlig sektors kjerneaktivitet for å gi tjenesten til en privat aktør, er at offentlig sektor da mister kunnskap og kompetanseoppbygging som i mange tilfeller viser seg å være nødvendig for å kunne bruke IT-tjenestene på en hensiktsmessig måte. Videre viser rapportene mange eksempler på at insentivstyring også viser blandede resultater sett i forhold til de mål om effektivisering av tjenestene som man satte på forhånd.

Den første bølgen i fremvekst av DEG regnes å komme fra 1985 – 1995 og hovedinnholdet er her at man i stor grad går over til databaserte hjelpemidler med hensyn til tekstbehandling, arkivering og beregninger. Dette fører til at man ikke får behov for tusenvis av kontorstillinger som en del av en automatiseringsprosess og digitaliseringsprosess av drift av byråkratier. Denne trenden er ikke spesiell for offentlig sektor og tilsvarende resultater ser man i privat sektor, som for eksempel innen banksektoren. Konklusjonen er at drift av byråkratier i betydelig grad nå ble avhengig av den IT infrastruktur som ble etablert, men det endret ikke selve byråkratietts måte å operere på i svært stor grad. Den viktigste endring ser ut

til å være at saksbehandlernivået nå i mye større grad faktisk utfører oppgaver innen tekstbehandling, redigering og produksjon av dokumenter som det som kan kalles kontorstøttefunksjoner gjorde tidligere. Det som skjedde blir ofte i engelskspråklig litteratur kalt en "Back Office Revolution" eller på norsk en endring av kontorstøttefunksjonene.

Den andre bølgen som starter rundt 1995, og hvor vi virkelig ser betydelige resultater manifestere seg fra 2005 og utover, tar utgangspunkt i følgende tre DEG-verktøy:

- Internet
- E-mail
- Web

Disse verktøyene endrer radikalt hvordan offentlig sektors drift skjer innen den enkelte etat, mellom etater og organisasjoner og mellom etater, organisasjoner og offentligheten (publikum). Denne endringen påvirker også hvordan offentlige politiske tiltak og politikker ovenfor befolkningen utformes. Nå blir selve IT og informasjonsbehandlingen fokus for politikken mot at det tidligere i hovedsak var et virkemiddel. Selvfølgelig er IT også et virkemiddel, men det interessante er at det nå blir både et mål og et virkemiddel på en gang.

De viktigste endringene som følge av styring basert på DEG er:

- 1 E-mail både som intern og ekstern kommunikasjonsform
- 2 Web og intranett som informasjonsnettverk
- 3 Spesielt utviklede elektroniske tjenester for brukergrupper
- 4 Fra papir til elektronisk arkiv/dokumentasjon. I denne sammenhengen blir det viktig å se på hvordan man elektronisk sett autoriserer forskjellige versjoner av tekster og dokumenter i forhold til hvilke rettslige regler å følger dette får.

Vi ser mange eksempler på, jamfør OECD-rapportene det tidligere har vist til, at det brukes begrunnelser og erfaringer ut fra DEG-styring for å bringe tilbake mange av de avdelinger, direktorater og kontorer hvor NPM hadde gitt en begrunnelse for outsourcing. Det vi ser er ikke at vi kommer tilbake til de gamle sentraliserte byråkратиene, men at elektroniske kommunikasjons og styringssystemer fører til to effekter på en gang:

- Effektiviserer drift og åpner for større og mer effektiv informasjonstilgang

- Som en konsekvens av dette stiller krav at det innen organisasjonen må bygges opp ”clusters of expertise” som det er helt nødvendig å ha innen rammen av organisasjonen og hvor det viser seg helt uhensiktsmessig og uproduktivt med outsourcing.

De to store eksemplene her er tilbakeføring av 28 000 airport security staff i USA fra private kontraktorer til offentlig drift av flyplassene og tilbakeføring av viktige drifts- og styringsenheter innen den engelske jernbanen.

Et sentralt behov som har dukket opp sammen med de nye digitale produksjons og informasjonskanalene er kravet om det som på engelsk kalles ”needs-based holism” eller på norsk behovsorientert helhetstenkning. Når man finner større totale digitale løsninger for kommunikasjon mellom offentlig sektor og befolkningen så har man funnet mange eksempler på at ansvar og drift for slike løsninger ikke kan splittes opp i enkeltkontrakter som settes ut på anbud. Om man skal gi et digitalt tilbud fra A-Å så virker det å være sentralt at man faktisk både har kontroll med produksjon system og prioriteringer innen den offentlige sektor som faktisk har ansvaret.

Tilsvarende effekter har man også funnet innen helsevesenet hvor det blir stilt større krav til at brukeren faktisk skal få anledning til å gi tilbakemelding for alle deler av service og behandling til den ansvarlige myndighet. Vi ser mange eksempler på digitalisering og Webbasert produksjon på slike tilbakemeldinger og det viser seg da at mottakerne av dette også må ha ansvar og innflytelse i forhold til hele produksjonskjeden av tjenestene.

Videre er det slik at en del av de trender vi ser for teknologiendringer ved større bruk av elektroniske virkemidler påvirker både organisasjoner og organisasjonskultur. Den første trenden vi vil nevne kalles ofte elektronisk basert tjenesteutforming i den forstand at papirbaserte administrative tjenester blir konvertert til e-government-prosesser. Et eksempel vi ser mer eller mindre over hele den vestlige verden er hvordan skattesystemene endres fra papir til elektroniske media. Et annet eksempel er det vi kan kalle elektronisk styring/overvåking som vi ser fremvekst av innen samferdselsektoren ved for eksempel styring av trafikkmønstre og kødannelser. Andre eksempler ser vi innen bompengeneinnkreving og t-banedrift.

En tredje utviklingstrend kalles ”open book government” det vil si at kommunikasjonen mellom borger og offentlig sektor organiseres slik at den enkelte innbygger kan gå inn å se sin egen fil med skatteopplysninger, helseopplysninger, søknadsbehandling osv.

Hovedtanken i de tre nevnte OECD-rapportene går i retning av at de momentene vi har nevnt ovenfor for hvordan DEG påvirker organisering støtter opp under argumentet om reintegrasjon og needs-based holism. Vi vil selvfølgelig også i fremtiden se oppdeling av offentlige byråkratier i mindre enheter, bruk av markedsbaserte kontrakter og forskjellige insentivsystemer. Den endring i å vurdere disse styringsformene som har kommet fra om lag år 2005 sammen med en digitalisering av kommunikasjonskanaler både innen offentlig sektor og mellom offentlig sektor og befolkningen, peker i retning av at NPM ikke er den fremtidige eneste løsningen på hvordan tanker og logikker rundt styring skal foregå, men en mulighet i spesielle tilfeller hvor det har en særskilt begrunnelse. Det er, i alle fall etter OECDs vurderinger, viktig med et fokus mot behovsbasert helhetstenkning som går sammen med den digitaliserte utvikling av kommunikasjonskanaler og tjenestetilbud.

2.2 Teoretiske betraktninger om kontrakter innen rammen av organisering og styring.

Utfordringer virksomheter i offentlig sektor står overfor i dag, er knyttet til at man blir utfordret på en mix av styringsmodeller; Hierarki, marked, klan (f.eks. profesjon) og nettverk (se for eksempel Ouchi, (1980)). Basisstrukturen i offentlig sektor er gjerne hierarki, samtidig som vi vet at andelen ansatte i offentlig sektor med profesjonsutdanning ligger omkring 50 %, Similä og McCourt, (2011), noe som vil si at det også kan være et betydelig innslag klanstyring. Derneft har vi gjennom de siste tre tiårene opplevd et stadig sterkere innslag av markedstenkning i offentlig sektor, gjennom det vi kjenner som ”New Public Management”, se kapittel 2.1 og Klausen (2011). Nettverk har ligget som en mellomløsning mellom en ren hierarkisk og en ren markedsbasert styringsform, og nevnes bl.a. av Williamson (1987). Busch (2011) presenterer nettverk og nettverksledelse som en av de nyere trender i offentlig sektor (se også f.eks. Brinkerhoff, J.M. (2002)). I tabellen nedenfor har vi stilt opp ulike styringsformer, angitt den sentrale reguleringsmekanismen disse styringsformene bygger på, samt angitt sentrale normative krav rettet mot aktørene som opererer innenfor de ulike styringsformene.

Tabell 2.1: Styringsmessig rammeverk (Etter inspirasjon fra Ouchi, (1980))

Styringsform	Regulerings- mekanisme	Normative krav
Marked (kontrakt)	Pris	Gjensidighet
Hierarki	Regler	Gjensidighet Legitim autoritet
Klan (profesjon)	Tradisjoner	Gjensidighet Legitim autoritet Felles verdier og holdninger
Nettverk/ partnerskap	Tillit	Gjensidighet Felles verdier og holdninger

I dette prosjektet har vi i en del av analysen hatt særlig fokus på kontrakten som utgangspunkt for organisering og styring, men om man skal få et bilde over den totale kompleksiteten praktikerne står overfor, er det naturligvis nødvendig å ta høyde også for de øvrige styringsformene.

Kontrakten som utgangspunkt for organisering og styring.

Kontraktualiseringen av relasjoner bidrar til at vi utenfra sett, etablerer bestemte måter å betrakte relasjonen på. Innenfra bidrar kontrakten til å strukturere relasjonen mellom aktørene. I det ligger at når vi omtaler forholdet (styringen) som en kontrakt, så påvirker dette atferden i retning av utøvelse av det vi kan benevne som kontraktsatferd. Collins (2002) peker på fire dimensjoner i den kontraktuelle relasjonen som bør være gjenstand for refleksjon:

- Hva er verdsatt atferd – hva er avtalt, hva er forventet?
- Hvilken bytteverdi har avtalen for partene – økonomisk, behovstilfredsstillelse?
- Hvilke parter avgrenser kontrakten seg til – atomisering?
- Påvirker kontrakten maktforholdet mellom partene, og eventuelt hvordan?

Vi kan beskrive den kontraktuelle relasjonen som et avgrenset kommunikasjonssystem med spesielle særtrekk. Det er imidlertid også viktig å tenke på at kontrakten alltid fungerer innenfor rammen av en bestemt samfunnsmessig sammenheng. Her kan man, og bør man, også se at kontrakten representerer en av flere styringsmessige tilnærminger, slik at den kan stå i en form for konkurranseforhold til den hierarkiske, nettverksbaserte og/eller klanbaserte

styringsformen. Ulike sammenhenger kontrakter etableres innenfor, vil altså påvirke den kontraktuelle relasjonen. Collins (2002) skriver følgende:

”This influence between contract and context is often described by the insistence that contractual relations always remain ‘embedded’ in the social practices and norms from which they arise.”

Her kan man godt tenke seg at det vil være forskjeller på hvordan kontrakter oppfattes i ulike bransjer, og at det derfor vil være forskjeller på hvordan man nærmer seg en kontrakt for eksempel i oljebransjen og i helsevesenet.

Når det gjelder kontraktstilnæringer, beskrives det innenfor kontraktsteorien en hard og en myk kontraktstilnærming. Walker og Davis (1999) omtaler den harde og den myke tilnærmingen til kontrakter som ytterpunkter på et kontinuum. Den harde tilnærmingen, som også omtales som den klassiske tilnærmingen, den diskrete tilnærmingen, og den transaksjonsorienterte tilnærmingen, går ut fra at man betrakter transaksjonen som en kontrakt bygd opp rundt diskrete økonomiske bytteforhold som behandles formelt. Den myke, relasjonsorienterte tilnærmingen, inneholder elementer som langvarige sosiale relasjoner mellom kontraktspartene, gjensidig tillit, interpersonlige bindinger, forpliktelse i forhold til spesielle parter, altruisme og samarbeid omkring problemløsning. Ikke ulikt det vi kan se i en partnerskapsorientert tilnærming til samarbeid, som vi senere vil omtale nærmere.

Teoriens kjerne er knyttet til atferdsantakelsene, og hvordan disse bidrar til å påvirke relasjonen mellom ulike aktører. Atferdsantakelsen i den harde kontraktstilnærmingen går i retning av kjerneantakelsen i agent-teori, hvor agenten betraktes som en egeninteresseforfølgende, nyttemaksimerende opportunist, eller som Woodbine og Taylor (2006) skriver, en *psykologisk egoist*. I den harde tilnærmingen bygges forholdet mellom partene på at man antar at den andre parten vil opptre opportunistisk dersom muligheten skulle by seg. I et slikt forhold vil vi se at tillit er erstattet med begrepet kalkulert risiko. Atferdsantakelsen i den myke kontraktstilnærmingen, går i retning av kjerneantakelsen i stewardship teori, hvor stewarden (agenten) har en atferd som er rettet inn mot organisasjonen, hvor en kollektivistisk atferd antas å gi større nytte enn en individualistisk atferd, og da hvor stewarden er opptatt av å bidra til størst mulig nytte for organisasjonen, Davis, Schoorman og Donaldsen, (1997). I den myke tilnærmingen bygges relasjonen mellom partene på tillit. Når vi er helt over på den myke kontraktstilnærmingen, kan det, særlig om partene bygger samarbeidet på muntlige

avtaler, være vanskelig å skille mellom markedsbasert styring og nettverks-/partnerskapsstyring. I offentlig sektor er det vanskelig å kunne benytte et veldig myk kontraktstilnærming uten å komme i konflikt med anskaffelsesregelverket, og derfor har vi ikke fulgt opp denne tilnærmingen i vår undersøkelse.

Situasjonsmessige faktorer som skiller den harde og den myke tilnærmingen, går blant annet ut på at man i den harde kontraktstilnærmingen vil se en kontrollorientert tilnærming til ledelse, mens man i den myke tilnærmingen vil se en involveringsorientert ledelse. Den kontrollorienterte tilnærmingen skiller klart mellom planlegging og kontroll, og gjennomføring av oppgavene, mens den involveringsorienterte tilnærmingen i sterkere grad vektlegger egenkontroll og selvledelse, og derfor ikke skiller mellom planlegging, kontroll, og gjennomføring av oppgavene. Risiko, som vi i større eller mindre grader finner i en relasjon, håndteres i den myke tilnærmingen med opplæring, myndiggjøring og tillit, fremfor økt kontroll som vil være den aktuelle tilnærmingen under harde kontrakter. Den myke tilnærmingen bygger også på at man gjennom aktørenes aksept av organisasjonens misjon, visjon og mål, vil ha en situasjon hvor aktørene identifiserer seg sterkere med organisasjonen, noe som kan danne grunnlaget for utviklingen av en kollektivistisk kultur. Dette som en motsats til den harde tilnærmingen, hvor begrepet kollektiv atferd er fraværende. Makt og aktørenes forhold til autoritet og makt, er også en faktor som spiller inn i den myke kontraktstilnærmingen. Dette beskrives slik, at i organisasjoner med lav maktavstand, betydelig grad av desentralisering, og innslag av konsultasjonskultur ved beslutningstaking, er det større grobunn for en myk kontraktstilnærming enn i sentraliserte organisasjoner.

Walker og Davis (1999) har, med referanse til Macneil (2001), laget en sammenstilling av det harde, klassiske og det myke, relasjonelle kontraktsregimet. Sammen med overblikket som er gitt i teksten foran, gir denne tabellariske fremstillingen et greit overblikk over to ulike regimer.

Tabell 2.2: Kontraktsregimer (Kilde: Walker og Davis, 1999 og Macneil, 2001)

Det klassiske kontraktsregimet	Det relasjonelle kontraktsregimet
Kommunikasjon er begrenset og formell	Kommunikasjonen er omfattende, og både formell og uformell
Alt blir målt i økonomiske termer	Mange forhold er vanskelig å måle. Partene foretar ingen/få målinger
Starten og slutten av kontraktsforholdet er klart definert	Starten og slutten av kontraktsforholdet er vanskelig å definere
Planleggingen før kontrakt etableres, er komplett og spesifisert	Det er begrenset spesifikk planlegging før kontrakten blir etablert
Det er liten eller ingen forhandling mens kontrakten løper	Kontrakten innebærer omfattende felles planlegging – en felles kreativ anstrengelse
Kontrakten er bindende for partene	Kontrakten/avtaledokumentet er veiledende for partene
Nesten ikke noe samarbeid mellom partene er påkrevd etter at kontrakten er påbegynt	Kontraktens suksess er i sin helhet avhengig av samarbeid mellom partene i forhold til planlegging og utførelse
Partenes bidrag og belønninger er spesifisert i kontrakten	Fordeler og ulemper blir delt mellom kontraktspartene
Regler og rettigheter er spesifisert	Regler og rettigheter er ikke-spesifiserte og ikke målbare
Ingen uselvisk atferd er forventet, eller inntreffer	Det er betydelige forventninger om uselvisk atferd
Det er ikke forventet uforutsette problemer. Oppstår dette, er problemløsningen regulert av egne punkter i kontrakten.	Mulighetene for problemer er forventet og blir løst via samarbeid

Hierarki som utgangspunkt for organisering og styring.

Jaques (1990) skriver at hierarkiet er den mest naturlige strukturen for store organisasjoner, og dersom de er hensiktsmessig strukturert kan de bidra til effektiv produksjon. Weber (1922/1996) er den man gjerne refererer til, når det er snakk å beskrive hierarkiet i offentlig sektor. Weber omtaler både det som karakteriserer selve hierarkiet, eller byråkratiet som er det begrepet han bruker, og byråkraten. Vi skal ikke her gå inn på alle detaljene, men vi vil feste oss ved ett sentralt og viktig poeng, nemlig prinsippet om byråkratiets grenser, som er faste og gjerne avgrenset via lov. Det er innenfor den juridisk avgrensede enheten at ledere har formell autoritet. Hvorfor er prinsippet om byråkratiets grenser så viktig å fremheve? Når vi blir presentert for statens oppbygning, med Storting, departementer, direktorater, regionale

etater, fylkeskommuner og kommuner, så kan man få inntrykk av at de ulike enhetene er en del av et stort hierarki, og at det er en hierarkisk rangordning mellom ulike enheter. Det man bør se etter, dersom slike bilder skapes, er hvorvidt det faktisk er et lovverk som setter enhetene inn i et hierarki. I den grad de ulike offentlige organisasjonene ikke står i et definert hierarkisk forhold til hverandre, vil de måtte ses på som likestilte enheter, med ulikt ansvarsområde.

Når vi går inn i helsevesenet, kan man få inntrykk av at det er en hierarkisk rangordning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og at man gjennom Samhandlingsreformen skal etablere en form for halvannen linje tjeneste. Når tanken på at de ulike tjenestene kan være en del av ett hierarki dukker opp, må man stille spørsmål hvorvidt dette er tilfelle, eller om de faktisk tilhører ulike selvstendige juridiske enheter med hver sin spesialisering. Er de en del av et hierarki vil man ha avklart spørsmålet omkring formell autoritet, og er de det ikke, vil makt være gjenstand for forhandlinger.

Klan (profesjon) som utgangspunkt for organisering og styring.

Ouchi (1980) referer til at klan kan forstås som "a kin network" (p. 132), hvor begrepet "kin" henspiller på at de som er en del av nettverket har noen felles karakteristika, som for eksempel profesjoner har. Squires (2005) skriver at det er tre elementer som kjennetegner en profesjon:

1. De spesielle funksjonene den håndterer. F.eks. juridisk rådgivning (advokat) eller kunnskapsformidling (lærer).
2. Det komplekse repertoaret av metoder, prosedyrer, teknikker og teknologier den har tilgjengelig, F.eks. juridisk metode eller pedagogiske metoder.
3. Evnen til å gjennomføre situasjonsbetingede overveielser og tilpasninger.

US National Labor Relations Act, definerer da også profesjonelt arbeid slik at det er: "Work that cannot be standardized, and which requires the consistent exercise of discretion and judgment based on advanced knowledge acquired through lengthy and specialized intellectual study (NLRA Section 2, para. 12).

Et annet aspekt ved profesjonene er at det er autonom arbeidskraft. Autonomien og evnen til selv-regulering er forhold som har blitt utnyttet til å utvikle profesjonsspesifikke standarder i forhold til utdanning, opplæring, praksis og atferdsregler, Fournier (1999). Utøvelse av

styring i forhold til profesjoner, krever at man har innsikt i hva som regulerer deres profesjonelle atferd. Vi skal imidlertid ikke her gå nærmere inn på denne formen for å organisere og styre produksjon, da det faller utenfor rammene for denne rapporten.

Partnerskap som utgangspunkt for organisering og styring.

I Storbritannia snakket man på 1990-tallet om partnerskapsløsninger som en tredje måte å drive tjenesteproduksjon i offentlig sektor på. Tony Blair og hans New Labour regjering ønsket å bevege seg bort fra en kontraktskultur, samtidig som de ønsket å distansere seg fra den byråkratiske hierarkiske styringsformen som representerte det gamle, og bevege seg mer i retning av en partnerskapskultur, Powell og Glendinning (2002). Samhandlingsreformen representerer på mange måter et ønske om å innføre partnerskapstenkningen, forstått som økt grad av forpliktende samarbeid mellom ellers selvstendige juridiske enheter, i norsk offentlig tjenesteproduksjon, samtidig som den i betydelig grad bygger på kontraktskulturen. Som vi skrev tidligere, så er de fleste av oss godt kjent med den hierarkiske styringsformen, og nok også etter hvert prinsippene omkring markedsstyring. Partnerskapstenkningen derimot kan nok være et mer ukjent område, og derfor har vi valgt å omtale partnerskapsløsningen her, så man kan få en bedre forståelse av kompleksiteten som skapes ved å kombinere ulike styringsformer i forbindelse med håndteringen av en produksjon.

Hvordan beskrive et partnerskap? Powell og Exworthy (2002) har en gjennomgang av partnerskapsbegrepet, sett i forhold til andre begreper som nyttes for å beskrive samarbeid mellom organisasjoner, herunder nettverk, og de skriver at "most writers, therefore, roughly equate a number of terms, including networks, with partnership" (p. 16). Powell og Exworthy har selv ingen entydig tilnærming, da de betrakter partnerskap "as quasi-network or intermediate form of organisation that is distinctive from both hierarchies and markets" (p. 16). Vi skiller heller ikke på begrepene nettverk og partnerskap i denne rapporten.

I litteraturen kan vi se at det er et stort mangfold av innfallsvinkler til partnerskapsbegrepet. Casey (2008) skriver at partnerskapet aktualiserer seg gjennom en relasjonell prosess, og karakteriseres ved at:

- Partnerne deler noen målsettinger
- Har felles formål
- At det er gjensidig respekt og vilje til å forhandle og samarbeide

- Dele informasjon
- Etablere en felles beslutningsprosess

Mange stopper kanskje prosessen med å definere partnerskapet ved nettopp en slik beskrivelse, men da risikerer vi fortsatt at ulike aktører har ulik forståelse av hva som ligger i partnerskapsbegrepet. Casey (2008) refererer to svært ulike definisjoner:

Partnerskap er en relasjon:

Som nødvendigvis må bygge på en avtale, enten muntlig eller skriftlig, som involverer deling av makt, arbeid, støtte og/eller informasjon med hverandre i arbeidet med å oppnå felles mål og/eller gjensidige fordeler Kernaghan (1993), referert i Casey (2008). I Storbritannia kan vi se at man har erstattet kontrakten med det som betegnes som ”The Compact”. Dette er i realiteten en avtale om hvordan partene i et partnerskap skal samarbeide på best mulig måte.

Partnerskap er en situasjon:

Hvor det gjøres forsøk på å bygge tette, langsiktige koblinger mellom organisasjoner, som vil opprettholde hver sine særpreg, men allikevel ønsker å jobbe tett sammen, Boddy et al. (2000), referert i Casey (2008).

Den første definisjonen er mer krevende for de samarbeidende virksomhetene enn den andre, da man er tydeligere på funksjonaliteten i samarbeidet. Man tvinges til å diskutere hvordan makt, arbeidet, og informasjon skal deles, og man tvinges til å være tydelige på hva som er felles mål, eventuelt hvor man kan hente ut gjensidige fordeler med samarbeidet. Den andre definisjonen kan betraktes på nivå med gode intensjoner, hvor man uttrykker et ønske om å samarbeide, men at man strengt tatt ikke er avhengige av å samarbeide for å nå de mål den enkelte organisasjon har.

Makt som konsept, har vært nyttet til å beskrive/typologisere partnerskap. Casey (2008) viser bl.a. til en typologisering av Kernaghan (1993) som kan være nyttig i forhold til å reflektere over egen forståelse av partnerskapsbegrepet – se Tabell 3. Her kan vi se partnerskapsbeskrivelser som spenner fra resultatorienterte partnerskap til liksom-partnerskap.

Tabell 2.3: Typer av partnerskap (Kilde Kernaghan 1993, referert i Casey 2008)

Type partnerskap	Karakteristika
Kollaborativt partnerskap	Samler ressurser, slik som penger og informasjon. Hver partner deltar aktivt i beslutningsprosessen. Partnerskapet kan være bygd på gjensidig avhengighet, felles mål, og konsensus. Partnerne bringer like mengder ressurser inn i beslutningsprosessen, hvor det er en opplevelse av balanse i maktforholdet.
Operasjonelt (produksjonsorientert) partnerskap	Tydeliggjøres gjennom handling fremfor via beslutningsmakt. Deling av ressurser. Makten utøves av en part. I denne typen partnerskap er det ikke gitt at alle parter fremstår som like myndiggjort (empowered), men de kan være svært effektive og ha mer fokus på produksjon.
Bidragsbasert partnerskap	Krever ikke aktiv deltakelse av alle parter i beslutningsprosessen. Organisasjonene er enige om å bidra økonomisk, men er lite involvert i det operative.
Konsulterende partnerskap	Har form som et rådgivende organ hvis hovedoppgave er å gi råd ift ulike policy tema.
Liksom partnerskap	Normalt etablert av en offentlig sektor organisasjon for å samle ulike interesser. Det sannsynlige resultatet er at man mister innflytelse.

En utfordring i helsevesenet, som Casey (2008) peker på, er at man må ha fokus på mekanismer for *integrasjon* av ulike tjenester. Integrasjon innebærer et nært samarbeid mellom ulike tilbydere av helsetjenester. Det er nettopp behovet for større grad av integrasjon mellom ulike forvaltningsnivå som beskrives som en viktig utfordring i Samhandlingsreformen. Går man langt nok i integrasjonstenkningen, vil man nærme seg hierarkiet, mens det andre ytterpunktet vil ligge nært en markedsløsning.

Når det gjelder organiseringen av partnerskap, beskriver Audit Commision fire hovedmodeller, som vist i Tabell 4. Her ser vi alt fra etableringen av et eget nytt rettssubjekt til en relativt uformell organisering. Det som trekkes frem, uavhengig av valg av organiseringsform, er etableringen av et styre eller en styringsgruppe, som alle partnere oppfatter som et legitimt beslutningsorgan.

Tabell 2.4: Organisering av partnerskap. (Kilde Audit Commision)

Organisering	Karakteristika
Separat organisasjon	Partnerne etablerer en ny organisasjon, som representerer et nytt selvstendig rettssubjekt.
Virtuell organisasjon	Partnerne etablerer et partnerskap med en separat identitet, uten å etablere det som et nytt rettssubjekt. Organisasjonen fremstår som uavhengig, med eget navn, logo og stab som forholder seg til partnerskapet fremfor mor-organisasjonene. Rent formelt ansettes imidlertid staben av en av partnerne. Dette er imidlertid en modell som kan bidra til at ansvar og ansvarlighet forblir uklart.
Samlokalisering av personell fra partnerorganisasjonene	Representerer en mindre formell organisering, hvor personell fra de ulike partnerne arbeider sammen omkring en felles agenda. Normalt er det etablert en egen styringsgruppe. Noen ganger kan man i slike organisasjoner samle noen ressurser, men personene vil alltid være under ledelse av den organisasjonen som har ansatt dem. Dette er et partnerskap som ikke er avhengig av en sterk, selvstendig identitet.
Styringsgruppe uten en dedikert stab	Dette er den enkleste og minst formell av de fire modellene. Det er et partnerskap som kun består av en styringsgruppe, uten en egen stab og uten eget budsjett. Dette kan være en modell som egner seg for å koordinere aktivitet på tvers av organisasjonsmessige grenser. Denne modellen vil ikke være særlig effektiv uten at medlemmene i styringsgruppen har stor autoritet inn i egne organisasjoner.

Til slutt kan vi kort skissere parametere som nyttes som utgangspunkt for å evaluere partnerskap. Det er kun hovedparametrene som angis, da det vil føre for langt å gå inn på detaljene. Når vi presenterer dette, har det sammenheng med at det bidrar til å gi et nærmere innblikk i hva som oppfattes som sentrale elementer man bør ha et forhold til når man jobber i partnerskap. I evalueringen av partnerskap er man opptatt av følgende, Hardy, Hudson og Waddington (2003):

- Avklaring av behovet for partnerskapet
- Klarhet og realisme i forhold til målsettingen
- Forpliktelse og eierskap, som bl.a. innebærer at partnerskapet ikke hviler på engasjementet hos enkeltpersoner, men er institusjonelt forankret
- Tillit
- Klare og robuste partnerskapsarrangementer, som bl.a. innebærer at det er klarhet omkring økonomiske og andre ressursmessige spørsmål.

- At det er klarhet omkring partnernes ansvar, og hvem som står ansvarlig i forhold til de resultater som skal produseres. Videre at man i partnerskapet har fokus på prosess, resultater og utvikling.

Overvåking, måling og læring, dreier seg bl.a. om at man har identifisert suksesskriterier både når det gjelder de oppgaver som skal løses, og for partnerskapet i seg selv. Videre at man har utviklet et klart måle- og kontrollregime, og et system som sikrer at man kan hente ut læringsmessige gevinster av de data som genereres.

2.3 Insentiver som styringsverktøy i offentlig sektor

Bakgrunn for insentivbegrepet.

Bruk av insentiver i tilknytning til gjennomføring av økonomisk politikk dukker opp i flere og flere sammenhenger, senest i tilknytning til samhandlingsreformen. En av de viktigste begrunnelsene for reformen er etablering av insentiver som skal oppfordre kommunesektoren til mer rasjonell adferd i betydning mer pleie per krone uten at det går på bekostning av kvaliteten. Om kommunesektoren oppfører seg som forutsatt, så skal det skje en belønning i form av at riktige forebyggende tiltak prioriteres, noe som både er til fordel for folkehelsen mer generelt og for kommunen. Denne måten å utforme økonomisk politikk på har lange tradisjoner både i Norge og internasjonalt, man kan si at mye av tenkningen bak flere av de større reformene innen offentlig sektor og innen norsk distriktpolitikk er basert på insentiver og noen evalueringer har gått ut på å analysere om insentivene har virket, se Westeren (2011).

Begrepet insentiver knyttet til økonomisk teori og økonomisk politikk dukket opp for alvor i tilknytning til bølgen av "New Public Management" baserte teorier som kom rundt 1985, Busch et. al. (2001). Imidlertid har insentivbegrepet og forståelsen av dette blitt omtalt og diskutert i økonomisk teori helt siden Adam Smith ga ut sin bok om "The Wealth of Nations", Smith (1776). Adam Smith slo fast at det er et desentraliseringsproblem mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og at dette vanligvis består i at det ikke er sikkert at arbeidsgiver og arbeidstager har lik målfunksjon.

Bruk og utvikling av insentivbegrepet i moderne bedriftsøkonomisk teori knyttes ofte til Chester Barnard (1938) som gir det de fleste mener er den første moderne versjon av

insentivteori knyttet til bedriftsøkonomisk analyse og teorier om ledelse, dette skjer i hans bok ”The Functions of the Executive”, Barnard (1938). Her gir Barnard en analyse av hvordan en leder for en bedrift kan formulere insentivstrukturer som en del av en ledelsesstrategi slik at de ansatte i bedriften i størst mulig grad skal arbeide for å oppfylle bedriftens målsettinger.

Etter krigen utviklet insentivteoriene seg i to retninger, de mer bedriftsorienterte og en retning knyttet til styring i offentlig sektor. Den bedriftsorienterte retningen tok spesielt opp problemstillinger i tilknytning til optimalisering av arbeidskraft, og mer generelt, hvordan man skal formulere insentivsystemer slik at ledelsesfunksjonene fungerer best mulig. Videre ble en gren av insentivteorien spesielt utviklet i forhold til forsikringsbransjen, noe som blant annet bidro til formulering av innholdet i begrepet ”Moral Hazard”.

Bruk av insentiver i offentlig sektor ble etter hvert viktig i forhold til bruk av offentlige virkemidler som skatteletter og andre former for tilskudd. Vi har sett mange land bruke skattelette, investeringstilskudd og andre type virkemidler for at bedrifter skal etablere seg i distriktsregioner eller bidra til utvikling for å fremme bestemte politiske mål, i denne sammenheng er det skrevet mye om skatteinsentiver. Videre er det for offentlig sektor gjennomført mange typer tiltak hvor sentraladministrasjonen (vanligvis staten) delegerer virkemiddelbruk til regionalt administrativt nivå (som for eksempel kommunesektoren) slik at kommunen har styring på og bestemmer bruk og utforming av virkemidler på vegne av staten. Videre er det også gjennomført både tiltak og studier om offentlige lønnsavtaler, for eksempel i helsesektoren, og gir det man ofte kaller prestasjonslønn. Dette har vi sett i tilknytning til privatiseringsprosesser hvor man gjør om insentivstrukturen for de ansatte, spesielt for ledelsen.

Mer generelt kan si at både teori og praksis knyttet til insentiver i alle fall dekker tre grupper av problemstillinger, den første hvor fokus er på hvordan insentivstrukturer og endringer i disse påvirker organisasjonsstruktur og organisasjonsatferd. Den andre gruppen knyttes til hvordan kontrakter kan utformes sett i forhold til de insentiver som foreligger, en oversikt på dette feltet er gitt av Simila (2006). Den tredje gruppen av analyser har å gjøre med hvordan man med utgangspunkt i økonomisk teori formulerer hvordan insentivstrukturer kan se ut og gir en drøfting av hvilke typer optimalitetskriterier vi kan finne. En solid og mye anvendt bok som går igjennom de forskjellige formuleringer og analyser basert på insentivteori er ”A Theory of Incentives in Procurement and Regulation”, Laffont og Tirole (1993). En nærmere

matematisk presisering av de modeller som presenteres i dette kapittelet finnes hos Laffont og Tirole (1993).

Nærmere om definisjon og innhold i insentivbegrepet.

I dette kapittelet blir det i hovedsak tatt utgangspunkt i økonomisk og administrativ orientert insentivteori og for å belyse hva vi mener med dette kan vi se på tre eksempler. Det første eksemplet tar som utgangspunkt at statlig myndighet gir regler ovenfor kommunesektoren om hvordan inntektsoverføringer til kommunene skal finne sted. Samtidig har også statlig sektor ønsker om at kommunesektoren skal være mest mulig aktiv for å drive næringsutvikling. Statlig sektor kan da i prinsippet formulere en insentivstruktur i måten å gjennomføre inntektsoverføringer på slik at kommunene blir belønnet for å drive næringsutvikling.

Eksempel to er det ”klassiske” om skatteinsentiver, som prinsipielt går ut på at offentlig sektor via skatteregler gir skattelette/skattefritak når bedrifter etablerer seg i spesielle geografiske områder eller oppfyller andre spesielle kriterier gitt av offentlig myndighet. Som et tredje eksempelet har vi arbeidsgiver-arbeidstakerforholdet, hvor arbeidsgiver i prinsippet har muligheter til å formulere en insentivstruktur slik at arbeidstakere under gitte omstendigheter blir stimulert til å yte mer enn han ellers ville ha gjort.

Det er viktig å slå fast at ikke alle styringsproblemer verken i offentlig eller privat sektor har opphav i hvordan insentiver er formulert og gjennomført. Derfor skal vi nå gi en oversikt over viktige kriterier og avgrensninger som man normalt sett mener må gjelde i sammenheng med bruk av insentiver. Analyser av insentivstrukturer tar utgangspunkt i en språkbruk hvor man bruker begrepene **prinsipal** og **agent**. Et sentralt fenomen som må være til stede i en situasjon hvor insentivstruktur blir viktig, er at vi har et **desentraliseringsproblem**, det vil si at vi har minst to nivåer hvor beslutninger tas og hvor det er mulig med **forskjellige målformuleringer** på de forskjellige nivåer. Som vist i eksemplene så kan vi ha nivå stat og nivå kommune i offentlig sektor, eller nivå stat og bedrift, eller et nivå for arbeidsgiver og et for arbeidstaker. Videre må det foregå **delegasjon** mellom disse nivåene og da er det slik at den som opererer på det ansvarlige og overordnede nivå er prinsipalen og den det delegeres til er agenten.

Det andre sentrale fenomenet som må være til stede er kunnskapsflyt (eller informasjonsstrøm om man vil) mellom prinsipal og agent. Vi vil her som ellers i forskningslitteraturen dele opp

prinsipal agent situasjonene i tre grupper. Utgangspunktet er at agenten har privat informasjon som prinsipalen ikke har.

1. Skjulte handlinger eller moralsk hasard.

Når agenten kan gjennomføre handlinger som ikke kan oppserveres av prinsipalen kalles dette skjulte handlinger eller moralsk hasard.

2. Skjult kunnskap.

Den andre muligheten er at agenten har privat kunnskap om utføring av oppgaven som prinsipalen uansett ikke klarer å skaffe seg eller hvor det blir så kostbart for prinsipalen å skaffe seg denne kunnskapen at det ikke er aktuelt, dette kalles skjult kunnskap.

3. Ikke-verifiserbarhet

Den tredje hovedgruppe problemstillinger knyttet til prinsipal-agent er det som kalles ikke-verifiserbarhet. Dette finner sted når prinsipalen og agenten på forhånd har samme informasjon, men at ingen tredje part, og her blir det vanligvis referert til det rettslige/juridiske systemet, kan oppservere og verifisere denne informasjonen.

Et viktig resultat fra økonomisk teori er at når vi har problemer knyttet til kunnskapsutveksling lik en eller flere av de typene som er nevnt ovenfor, så vil ikke samfunnet klare å få et så godt økonomisk resultat ved bruk av samfunnets ressurser som man kunne ha fått i en verden hvor all kunnskap var lik og delbar for alle. Denne tilleggs-kostnaden som oppstår på grunn av strategisk atferd av enheter med privat informasjon kan kategoriseres som en transaksjonskostnad, noe som gjort av for eksempel Williamson (1975). Det har vært diskusjon om transaksjonskostnader begrunnet i informasjonsulikhet knyttet til Prinsipal-Agent-problemstillinger er et problem i forhold til Arrow-Debreu-teoremet om generell markedsteoris optimalitetsegenskaper. Det er ikke enighet om dette og for en nærmere diskusjon av det vises til Laffont og Tirole (1993).

Prinsipal-agent-situasjoner med skjult kunnskap.

Et viktig skille i prinsipal-agent-modellene går på om prinsipalen faktisk kan observere agenten når han gjør sine handlinger. I versjonen av modellen med skjult kunnskap kan prinsipalen faktisk observere agenten, slik at det agenten gjør - agentens handlinger - er kjent for prinsipalen. Men prinsipalen har ikke den kunnskap om saksforholdet som agenten har og

i modellsammenheng regner vi det slik at det vil være så kostbart for prinsippalen å skaffe seg denne kunnskapen at dette er uinteressant. Et annet krav til denne varianten av modellen er at prinsipalen tilbyr agenten et såpass attraktivt insentivsystem at agenten vil delta. Et eksempel på en slik situasjon er en organisasjon som engasjerer en spesialisert finansforvaltningsbedrift til å forvalte hele eller deler av organisasjonens finansielle aktiva. I en slik situasjon regner vi med at den organisasjonen som har pengene hele tiden kan sjekke hva finansforvalteren gjør, men den sakskunnskap finansforvalteren har om finansmarkedene har ikke organisasjonen med pengene. I en slik situasjon blir kunnskapsmangelen en kostnad for prinsipalen, og denne kostnaden har da utgangspunkt i det asymmetriske kunnskapsforholdet mellom prinsipal og agent.

Den analyse som da gjøres er å finne de best mulige tilpasningsbetingelser både for prinsipalen og agenten og her ser vi også et annet sentralt forhold i agent prinsipalanalyser, nemlig at agent og prinsipal har forskjellige målfunksjoner. Sett fra prinsipalens side er poenget å optimalisere sin egen målfunksjon innen rammen av de muligheter som legges til rette for agenten. Den enkle versjonen av en slik optimaliseringsprosedyre tar utgangspunkt i at både prinsipalen og agenten har et rasjonelt handlingssett. Basert på kostnadsfunksjonene til agenten og prinsipalen og forutsetningene om optimaliserende adferd hos begge parter, så kan vi utlede ut hvor stort bidrag prinsipalen må gi til agenten, det vil si den kostnad prinsipalen må betale for agentens private (skjulte) kunnskap. Denne matematikken er velkjent og gjengis ikke her, men finnes i mange bøker som for eksempel hos Laffont og Tirole (1993).

Agent-prinsipalsituasjoner med skjulte handlinger.

Det kan vises analytisk og virker intuitivt rimelig at i tilfeller med skjulte handlinger, så hadde vi ikke fått noe styringsproblem om agenten hadde hatt samme målfunksjon som prinsipalen, utgangspunktet i denne modellformuleringen er altså at det ikke er samstemmighet mellom prinsipalen og agenten om hvordan arbeidsoppgaven eller oppdraget skal utføres. Om vi bruker som eksempel fiskebåtskipper og fiskebåtreder, så er det slik at rederen ikke med sikkerhet kan vite hva fiskebåtskipperen foretar seg ute på feltet, hvilken innsats (vanligvis arbeidsinnsats) det er fiskebåtskipperen (agenten) bidrar med. Det forutsettes videre i denne modellutformingen at resultatet av produksjonsaktiviteten blir kjent både for prinsipal og agent, det vil si i eksempelet at vi til slutt vet hvor mye fisk skipperen klarer å fiske. Det sentrale momentet i denne sammenhengen blir dermed hvor mye og hvordan

fiskebåtskipperen skal avlønnes, eller mer generelt, hvordan belønningsstrukturen skal formuleres i kontrakten mellom prinsipal og agent. Denne type problemstilling ser vi også i offentlig sektor og et eksempel fra samhandlingsreformer er utskrivingsklare pasienter. Det spesialisthelsetjenesten vanligvis ikke har kunnskap om er hvilke tiltak kommunen har satt i verk for å forberede mottak av utskrivingsklare pasienter. Før år 2012 kan man si at kommunene sparte penger på ikke å ta tilbake utskrivingsklare pasienter, mens i 2012 med ny ordning innen rammen av samhandlingsreformen blir kommunene ”straffet” med å betale kroner 4000 per døgn – noe som har endret insentivstrukturen mellom kommune og helseforetak.

Holdning til risiko er viktig i prinsipal-agentsituasjoner og det er det vanlig å se det slik at agenten har to muligheter, han kan være risikonøytral eller han kan ha risikoaversjon, idet siste ligger det at agenten prøver å minimere sin risiko. Både i teoretiske betraktninger og i faktiske analyser er det vanlig å anta at agenten har risikoaversjon. Det sentrale i slike situasjoner blir dermed om agenten skal få en belønning som er konstant, det vil si at den er uavhengig av produksjonsresultat, eller om belønningen skal gjøres avhengig av resultatet. Om agenten skal få hele eller deler av sin belønningen avhengig av resultatet, så innebærer dette at prinsipalen lar agenten bære noe av risikoen for produksjonsresultatet. For å akseptere en kontrakt ut fra slike forutsetninger, vil agenten kreve en kompensasjon siden vi antar at han har risikoaversjon. I analyser av slike situasjoner antas det vanligvis videre at prinsipalen deler sin kunnskap om hvordan produksjon finner sted og hvilke risiko det er ved resultatet, slik at de begge har samme kunnskapsnivå her. I dette ligger det at både prinsipalen og agenten har de samme kunnskaper om hvilke sannsynlighetsvurderinger som gjelder for produksjonsaktiviteten. Dermed kan man matematisk utleve hvordan tilpasningsbetingelsene blir når vi kjenner målfunksjonene og kjennetegn ved produksjon og sannsynlighetsfordelinger for de aktiviteter som inngår, dette er gjengitt og diskutert hos Laffont og Tirole (1993).

Kort om insentiver i norsk økonomisk politikk

Det har ikke vært forsket mye på insentiver i norsk økonomisk politikk. Vi har noen bøker Sandmo og Hagen (1992), Busch et. al. (2001) og Simila (2006) hvor man på teoretisk grunnlag kommer med betraktninger om det teoretiske grunnlaget for prinsipal-agentteori. Dette blir ofte sett i sammenheng med ”New Public Management” og reformer gjennomført i

denne sammenhengen. Videre har vi hatt mange studier av virkemiddelbruk fra offentlig sektors side, som for eksempel evaluering av distriktpolitiske tiltak, se Bukve (2001). Her er insentiver også nevnt som et interessant felt å studere, men man har i større grad konsentrert studiene om effektene av de økonomisk politiske tiltakene enn å gå inn på hva som ligger i selve insentivstrukturen.

Tilsvarende betraktninger kan også gjøres om insentivlønn (også kalt prestasjonslønn eller resultatlønn). Her har vi en artikkel av Torsvik (2003) om insentiv på arbeidsplassen som gir en grei oversikt over teorien, men som har få referanser til norske studier av insentivlønn. Imidlertid har vi mange utenlandske analyser av insentivlønn, av relevans for norsk økonomisk politikk har vi flere som tar opp hva som skjer når vi samtidig både privatiserer og/eller konkurranseutsetter aktiviteter innen helsesektoren og lønnsystemene legges om i retning av insentivlønn, se Plomp (2008). Torsvik (2003) konkluderer i sin artikkel på samme måte som i flere utenlandske studier med:

”Somme studiar finn at arbeidarane oppfører seg slik den økonomiske insentivteorien predikerer, andre finn åtferdsmønster det er vanskeleg å forstå i lys av økonomisk insentivteori”

Dette reiser det sentrale spørsmålet når vi skal se på teori i forhold til virkeligheten ut fra økonomisk insentivteori – er det slik at de insentiver vi kan begrunne ut fra teori virker i praksis eller ikke, og hvor effektive er de insentiver som faktisk virker. Hos Westeren (2012) er det gitt en analyse med bakgrunn i tiltak ovenfor kommunesektoren via inntektssystemet. Her er problemstillingen om troen på at kommuner som får beholde noe penger som en del av inntektsutjevninga faktisk er mer aktive til å drive næringsutvikling enn de såkalte ”minsteinntektskommunene”. Resultatet av analyser både fra rundt 1990 og 2005 viser at slike insentivene ikke virker, minsteinntektskommunene er minst like aktive som andre kommuner selv om de ikke får beholde noe av en inntektsøkning via inntektssystemet.

I kapittel 5 i denne rapporten vises det til resultater som tyder på at insentivet kommunene er stilt ovenfor om å betale kroner 4000 per døgn for utskrivingsklare pasienter faktisk virker.

3 Samhandlingsreformen som utgangspunkt for forskning om styring og organisering

3.1 Innledning

Samhandlingsreformen er politisk behandlet og satt i verk fra 01.01.12. Det er en reform som består av flere hovedelementer og som prinsipielt kan uttrykkes med følgende overskrifter:

- En økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene
- Mer helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp og tjenester

Dette er den oppsummering av samhandlingsreformen som er gitt i St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, rett behandling - på rett sted - til rett tid. Som man ser av oppsummeringen ovenfor så er ikke økonomi nevnt direkte, men det synes klart at det også ligger økonomiske begrunnelser bak samhandlingsreformen i den forstand at man vil opprettholde kvalitet på tjenestene, men i den grad det er mulig og forsvarlig, med lavere enhetskostnad. Lovforslagene er nå vedtatt, men hvordan de settes ut i praksis og hvilke samhandlingsaspekter det blir, spesielt mellom helseforetak og primærkommunene gjenstår i stor grad å se. Det som nå blir en viktig del av arbeidet er å utforme de konkrete former for samhandling og samarbeid. Både fra Helse- og omsorgsdepartementet (Hod) og Helsedirektoratet (HD) brukes uttrykket om at samhandlingsreformen er en **retningsreform** og det understrekes at man må se alle elementer i denne i sammenhengen, spesielt når man vurderer hvordan det nye totale virkemiddelkonseptet fungerer i forhold til det man hadde fram til 2012. Det understrekes fra Hod/HD at man må se virkemidlene som en del av en helhetlig pakke med økonomiske, rettslige, faglige og organisatoriske virkemidler. Det legges vekt på at i hvilken grad samhandlingsreformen blir en suksess, avhenger av hvordan man klarer å integrere alle endringer og alle deler av reformen til et hele.

De ordninger som vil bli drøftet spesielt i dette kapittelet er:

1. Kommunal medfinansiering
2. Utskrivningsklare pasienter
3. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

4. Lokalmedisinsk (distriktsmedisinsk) senter
5. Samarbeidsavtale mellom kommune og sykehus
6. Samarbeid mellom kommuner
7. Samhandlingsreformen og inntektssystemet for kommunene

3.2 Samhandlingsreformen – et virkemiddel for best mulige pasientforløp.

Ressursbruken i offentlig sektor for helsetjenester er stor og har vokst kraftig, dette gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Beløpene har vokst fra om lag 120 milliarder kroner i 2004 til 207 milliarder i 2009. Veksten har vært omlag like kraftig både på kommunesiden og sykehussiden. Denne kostnadsveksten har også vært en del av bakgrunnen for samhandlingsreformen og siden vi nå vil gå mot en utvikling med enda flere eldre er det en viktig oppgave å få kostnadsveksten under kontroll.

Det er nå flere rammebetingelser i endring av betydning for å få til best mulige pasientforløp. For kommunene er det slik at folk nå bor hjemme i økende grad, mens de for ti år siden i større grad bodde på sykehjem. Det vi for 30-40 år siden kalte gamlehjem har vi ikke lenger i det hele tatt. Utviklingen mot at flere bor hjemme synes å være en ønsket blant de eldre i befolkningen. Det at flere bor hjemme er også en konsekvens av at det har blitt vanskeligere å få sykehjems plass i den forstand av at sykkeligheten for å bli innlagt på sykehjem økt, men totalt sett må man si at utviklingen mot at flere bor hjemme er en ønsket utvikling i samfunnsmessig forstand.

Kommunene oppfordres og stimuleres nå i større grad enn tidligere til forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i forhold til alle deler av befolkningen, men spesielt til den eldre delen for å hindre eller utsette at det blir behov for innleggelser. Også innen sykehusene ser vi strukturelle endringer i den forstand at det foregår en utvikling mot mer poliklinisk behandling og kortere liggetider for forskjellige sykdommer. Dette innebærer at behov for tiltak for pasientene øker. Det er ikke tvil om at pasientene nå skrives ut tidligere og dermed også er mer sårbare.

En sentral del bak tenkningen for samhandlingsreformen er at pasientforløpet foregår både slik at pasienten (eller brukeren) får et kvalitetsmessig best mulig tilbud samtidig som

tiltakene fra samfunnets side sett som produsent foregår mest mulig rasjonelt. Et typisk pasientforløp starter vanligvis med at pasienten er hos sin fastlege som igjen sender vedkommende til sykehus. Når man er ferdigbehandlet på sykehus blir man sendt tilbake på sykehjem og/eller tilbake til hjemmet hvor det gis vanligvis da er behov for hjemmetjenester. Utfordringen for å få til optimale pasientforløp er at vi har en del brudd mellom de forskjellige institusjoner og de regelverk som styrer disse. Vi snakker om brudd med hensyn til:

- eierskap
- styringssystem
- regelverk
- finansiering
- behandling
- faglige mål
- informasjonsflyt

Spesielt interessant er det å se på de brudd vi finner i systemene med hensyn til finansiering. Her er det åpenbart at de forskjellige måter finansieringssystemene er utformet på, gir forskjellige insentiver i forhold til de som tar beslutninger i de forskjellige deler av systemene. For spesialisthelsetjenesten tenker vi spesielt på systemet med innsatsstyrt finansiering mens for kommunesektoren er inntektssystemet sentralt. En motivasjon bak samhandlingsreformen er å bidra til at konsekvensene av disse bruddene blir minst mulige og eventuelt oppheve brudd der dette er mulig slik at systemet samlet bidrar til mest mulig rasjonell samfunnsmessig ressursinnsats og produksjon over hele pasientforløpet.

Det er viktig å være klar over hvordan oppgavene er definert for de forskjellige institusjoner på de forskjellige nivåer. Utgangspunktet for kommunehelsetjenesten er det vi kan kalle generalistkompetanse både for de yrkesgruppene og for de organisasjonene det gjelder. Dette ser man klart ut fra de oppgaver man har på sykehjem og hjemmetjenester hvor det er viktig å se personens totale situasjon og behov i forhold til de tilbud som kan være aktuelle. På kommunalt nivå er det også viktig for rasjonell produksjon av tjenester av at man har et visst volum av de tjenester man produserer. Det kan selvfølgelig være interessant å gi et spesialtilpasset tilbud for rehabilitering av hjerte- og lungesyke, men dette kan vanskelig

tenkes å kunne produseres rasjonelt om man ikke har en tilstrekkelig størrelse på den gruppe det faktisk gjelder.

I Norge er det nå slik at vi i de siste par årene på årsbasis har hatt ca 2 millioner henvisninger til spesialisthelsetjenesten (sykehus) på årsbasis og de aller fleste av disse kommer via fastlegen. I tillegg har vi en del akuttinnleggelser via legevakt. Den faktiske innlegging på sykehus foregår i hovedsak fra sykehusleger som arbeider på poliklinikk. De fleste innleggelser skjer altså via sykehusleger hvor fastlegen til den enkelte har liten påvirkning. Dette innebærer at kunnskapsflyten fra fastlege til sykehus blir liten uansett om innleggelsen skjer via poliklinikk eller legevakt. Det vil si at det kommunale nivå har liten påvirkning i en slik situasjon. Dette kan forbedres den dagen vi får et helhetlig journalsystem til å fungere. Da vil sykehusene, spesielt når det gjelder innleggelser via legevakt, raskere og med færre feilkilder få kjennskap til medisiner, behandlinger og diagnoser som fastlegen har arbeidet med og tatt hånd om. Vi har sett eksempler på hvordan man har prøvd å gjøre noe med dette ved å lage felles arenaer for samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. På den annen side har vi mange eksempler på innleggelser hvor informasjon fra fastlege om medisinbruk har vært mangelfull noe som igjen har ført til problemer både for behandlende sykehus og pasient. Et viktig poeng blir dermed å bedre informasjonsflyt og samhandling innen rammen av det system man faktisk har.

En kritisk del av et pasientforløp finner sted ved utskriving. Utgangspunktet er at pasienten på et gitt tidspunkt vurderes av spesialisthelsetjenesten som utskrivingsklar. I forhold til kommunen må man må vurdere hvilken type tjeneste(r) pasienten skal ha ved overføring til kommune og her er det spesielt valgene mellom hjemmetjeneste, sykehjem/andre døgntilbud og eventuelt fysio-/ergoterapi som er aktuelle. Det blir da viktig hvem som har ansvaret i kommunen og hvilke opplysninger som er nødvendige for at kommunen skal ta de korrekte avgjørelsene. Vi ser eksempler på at kommunene velger å ta pasienten inn på sykehjem for et korttidsopphold fordi man er usikker på informasjon og status for pasienten. Begrunnelsen er da ofte i stor grad basert på sikkerhetshensyn og man kan stille spørsmål om bedre informasjonsflyt kunne optimalisert ressursbruken bedre.

Om pasienten blir sendt rett hjem, er det viktig at vedkommende får besøk av sykepleier innen maksimum tre dager (fortrinnsvis etter en til to dager) som har med en sjekklister om hva som er aktuelt av tiltak sett i forhold til pasientens tilstand. Vi har også fram til nå sett kontakt

mellom sykehus og kommune som en del av en utskrivingsprosess, men samhandlingsreformen legger opp til er å lage faste rammer rundt hvordan en slik kontakt skal systematiseres. Det neste viktige poenget er at fastlege og hjemmetjeneste kommuniserer med en gang etter at pasienten er kommet hjem. At man har bedre informasjonsutveksling ved hjemsendelse av pasient er viktig for det som ofte skjer er at pasienten kan bli dårligere eller det kan skje et nytt sykdomstilfelle og da er det viktig å ha dokumentasjon av hva som tidligere er skjedd og hva som er blitt gjort. Også her er det viktig at man utnytter potensiale i systemet slik det er nå og ser dette innen rammen av regel/lovverk for samhandlingsreformen før man bygger opp nye og andre tiltak.

3.3 Kommunal medfinansiering.

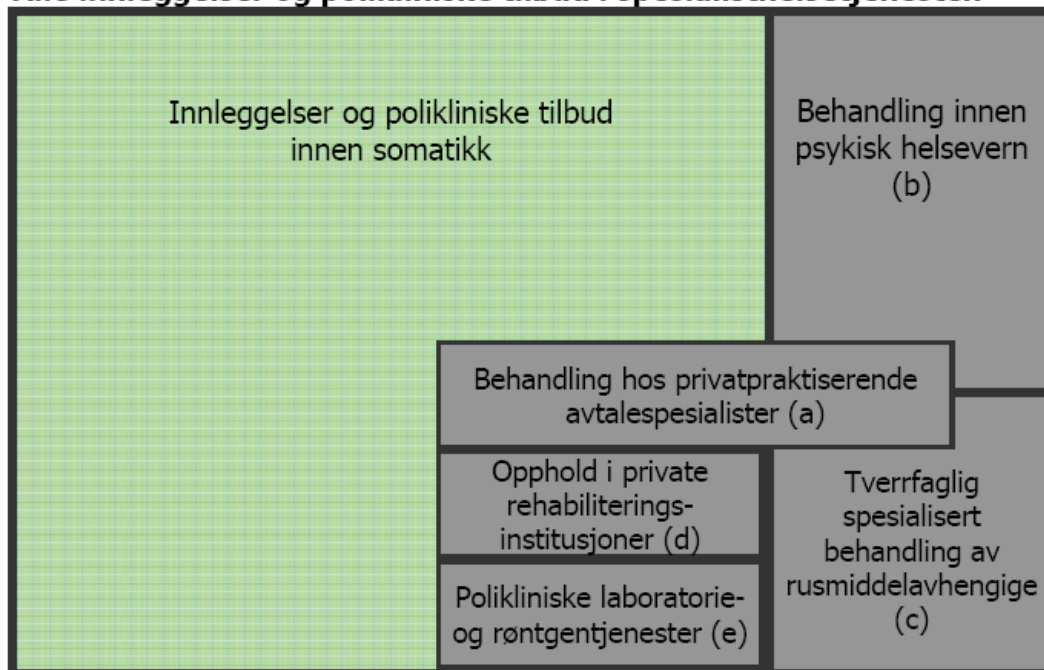
Ordningen med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten har utgangspunkt i tre lovverk:

1. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 11-3
2. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, §§ 1 - 2 og 3 - 6
3. Regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF)

Det er spesielt forskriften om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten som er aktuell og i den sammenheng hva som skal omfattes av ordningen. Forskriften regulerer avgrensingen av ordningen i to trinn. For det første hvilke overordnede tjenesteområder som er omfattet (§ 2) og hvilke tjenestekategorier innen somatikk som ikke er omfattet (§ 3). Det sentrale her er hvor stor medfinansiering fra kommunene som kommer i forhold til den enkelte innleggelse og enkelte konsultasjon. Helse og omsorgsdepartementet har fastsatt gjennom regelverket hvilke DRG baserte diagnoser (DRG: DiagnoseRelatert Gruppe) som skal omfattes av ordningen og hvilke som ikke skal. Avgrensningen i forhold til forskriftens § 2 framgår av figuren nedenfor som er hentet fra Helsedirektoratet.

Avgrensning jf. forskriften § 2

Alle innleggelser og polikliniske tilbud i spesialisthelsetjenesten



Figur 3.1: Avgrensning jf. forskriftens § 2 (Kilde: Helsedirektoratet, januar 2012).

Som det framgår av Figur 1 så tar ordningen utgangspunkt i alle innleggelser og polikliniske tilbud innen spesialisthelsetjenesten. De ordninger som er holdt utenfor kommunal medfinansiering er:

- Behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister
- Behandling innen psykisk helsevern
- Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige
- Opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner
- Polikliniske laboratorie- og røntgentjenester

Det vi da står igjen med er innleggelser og polikliniske tilbud innen somatikk. Som kjent er ordningen fram til 2012 at staten betaler 40% av kostnadene innen rammen av det som systemet som kalles Innsatsstyrt Finansiering (ISF). Ordningen med kommunal medfinansiering tar da utgangspunkt i DRG-systemet. 414 DRG-er er holdt utenfor ordningen med kommunal medfinansiering i den forstand at staten betaler 40% av kostnadene til innleggelser og polikliniske tilbud og dette gjelder følgende grupper:

- Kirurgiske inngrep
- Fødsler
- Behandling av nyfødte barn
- Behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler

For de øvrige 466 DRG-ene så er det nye systemet innen rammen av samhandlingsreformen slik at staten betaler 20% av den innsatsstyrte finansieringen og kommunal medfinansiering utgjør de andre 20%, slik at sykehuset (spesialisthelsetjenesten) betaler 60 %. DRG-systemet har blitt brukt i Norge i mange år og detaljene framgår av veilederen fra Helsedirektoratet for InnsatsStyrt Finansiering (Helsedirektoratet 2011) av sykehustjenester.

Kort sagt kan man si at DRG-systemet er et system hvor man beregner enhetskostnader for de forskjellige diagnoser. Hver enkelt behandling som skjer på sykehus tilordnes en DRG. Alle DRG-er har en beskrivelse av hvilke inngrep og behandling det dreier seg om, samt en beregning i forhold til hvilken varighet (antall liggedøgn) som DRG-en forutsetter. Videre tas det hensyn til kjønn og alder og om pasienten er utskrevet som levende eller død, eller overført til en annen enhet på sykehuset. Sykehuset rapporterer DRG-ene videre til Norsk Pasientregister (NPR) og i NPR skjer det en registrering og gruppering i forhold til alle innrapporterte DRG-er og dataene blir behandlet og systematisert og utlevert til Helsedirektoratet. Basert på dette blir det beregnet aktivitetsavhengig finansiering fra staten, og ettersom samhandlingsreformen innføres, og fra kommunene.

Det neste som skal skje innen rammen av samhandlingsreformen er en oppgjørsordning. Helsedirektoratet har lagd en vurdering av mulige løsninger for hvordan oppgjørsordningen kan foregå, ”Oppgjørssystem for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter, Helsedirektoratet 29.6.2011”. Et grunnleggende trekk ved ordningen er at hver kommune forholder seg til et regionalt helseforetak. Det andre hovedtrekket er at det er lagt opp til et månedlig akkonto betalingssystem. Dette akkonto systemet innebærer en foreløpig betaling av hva man tror kommunens medfinansiering kan bli beregnet ut fra forskjellige indikatorer. Endelig avregning skjer når man har alle data for året. Systemet er så basert på et direkte oppgjør mellom partene, dvs. Helseforetak og kommune basert på fakturering. Systemet er slik at når man har kommet et stykke etter 1. tertial så låses opplysningene i den forstand at sykehusene ikke kan gjøre om eller legge til informasjon (i hovedsak gjelder dette

opplysningene om DRG-er) og de endelige beregninger gjøres på grunnlag av den informasjon som da har. Etter at oppgjøret er ferdig for 1. tertial så brukes informasjonen til å fastsette akkonto beløpene for resten av året. Dette innebærer at det endelige oppgjør for 2012 ikke kan gjøres før et stykke ut i 2013 hvor man har alle data for 2012 ferdig behandlet og kvalitetssikret fra Helsedirektoratet.

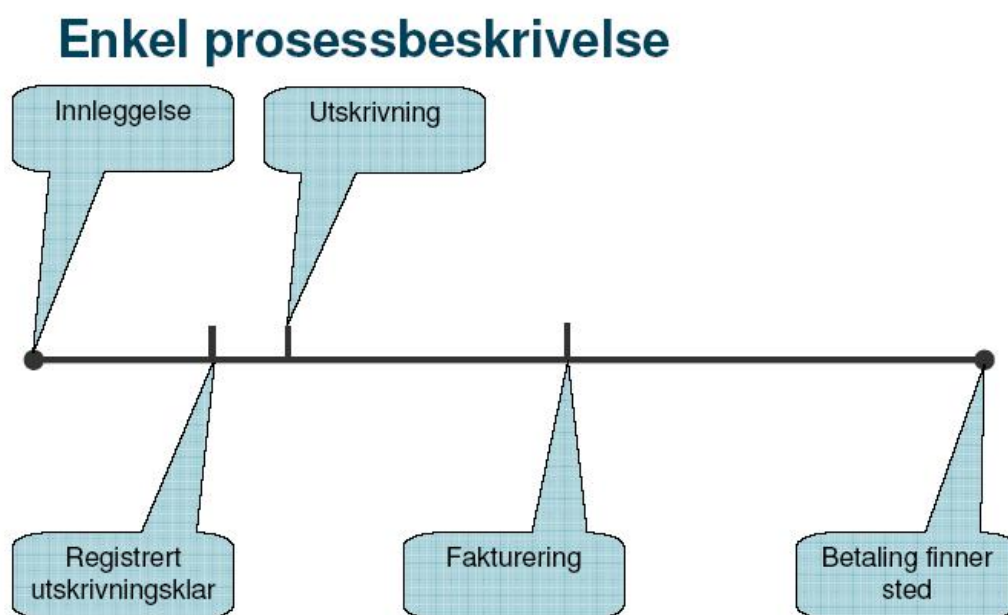
Systemet er videre slik at alle kommuner får betalingsforfall den 10. i hver måned basert på faktura sendt fra det regionale helseforetak kommunen forholder seg til. Totalt sett betyr dette at kommunene gjennom året etter hvert vil få et riktigere bilde av hvilke beløp den kommunale medfinansieringen faktisk vil innebære for den enkelte kommune. For kommunene kan den beregnede medfinansiering brytes ned på to vis, for det første via de enkelte DRG-er slik at man kan vite hvor mange innleggelser fra kommunen det er fordelt på de forskjellige DRG-er (eller grupper av DRG-er). Den andre nedbrytingen er sett fra kommunenes side at man får opplysning om hvilke helseforetak som faktisk har stått for behandling av innbyggere fra kommunen. Det vil være begrensninger om hvor detaljert man vil gå i informasjonstilgang til de enkelte kommuner og dette gjelder spesielt for små kommuner. Hovedprinsippet er at man via den informasjon kommunen får ikke skal ha mulighet til å gjenkjenne enkeltpersoner. Det vil si at kommunene ikke får detaljert informasjon om hva den enkelte pasient koster kommunen.

Ved utforming av samhandlingsreformen så har kontrollhensyn vært en av de avgjørende faktorene som har talt for at oppgjøret for utskrivingsklare pasienter må sees adskilt fra oppgjøret for kommunal medfinansiering. Dette fordi kommunen nødvendigvis må få vite hvilke pasienter det faktisk dreier seg om for utskrivingsklare pasienter mens når det gjelder oppgjøret for kommunal medfinansiering så er systemet slik at den enkelte pasient ikke skal være identifiserbar sett fra kommunens side. Når det gjelder kontrollmekanismer, er det videre slik at både stat og kommune har felles interesse av korrekt registrering i beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering fordi dataene her er de samme som legges til grunn for innsatsstyrt finansiering. Videre er ordningen slik at kommunene aldri skal betale for aktivitet som ikke staten også betaler for. Oppgjørssystemet er derfor basert på at kommunene ikke skal gjennomføre egen detaljert kontroll av innbyggenes bruk av spesialisthelsetjenester. Oppgjørssystemet mellom helseforetak og kommune/stat baseres på utskrivingsdiagnose og ikke på innskrivningsdiagnoser. Logikken bak dett er at DRG-systemet tar hensyn til hva som har skjedd med pasienten ved oppholdet på sykehuset og

hvilken ressursbruk som der er foretatt, dette innebærer også at man fører på eventuelle bidiagnoser.

3.4 Utskrivningsklare pasienter

Denne ordningen tar utgangspunkt hvordan innleggelse og utskrivning fra sykehus skjer som et forløp for en pasient, se figur 2 nedenfor. De to sentrale begrepene er når (faktisk dato) pasienten er **Registrert utskrivningsklar** (av sykehuset) og når **Utskriving** faktisk skjer. Ordningen går ut på at kommunen må betale for det antall dager som går fra pasienten er **Registrert utskrivningsklar** og til **Utskriving** faktisk skjer. Om pasienten skrives ut samme dag som sykehuset har registrert pasienten utskrivningsklar så skal det ikke betales noe.



Figur 3.2: Enkel prosessbeskrivelse for ordningen for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (Kilde: Helsedirektoratet, januar 2012.)

Formålet for ordningen er en klinisk og praktisk samarbeidsprosess omkring pasientene. § 1 i forskriften sier:

”Forskriften skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten.”

Dette er en felles formålsbeskrivelse både for kommunalt nivå og for spesialisthelsetjenesten. Forskriften regulerer de økonomiske oppgjør mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste og gir beregningsregler for dette. Forskriften og regelverket gir retningslinjer for hvordan samhandling mellom sykehus og kommunen skal være.

Betalingsordningen gir samsvar mellom oppgavemessig og finansielt ansvar for pasienter som er utskrivingsklare. Forskriften forteller hvordan samarbeidet skal være ved utskriving av den enkelte pasient og gir retningslinjer for hvor langt grensen går for hva som er sykehusets ansvar og når kommunens ansvar trer inn. Ordningen er et økonomisk virkemiddel for å bidra til at man finner løsninger i tråd med de oppgaveavgrensninger som er gitt mellom sykehus og kommune. Ordningen skal bidra til at pasienten blir behandlet på et riktig omsorgsnivå gjennom hele pasientforløpet. Og dette skal bidra til at man får en optimalisering av både kvalitet på tilbudet og best mulig økonomisk utnyttelse av de ressurser som er til rådighet. Betalingsordningen er gjort generell slik at det blir et samsvar mellom de som har oppgavemessig ansvar gjennom pasientforløpet, se Figur 2 om prosessbeskrivelse som hentet fra Helsedirektoratet.

Regelverket er basert på en lovhjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 11-4 og i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, §§ 1-2 og 7-15. Viktig blir det hvordan samarbeidet utformes om tidspunkt for utskriving av pasienter og hvordan regelverket skal iverksettes innen rammen av det samarbeid som helseforetak, sykehus og kommunen blir enige om. Et interessant spørsmål blir om forskriften med de betalingsordninger som ligger i denne vil overstyre samarbeid mellom sykehus og kommune. Dette spørsmålet har vært oppe som en del av samtalene mellom Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund (KS). Det er sendt ut et brev fra Helse og omsorgsdepartementet til alle landets kommuner og helseforetak datert 20.01.12 som gir nærmere synspunkter på dette spørsmålet, og dette brevet skal gi en avklaring på en del spørsmål. Av dette brevet framgår det at det er anledning til å inngå avtaler mellom sykehus og kommune som overstyrer reglene i forskriften om betaling og

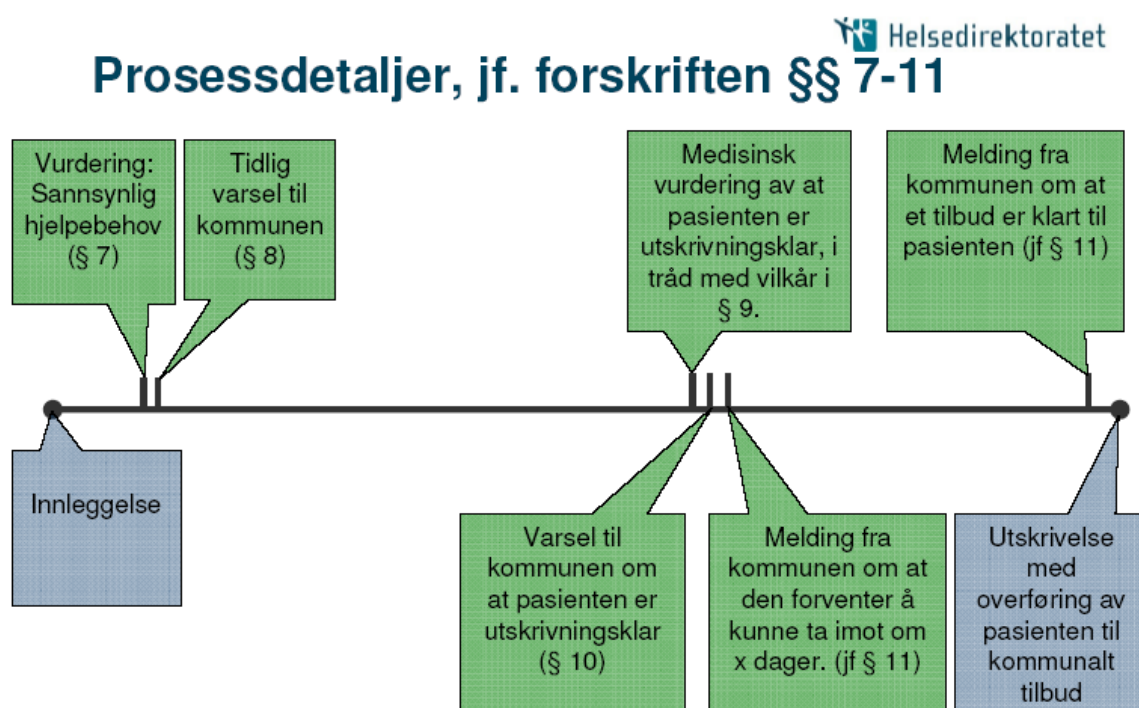
oppgjøringsordning og som regulerer det tidspunkt hvor pasienten defineres som utskrivingsklar. Logikken i brevet er at man skal prøve å få til en så god samhandlingsprosess som mulig mellom kommune og helseforetak. Det er et mål at samarbeidsavtalene skal bidra til minst mulig konflikter og uenigheter om fakturering og betalingsordninger for utskrivingsklare pasienter.

Et forløp for hvordan pasienten går gjennom behandling og hvilke betalinger dette utløser på hvilke tidspunkt kan beskrives på følgende måte. Det hele starter med at pasienten innlegges på sykehus, og så behandles og utskrives. På et tidspunkt (en dato) blir pasienten registrert og meldt som utskrivingsklar til kommunen. Antall døgn fra pasienten er registrert som utskrivingsklar til utskriving faktisk finner sted blir grunnlag for fakturering og for at betaling skal finne sted. Satsen for opphold på sykehus etter at pasienten er registrert som utskrivingsklar er satt til kr 4000 per døgn. Dette stiller krav til at sykehusene har korrekte og ryddige rutiner for registrering av antall døgn fra pasienten er registrert som utskrivingsklar til faktisk utskriving finner sted, siden det er sykehuset som står for faktureringen. Trolig vil også kommunene gjennomføre en tilsvarende registrering for å kontrollere og følge med på sykehusets registreringer.

Om vi ser nærmere på rutiner for klinisk og praktisk samhandling, så er det interessant å vite hva forskriften regulerer i forhold til dette. Forskriften sier ikke mye om selve innleggelsen og innleggelsesprosessen. Men det viktige er at forskriften sier at sykehuset på et tidlig tidspunkt skal gi en vurdering til kommunen av hvilket hjelpebehov man tror pasienten vil få etter utskriving fra sykehuset. Dette innebærer at sykehuset er pålagt å tenke noen skritt framover om hva som kan skje med pasienten etter at vedkommende er kommet inn under kommunalt ansvar og omsorg. I forskriften ligger det at om sykehuset mener det er behov for spesielle tiltak etter utskriving, så skal det sendes et varsel til kommunen hvor pasienten hører hjemme om dette. Denne vurderingen skal finne sted i henhold til § 7 i forskriften. Plikten sykehuset har til å sende dette tidlige varselet til kommunen er i henhold til § 8 i forskriften.

Det er ikke slik at forskriften pålegger kommunen og gi en rask og detaljert tilbakemelding til sykehuset om hvordan man mener varselet fra sykehuset kan møtes. Men det er kommunen sin plikt å gi en reaksjon. Når pasienten er utskrivingsklar sett fra sykehusets synspunkt gjøres det en vurdering i henhold til § 9 i forskriften om hvilken situasjon pasienten er i ut fra medisinske vurderinger. Da har sykehuset en plikt til å sende et varsel til kommunen om dette.

Så har kommunen en plikt til å melde tilbake til sykehuset enten om at kommunen er beredt til å ta imot pasienten på dagen eller at kommunen sier man kan ikke ta imot pasienten før om et gitt antall dager. Dette er i henhold til § 11 i forskriften. Og videre i henhold til § 11 i forskriften er det slik at den dagen kommunen sier at man er i stand til å motta pasienten så skal det meldes tilbake til sykehuset. Da skal også sykehuset klare å skrive ut pasienten samme dag. Dette er en grov skisse av de ytre rammer slik de er regulert i forskriften, se Figur 3 om prosessdetaljer.



Figur 3.3: Prosessdetaljer (Kilde: Helsedirektoratet)

Et spørsmål som har blitt tatt opp er på hvilke tidspunkt i løpet av døgnet de forskjellige varsler fra kommune til sykehus og fra sykehus til kommune faktisk skal og kan skje. Hovedintensjonen med ordningen er å få til et godt samarbeid om overføring og behandling av pasienten og sett fra et overordnet styringssynspunkt blir det avgjørende fundament i samhandlingen og ikke kronebeløpene i forhold til de forskjellige dager. Fra departementet så er det lagt opp til at hverken Hod eller Helsedirektoratet skal kunne gå inn og overprøve hvordan sykehus og kommune legger opp ordninger og rutiner.

En viktig og sentral del av det som skjer sier forskriften ikke særlig mye om, og det er den samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling som skjer mens pasienten ligger på sykehuset. Det blir helt avgjørende for om ordningen blir en suksess hva som skjer i perioden mellom det tidlige varselet og fram til den dagen pasienten skrives ut. Særlig gjelder dette hvilke opplysninger og signaler som blir sendt fra sykehus til kommune slik at kommunen kan forberede seg og legge til rette for en best mulig oppfølging sett i forhold til et helhetlig pasientforløp og at dette samtidig blir en best mulig kostnadseffektive oppfølging. Sett i forhold til synspunktene fra departement og direktorat, så er hensyn og mål for ordningen vurdert i forhold til pasientforløpet og ikke til oppfølging og gjennomføring av betalingsordningen. I betalingsordningen ligger det et insentiv for å gjøre systemet best mulig både kvalitetsmessig og kostnadseffektivt, men sett i forhold til målsettingene for samhandlingsreformen mer i sin alminnelighet så er hensynet til pasientforløpet det avgjørende.

Videre er det et mål at perioden hvor pasienten ligger utskrivingsklar på sykehuset skal bli kortest mulig. Avgjørende for hvor lang tid pasienten blir liggende etter at vedkommende er utskrivingsklar vil i betydelig grad avhenge av innhold og kvalitet i den dialog som har funnet sted mellom sykehus og kommune i perioden mellom at første varsel er sendt fra sykehuset og til pasienten er meldt som utskrivingsklar. Man må være klar over at målstyringen sett i forhold til sykehusene er å få til best mulige pasientforløp og ikke vekt på sykehusenes muligheter for å få inntekter for pasienter som er utskrivingsklare, men som venter på å bli overført til kommunen.

Man kan tenke seg mer spesielle utviklingsforløp når for eksempel sykehuset bommer med hensyn til dato for når pasienten er utskrivingsklar eller at det for pasienten oppstår spesielle komplikasjoner i den eller de siste dager før utskriving er planlagt å finne sted. Hvordan oppgjør og oppgjørsformer skal finne sted i slike mer spesielle situasjoner er det ikke gitt generelle regler for, men opp til de samarbeidende kommuner og sykehus å finne fornuftige løsninger.

Det som blir en interessant problemstilling sett fra kommunenes side er om selve dialogen og planlegging av hvilken type tiltak pasienten skal få etter utskriving kommer så sent i gang og kommunen får så knapp tid til dette at kommunen ikke er i stand til å tilrettelegge et tilbud når sykehuset melder pasienten utskrivingsklar. Om kommunen mener at den har fått urimelig

kort planleggingshorisont for et komplisert medisinsk tilfelle, blir det så riktig at kommunen skal betale for alle dager pasienten blir liggende for lenge på sykehuset. Regelverket slik det er formulert gjennom forskriften gir et klart svar på dette ved å definere kommunens betalingsansvar. Men hva som fra kommunens side kan bli sett på som et urimelig kort tidspunkt for å tilrettelegge tiltak er vanskelig å si. Sett fra departementet og Helsedirektoratets side så sier man at dette må bli en del av samhandlingsrelasjonen mellom sykehus og kommune. Dette er prinsipielt greit nok, men man må være klar over at det er sykehuset som på sett og vis har maktmidlene i den forstand at sykehuset som i hovedsak har styringa på tidspunktene, inklusive antall liggedøgn etter at pasienten er definert som utskrivingsklar.

Når det gjelder hvordan faktisk betalingsgjennomføring skal skje, så er bestemmelsene slik at det er det regionale helseforetaket som er ansvarlig for faktureringen, men dette kan eventuelt delegeres til de enkelte sykehus. Det er kun anledning å fakturere for avsluttede sykehusopphold og ikke for liggedager for pasienter som enda ikke er utskrevet. Om situasjonen er slik at en pasient må vente på et sykehus mellom behandling av to forskjellige diagnoser (DRG-er) så er denne ventetiden ikke innen rammen av ordningen for utskrivingsklare pasienter.

Det er fastsatt en betalingsfrist på 30 dager og månedlig fakturering. Systemet er videre organisert slik at faktura og underlagsdokumentasjon holdes adskilt. Når det gjelder ordningen for utskrivingsklare pasienter så blir både prinsippene og logikken forskjellig i forhold til ordningen med kommunal medfinansiering fordi den pasienten som er utskrivingsklar har kjent identitet i kommunen, i motsetning til ordningen med kommunal medfinansiering hvor hele poenget er at de DRG-ene det skal lages oppgjør for, kommer fra pasienter hvor kommunen ikke kjenner og ikke skal kjenne identiteten til vedkommende. Når det gjelder ordningen med utskrivingsklare pasienter er det viktig at underlagsdokumentasjonen holdes adskilt fra selve fakturaprosessen. Det anbefales fra Helsedirektoratet at selve fakturaen gis et fakturanr. med totalsum, løpenummer og henvisning til underlagsdokumentasjon for hvilke pasienter det dreier seg om. Her er det slik at man på selve fakturaen kun fører løpenummer og ikke faktiske navn på de pasienter det dreier seg om. Når det gjelder kommunens kontrollgrunnlag, så bygger dette på de meldinger som er utvekslet mellom sykehus og kommune og som starter med innleggelsen. Videre gjelder dette første varsel fra sykehuset hvor sykehuset har ansvar for å gi synspunkter på

hvilke tiltak og oppfølging som er aktuelt for pasienten. Den neste meldingen er det faktiske varselet om at pasienten er utskrivingsklar. Kommunen vil alltid ha dokumentasjon på hvilke tilbakemeldinger kommunen har gitt på de ulike varslene fra sykehuset. Det sentrale blir informasjonen om når kommunen faktisk overtok ansvaret for pasienten. Hvordan kommunene skal regnskapsføre de fakturaer man får fra sykehusene er bestemt via spesielle kostrafunksjoner. Det er videre slik at det også vil bli publisert nasjonale tall månedlig basert på hva kommunene melder inn til norsk pasientregister. Dataene fra norsk pasientregister vil også gi grunnlag for sammenligninger mellom kommuner, helseforetak og regioner. Systemet er lagt opp slik at tallene fra norsk pasientregister ikke har betydning for det økonomiske oppgjøret, men at det økonomiske oppgjøret knyttes direkte til hva som foregår mellom kommune og helseforetak.

Sett fra departementet og Helsedirektoratet sin side, så er det ikke gitt detaljerte oppskrifter på hvordan samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune faktisk skal se ut bortsett fra §5 i forskriften om utskrivingsklare pasienter hvor det står at hvordan samarbeidsrelasjonene skal være inne i samarbeidsavtalen. Når det gjelder uenighet og eventuelle konflikter mellom sykehus og kommune, så kan disse komme for eksempel når sykehuset ikke sender med pasienten epikrise eller oppdatert medisinliste for hvilke behov pasienten har på utskrivingsdagen. Så vidt man kan skjønne så vil det ikke å sende med epikrise/medisinliste med pasienten oppfattes som at pasienten ikke er utskrivingsklar. Dermed kan ikke sykehuset/helseforetaket fakturere for eventuelle (ekstra) liggedøgn pasienten har på sykehus i denne perioden.

Når det gjelder mer teknisk hvordan informasjonsutvekslingen skal foregå, via elektroniske medier, via papir, via telefon eller via andre typer beskjeder, så er det ikke gitt noen entydig fastlagt standard fra Helsedirektoratet om hvordan dette skal foregå. Her er det ikke annet å si enn at Helsedirektoratet anbefaler at man finner lokale best mulige løsninger sett ut fra pasientens behov, men dette bør være tatt opp og avklart i forhold til den samarbeidsavtale/samarbeidsdialog som foregår mellom kommune og sykehus. På den annen side er det slik at det er helseforetakets ansvar faktisk å stå for faktureringen, dermed er det helseforetaket som definerer om hva som er antall liggedøgn hvor pasienten har vært utskrivingsklar. Helsedirektoratet understreker at det er viktig med en dialog med åpenhet på begge sider slik at man i størst mulig grad unngår konflikter, men regelverket er klart i den forstand at det er helseforetaket som fastsetter antall liggedøgn kommunen skal betale for. Når

det gjelder eksempelet med at epikrise ikke foreligger, så er dette omtalt i forskriften slik at det formelt sett innebærer at den dokumentasjon som skal foreligge på utskrivningstidspunktet ikke er til stede. Helsedirektoratet opplyser om at man arbeider med et såkalt nasjonalt tvisteorgan som er tenkt å ha en rolle knyttet til uenigheter om betaling, men rammene er ikke klare (per januar 2012) for hvordan et slikt organ eventuelt skal organiseres, som regelverk, representasjon, funksjonsmåte osv.

Et interessant moment i denne saken er jo at samhandling krever ressurser og i hvilken grad kommunen skal prioritere ressurser til for eksempel å være klar til å ta i mot beskjeder på utskrivning 24 timer i døgnet blir en optimaliseringsprosess sett i forhold til hvilke andre samhandlingssituasjoner kommunen kommer opp i, og hvilken ressursbruk man planlegger i forhold til disse. En annen interessant problemstilling er hvilken form for elektronisk samhandling det legges opp til mer i sin alminnelighet mellom kommune, sykehus og hvordan dette utvikles spesielt innen rammen av ordningen med utskrivingsklare pasienter. Det er gjort en del forsøk med elektronisk samhandling, men så vidt man har kunnet se av planleggingen rundt ordningen med utskrivingsklare pasienter så er det ikke lagt opp til noe felles system eller form for koordinert elektronisk samarbeid på nasjonalt plan mellom sykehus og kommune. Status er at noen av de store leverandørene når det gjelder informasjonsutveksling for sykehusene har muligheter for å utvikle systemer som kan fungere mellom sykehus og kommune, men det er ingen nasjonal politikk eller nasjonal anbefaling for å få en entydig nasjonal standard på dette området. Slik situasjonen er per januar 2012 så er det mange både på sykehussiden og kommunesiden som har systemer hvor det er muligheter for å lage elektroniske samarbeidsløsninger, men at dette i liten grad er implementert og satt i drift.

3.5 Øyeblikkelig hjelp

Det kommer i 2012 en tilskuddsordning for at kommunene skal etablere et nytt tilbud med øyeblikkelig hjelp. Dette vil si at man skal kunne bruke et kommunalt tilbud i stedet for et sykehus tilbud for de pasientgrupper hvor dette kan gjennomføres. Man kan si at på kommunalt nivå er dette et tilbud som i dag mangler for de fleste kommuner. Det legges opp til at det blir en gradvis innføring av dette tilbudet fra 2012 til 2015 og at det blir en plikt for kommunene å gjøre dette fra 2016. Utgangspunktet er at dette skal kommuner gjøre sammen som et samhandlingsprosjekt eller at kommunen kan ta ansvaret sjøl og gjennomføre tilbudet i

egen regi. Målet er at dette skal bli et bedre tilbud til pasientene enn det vi har i dag. Det sentrale er at de leger som skal henvise til et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må vite om dette. Det vil da kunne være et kommunalt tilbud, et interkommunalt tilbud, et tilbud på sykehus eller hva man eventuelt kan få til i hjemmet. Utgangspunktet for ordningen er at det i dag er noen som legges inn på sykehus, men som ikke har full nytte av tilbudet slik sykehusene gir det, både i medisinsk og kostnadmessig forstand. Det vil si at man kunne fått like god nytte av et tilbud nærmere pasientens bosted om det hadde fantes. Det tenkes at slike tilbud på kommunalt nivå kan legges i nærhet til legevakt eller i nærhet til sykehjem eller andre tilbud som kommunene allerede har i drift.

Utgangspunktet er at dette må være et døgntilbud siden de pasienter som er aktuelle for et slik tilbud kan få behov som oppstår når som helst på døgnet og når som helst i året. Vi har erfaringer fra sykehjem både i innland og utland om hvordan slike tilbud kan gis. Det er lagd en rapport fra: Nasjonalt senter for distriktsmedisin: Helsetjenester til syke eldre, Årsrapporten (2010), som sier noe om hvilke behov som kan dekket av et slik tilbud og hvordan det kan gjøres. Det kommer ytterligere faglig veiledningsmaterieell fra Helsedirektoratet i februar/mars 2012 om hvordan man kan etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Her blir det spesielt tatt opp hvilke kjernepasientgrupper og hvilke problemstillinger disse møter i kommunene og som da er tenkt dekket av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Noen eksempler finnes allerede som Fosen distriktmedisinske senter som har et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Helsedirektoratet har brukt følgende eksempel for å si noe om hvilke pasientgrupper det kan være snakk om og de mest aktuelle er:

- kolspasienter
- pasienter med ubehag eller smerter i magen
- pasienter med angina pectoris smerteanfall
- kreftpasienter med forverring av smerter.

Her er det snakk om at en del pasienter i de pasientgrupper som nevnt ovenfor kan ha nytte av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Det sentrale blir her at den lege som har ansvar for pasienten bedømmer at det er øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene som er det korrekte og beste tilbudet. For de pasientgrupper som er nevnt kan andre typer tilbud være

at pasienten blir observert i hjemmet og oppfølges i hjemmet av lege og/eller annet kvalifisert personell.

Når det gjelder det formelle lovgrunnlaget så vises til Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 om kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Her heter det:

- Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig.
- Kommunen skal (fra 2016) sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Dette innebærer at øyeblikkelig hjelp tilbudet har et innhold om døgnopphold, det vil si senger på institusjon eller tilbud i hjemmet om dette er godt nok til å takle de medisinske problemer det er snakk om. En slik problemstilling vil kommunene kunne løse på ulike måter, men det sentrale er at det er henvisning fra lege som skal styre hvilket nivå og hvilket tjenestetilbud som er aktuelt. En viktig begrunnelse for utforming av lov og det system som det legges opp til, er at slike tilbud er forsvarlige og gode nok medisinsk sett, men kan bli billigere enn tilsvarende opphold på sykehus. Det viktige er at plikten gjelder de pasientgrupper som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Denne avgrensningen som går på kommunens mulighet blir en sentral del av avtalen mellom kommune og helseforetak som skal beskrive kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Avtalen bør også beskrive samarbeidet om det døgnbaserte øyeblikkelig hjelp tilbudet fram til etablering av et kommunalt tilbud om døgnopphold. I avtalen er det viktig at man får et korrekt bilde av sykehuskompetanse og kommunens kompetanse slik at man får et best mulig pasientforløp ut fra den diagnose og vurdering som legen gir. I veilederen for hvordan avtalen mellom kommune og helseforetak skal lages, står det at man bør beskrive hvordan samarbeidet om det døgnbaserte tilbudet fram til etablering om et kommunalt tilbud om døgnopphold. Det sentrale blir å beskrive hvordan samarbeidsforholdene skal se ut og avklares i de fire åra fram til plikten overfor kommunene

om døgnbasert tilbud for øyeblikkelig hjelp blir alminnelig og generell for alle. Viktig blir det å beskrive hvordan en fullverdig tjeneste bygges opp i den perioden kommunen arbeider med å etablere tilbudet. Sett fra Helsedirektoratets side er opplegget slik at helseforetaket ikke kan bygge ned tilbudet før tilsvarende tilbud i kommunen er tilstrekkelig etablert.

Helse og omsorgsdepartementet har beregnet at fra 2016 etter at kommunenes tilbud om døgnbasert øyeblikkelig hjelp er etablert av alle, så skal det overføres 1048 millioner kroner fra helseforetakene og til kommunenes rammer. Opplegget er slik at det fases inn fra 2012 til 2015 med omlag en fjerdepart per år i det tempo kommunene og helseforetakene etablerer avtaler for overføring av ansvaret av denne typen tjenester til kommunene. De kommuner som setter i gang får halvparten av overføringen som tilskudd fra helsedirektoratet og resten fra helseforetaket når tilbudet er etablert. Tilskuddet fra helsedirektoratet kan sees på også som tilskudd til planlegging og oppstarting som sammen med resten av tilskuddet fra helseforetaket gir grunnlaget for finansiering av drift. Helsedirektoratet skal utarbeide regelverk for denne tilskuddsordningen, et regelverk som vil komme i februar/mars 2012.

I 2012 har Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang en kartlegging for å se om hvor mange kommuner som er klare til å starte i 2012, det vil si kommuner som enten allerede har etablert tilbud eller har planene klare for oppstart i første halvår i 2012. Når resultatene av dette kartleggingsarbeidet er klart, så vil opplysningene oversendes fra Hod til Helsedirektoratet slik at man kan se om det er mange nok klare i 2012 slik at det utgjør ¼ av innfasingen av det totale antall. Der hvor man vil etablere ny modell i 2012 vil ny finansieringsmodell kunne etableres og settes i verk fra det tidspunkt partene, det vil si helseforetak og kommunene blir enige om. Da kommer tilskuddet fra Helsedirektoratet og fra helseforetaket fra det tidspunkt i året som er avtalt. Også de kommuner som faktisk har tilbud som allerede er i gang i januar 2012 må søke direktoratet om å få disse under den nye modellen. Når det gjelder 2012 og de neste årene fram til 2016 så vil Helsedirektoratet følge prinsippet om ”første mann til mølla” slik at når det har kommet mange nok kommuner tilsvarende ¼ av midlene for året så vil dette gjennomføres for disse som vil få da sine planer godkjent. De som kommer etter det vil da bli overført til neste år.

Et viktig punkt i arbeidet med å etablere denne ordningen blir hvilke kriterier det legges opp til for at et tilbud skal vurderes som godt nok til øyeblikkelig hjelp. Det sentrale er her at det må knyttes til en institusjon med døgnbemanning og hvor man har tilbud på sykepleiernivå

døgnet rundt. Så må det være medisinsk kompetanse tilgjengelig som er forsvarlig i forhold til de tjenester som skal ytes. Det viktige blir her hvilke krav til tilgjengelighet av lege som stilles, noe som i praksis vil si hvor lang tid skal man maksimalt kunne vente før lege faktisk kommer til stede. Helsedirektoratet arbeider med regler for dette og per januar 2012 foreligger det ikke konkrete standarder her men disse vil komme i løpet av februar/mars 2012. Men mer generelt opplyser Helsedirektoratet at reglene om tilgjengelighet må selvfølgelig sees i sammenheng med hvilke typer pasientgrupper og hvilke kriterier for henvisning til døgntilbudet som framgår av avtalen mellom sykehus og kommune. Som en oppsummering kan man si at hele logikken bak ordningen er en best mulig utnytting av tjenester og kvalitet på disse sett i forhold til pasientbehov og pasientforløp og en optimalisering av kostnad til drift av dette. En annen måte å se sammenhengene på er at man skal få større både samkjøring og informasjonsutveksling mellom legevakttilbud, sykehjemsdrift og døgntilbud på kommunalt nivå. Det er viktig å se her at alle kommuner får et likt tilbud med hensyn til beløp, men at det fra Helsedirektoratets side ikke stilles krav om at ordningene blir nøyaktig like, det sentrale uttrykket som brukes fra helsedirektoratet er forsvarlige tjenester slik dette er definert i avtalen om samhandling mellom kommune og helseforetak.

Slik opplegget er nå er formulert er det ikke et krav om at den enkelte kommune skal ha et fast basert antall plasser for øyeblikkelig døgntilbud per innbygger eller sett i forhold til andre kriterier. Det er også slik at etablering av en ordning i kommunen baseres på en felles søknad fra kommune og helseforetak basert på den samarbeidsavtale som partene faktisk har. Når det gjelder ansvarlighet så er det slik at all medisinsk behandling har en lege som ansvarlig. Og dette endres ikke i denne ordningen heller. Det kan for eksempel være egen lege knyttet til kommunalt sykehjem. Når det gjelder det mer generelle samfunnsansvar for driften så er det slik at for drift på sykehus så er direktøren ansvarlig, mens for kommunale tilbud er i prinsippet kommunestyret ved ordføreren ansvarlig. Når det gjelder søknad så er det kommune eller samarbeidende kommuner som er søkere og som da vedlegger den avtale med helseforetak som er aktuell og interessant i forhold til drift av tilbudet.

Det er også etablert et system for styringsdata som kommuner og helseforetak kan bruke i tilknytning til reformen. Dette er i første omgang data om bruk av somatiske sykehustjenester basert på DRG innrapportering og produsert av Nasjonalt Pasientregister (NPR). Det vil videre komme ytterligere styringsdata hvor Helsedirektoratet samarbeider med KS, spesielt gjelder dette finansielle styringsdata. Det vil også bli slik at dataene om kommunal

medfinansiering vil bli en del av ISF (altså innsatsdataene om innsatsstyrt finansiering). Inntil videre vil det ikke bli en samkjøring av DRG, ISF-data og IPLOS.

3.6 Kort om samhandlingsreformen, finansiering og inntektssystemet

Når det gjelder økonomi er det klart at ordningen med kommunal medfinansiering er den som har det største omfanget, mens ordningen betaling for utskrivingsklare pasienter er klart mindre. Sett i forhold til inntektssystemet fra kommunenes side så er måten økonomien håndteres på følgende. Kommunene får sine inntekter som skal dekke opp helsetjenester via inntektssystemet og dette er basert på såkalt objektive kriterier. Det er gjort en del endringer i inntektssystemet fra 2012 slik at samhandlingsreformen skal dekkes opp. Slik som inntektssystemet virker får kommunene et fast beløp basert på kriteriene og dette beløpet endrer seg ikke om kommunene endrer sin atferd. Det vil si at dette beløpet ligger fast for året. Når det gjelder det kommunene skal betale for nye oppgaver så skal man betale etter faktisk bruk det vil si at beløpene vil variere fra kommune til kommune og over tid. Det vil også si at avvikene for den enkelte kommune i forhold til et gjennomsnitt kan bli store fra år til år. Dette betyr at lokale løsninger, lokale initiativ og lokal ledelse på kommunalt nivå vil kunne ha stor betydning for utgiftene mens som sagt inntektene styres via faste kriterier i inntektssystemet.

Fra og med 1. januar 2012 er det gjennomført endringer i inntektssystemet for kommunene slik at kommunene får medfinansieringsansvar for medisinske opphold og konsultasjoner i spesialisthelsetenesten og betalingsansvar fra dag 1 for utskrivingsklare pasienter som blir liggende på sjukehus. I samband med kommunal medfinansiering er det overført i alt 5 007 mill. kroner fra de regionale helseforetaka til rammetilskuddet til kommunene. Som følge av betalingsansvaret for utskrivingsklare pasienter blir det overført 560 mill. kroner fra de regionale helseforetaka til rammetilskuddet til kommunene. Se nærmere omtale i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2012. I Vedlegg 1 er kostnadsnøkkelen for medfinansiering/utskrivingsklare pasienter vist og et regnestykke for hvordan dette slår ut for Steinkjer kommune. Vedlegg 1 er en utskrift fra KS sin inntektssystemmodell, hvor alle som har tilgang til denne kan gå inn og gjøre tilsvarende beregninger for kommunene. Som man ser av vedlegget får Steinkjer kommune noe høyere utgiftsutjevning for

medfinansiering/utskrivingsklare pasienter (indekstall 1,1034) enn landsgjennomsnittet siden kommunen har relativt sett mange i eldre aldersgrupper.

I følge Grønt Hefte for 2012 blir det i sum overført nok midler til å dekke utgiftene ved kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter. For enkeltkommuner kan det være noe avvik mellom historisk sjukehusforbruk for den enkelte kommune (det vil si ei tenkt rekning om kommunene hadde hatt dette ansvaret de siste åra) og fordelinga etter kostnadsnøkkelen. De kommunene som de siste år har hatt et høyere forbruk innen kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter enn det de vil få når midlene blir fordelt etter kostnadsnøkkelen, vil derfor i en overgangsperiode få en egen kompensasjon. Fordelinga vil ligge fast i tre år.

STEINKJER							
Illustrasjon av midler knyttet til Samhandlingsreformen							
Kommune (medfinansiering/utskrivningsklare pasienter)							
Beregning av utgiftsbehov - tillegg/trekk i kroner for år (utgiftsutjevnedede tilskudd) og samlet nivå						2012	
	HELE LANDET		STEINKJER			Bruk av folketall 1.7.2011	
	Vekt	Antall	Antall	Utgifts-behovs-indeks	Pst. utslag	Tillegg/ fradrag i utgiftsutj	
						kr per innb	1000 kr
0-17 år	0,0819	1 115 009	4 648	0,9731	-0,22 %	-2	-52
18-49 år	0,2095	2 168 542	8 387	0,9029	-2,03 %	-23	-485
50-66 år	0,2615	1 022 491	4 787	1,0929	2,43 %	27	580
67-79 år	0,2341	424 650	2 208	1,2138	5,01 %	56	1 194
80-89 år	0,1707	183 123	1 003	1,2786	4,76 %	53	1 134
Innb 90 og over	0,0423	39 008	183	1,0952	0,40 %	5	96
1 Kostnadsindeks	1,000	4 952 823	21 216	1,10340	10,34 %	116	2 466
(Tillegg/trekk kr pr innb.)						Alle tall i 1000 kr	
2 Tillegg/trekk (omfordeling) for kommunen i 1000 kr						2 466	
3 Flatt beløp:						23 847	
4 Illustrasjon av rammetilskudd ut fra folketall per 1.1.2011						26 313	
Herav knyttet til medfinansiering:						23 665,8	
<i>(Nasjonal ramme 2012 med 5.007 mill kr)</i>							
Herav knyttet til utskrivningsklare pasienter:						2 646,9	
<i>(Nasjonal ramme 2012 med 560 mill kr)</i>							
Gjennomsnittlig beregnet utgiftsbehov i kr pr innbygger:						1 124	
Illustrasjon av rammen for kommunal medfinansiering/utskrivningsklare pasienter (1000 kr)						5 567 000	

Figur 3.4. Illustrasjon av midler knyttet til samhandlingsreformen, Steinkjer kommune.

3.7 Samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus.

Innholdet i dette kapittelet er i hovedsak hentet fra Helsedirektoratets notat:

”Samhandlingsreformen i kortversjon”, notatet ligger på Helsedirektoratets nettside. Dette stoffet er tatt med for å gi en forståelse av hvilke områder samarbeid skal skje. Dette er interessant sett i forhold til den spørreundersøkelse som er gjennomført og resultater fra denne er gjengitt i dette notatet.

Lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig verktøy i gjennomføringen av samhandlingsreformen. I veilederen fra Helsedirektoratet får kommunene og sykehusene vite hva avtalene skal inneholde og hvilke frister de må forholde seg til når det gjelder inngåelse. Dette vil hjelpe kommuner og sykehus slik at de enklere kan lage samarbeidsavtalene.

Innen 31. januar 2012 skal det foreligge samarbeidsavtaler som omfatter følgende:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
- Retningslinjer for innleggelse på sykehus.
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
- Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.

Innen 1. juli 2012 skal samarbeidsavtalene som helhet være inngått. Avtalene skal da som et minimum inneholde følgende:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp.
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

- Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
- Samarbeid om jordmortjenester.
- Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
- Samarbeid om forebygging.
- Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

3.8 Lokalmedisinsk senter/distriktsmedisinsk senter

Et lokalmedisinsk senter er et helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med et sykehus om tjenester. Dette kan være tjenester før sykehusbehandling eller etter sykehusbehandling. Tjenester ved lokalmedisinske sentre kan også erstatte behandling på sykehus. En begrunnelse for å opprette slike tilbud er at pasienter skal slippe å reise mange mil til sykehus for å få enkel oppfølging og behandling hvis de kan få et like godt eller bedre tilbud på et lokalmedisinsk senter i nærmiljøet sitt. I samhandlingsreformen brukes uttrykket lokalmedisinsk senter mens det tidligere er brukt uttrykket distriktsmedisinsk senter. I kapittel 5 gis det resultater fra et forprosjekt om analyse av sammenhenger mellom behov og ressursbruk ved distriktsmedisinsk senter (DMS) for Inntrøndelag. I Helsedirektoratets notat: ”Samhandlingsreformen i kortversjon” er det gitt følgende synspunkter i tilknytning til etablering av lokalmedisinsk senter:

”Når kommune og sykehus samlokaliserer tjenester vil det sikre befolkningen nærhet til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Fagmiljøet vil også bli større, noe som kan gjøre det enklere å rekruttere helsepersonell. Hvilke funksjoner som bør legges til et lokalmedisinsk senter må vurderes ut fra lokale forhold og behov. Det er viktig å se på muligheter for å samlokalisere funksjoner for utsatte pasientgrupper med behov for langvarige tjenester. En samlokalisering av flere tjenester vil gjøre det enklere å bygge opp døgnplasser for observasjon. Samlokalisering vil også gagne tjenester som habilitering, rehabilitering og lindrende behandling.

Avtaler mellom kommuner og sykehus om lokalmedisinske sentre bør forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner.

Det blir opprettet et nasjonalt nettverk som skal støtte opp under arbeidet med reformen gjennom informasjon og rådgivning til kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner. Nettverket vil være operativt fra midten av august.”

Disse synspunktene overensstemmer i hovedsak med hva som ligger til grunn for distriktsmedisinsk senter (DMS) for Inntrøndelag.

4 Undersøkelse om holdninger til samhandlingsreformen

4.1 Innledning.

Bakgrunn for gjennomføring av denne undersøkelsen er at vi ville samle inn synspunkter fra kommunene både generelt i forhold til innføring av samhandlingsreformen og i forhold til en del av de viktigste virkemidler som samhandlingsreformen legger opp til. Vi har derfor fra 23.02.12 til 11.03.12 gjennomført en undersøkelse hvor vi har bedt kommunesektoren og svare på 24 spørsmål i tilknytning til samhandlingsreformen. Undersøkelsen er foretatt via internett og programmet QuestBack. Som deltakere i undersøkelsen er den sendt ut til alle kommuner i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag siden dette er det geografiske området som dekkes av prosjektet samt at det er disse kommunene som sorterer under området til Helse Midt-Norge.

I omtalen av undersøkelsen til kommunene skrev vi at den primært er sendt helse og sosialsjef/pleie og omsorgsjef i hver enkelt kommune eller den som har et spesielt ansvar for gjennomføring av samhandlingsreformen i kommunen. For å finne disse internettadressene til disse personene gikk vi igjennom samtlige hjemmesider for samtlige kommuner i de tre nevnte fylkene og plukket ut internettadresser i forhold til de kriteriene som er nevnt ovenfor. Undersøkelsen ble sendt ut 23.02.12 og det ble lagt inn i QuestBack en purring rundt 01.03.12, undersøkelsen ble avsluttet 11.03.12.

Svarene fordeler seg som følger:

Møre og Romsdal – totalt 36 kommuner, 28 besvart – 8 ikke besvart

Sør-Trøndelag – totalt 25 kommuner, 23 besvart-2 ikke besvart

Nord-Trøndelag – totalt 23 kommuner, 19 besvart - 4 ikke besvart

Det vil si at samlet antall kommuner i de tre fylkene er 84 hvorav vi har fått svar fra 70 og 14 har ikke besvart, det vil si at vi har en svarprosent på 83 %, noe som må sies å være svært bra.

4.2 Kommentarer til svarene på de enkelte spørsmål.

Spørsmål nr. 1 tok opp mer generelt i hvilken grad kommunene mener samhandlingsreformen slik den nå er formulert er en nødvendig reform. Bakgrunnen for dette spørsmålet var å få en total vurdering av hvordan kommunene ser på reformen. Av tabell 4.1 nedenfor framgår det at 47,1 % er delvis enig i påstanden og 41,4 % er helt enig i påstanden. Dette viser at nesten 90 % av utvalget mener at reformen er en nødvendig reform totalt sett. Et interessant trekk i disse svarene er at når vi stiller tilsvarende spørsmål for de enkelte deler av reformen så kommer det fram noe større skepsis. Dette innebærer at kommunesektorens mer overordnede vurdering av reformen er mer positiv enn om man ber om sektorens vurdering av de forskjellige deler av reformen og ”legger sammen” resultatene for de enkelte tiltak.

Tabell 4.1. Svarfordeling for spørsmål nr. 1: I hvilken grad mener du samhandlingsreformen slik den nå er formulert er en nødvendig reform?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	0	0,0 %
2	Delvis uenig	4	5,7 %
3	Nøytral	4	5,7 %
4	Delvis enig	33	47,1 %
5	Helt enig	29	41,4 %
	Sum	70	100,0 %

Svarene på spørsmål nr 1 kan også sees i sammenheng med spørsmål nr 2 hvor vi ber kommunene om å forholde seg til at en hovedbegrunnelse for reformen er å få til optimale pasientforløp. Både som et premiss i samhandlingsreformen og som en oppfatning mer generelt ser det ut til at vi ikke har optimale pasientforløp i den grad vi burde, spesielt fordi vi har en del brudd i samhandlingen mellom de forskjellige institusjoner og de regelverk som styrer disse. Det som ligger i spørsmål nr 2 er at i utredningsmaterialet som danner grunnlag for samhandlingsreformen så snakker man om brudd og styringsproblemer i forhold til:

1. Eierskap
2. Styringssystem
3. Regelverk
4. Finansiering
5. Behandling

6. Faglige formål

7. Informasjonsflyt

Det blir i spørsmål nr. 2 spurt om hvordan kommunene opplever disse bruddene før reformen ble satt i verk, altså på bakgrunn av erfaringer i 2011, som problematiske eller problemfrie. Svarene viser at 14 kommuner, det vil si 20 % av de spurte opplever bruddene som stort sett problemfrie, mens 5 kommuner (7,1 %) stiller seg nøytrale til denne påstanden.

Hovedtyngden av svarene mener at disse bruddene oppleves som noe problematiske, det er 44 kommuner (62,9 %) av de spurte som hevder dette, mens 10 % mener at bruddene er svært problematiske. Som man ser så vurderer altså vel 60 % av kommunene bruddene som noe problematiske, så svarene her er ikke like entydige i retning av at samhandlingsreformen er nødvendig som svarene vi fikk på det mer overordnede spørsmål nr 1.

Tabell 4.2. Svarfordeling for spørsmål nr. 2: En sentral begrunnelse for samhandlingsreformen er å få til optimale pasientforløp og i begrunnelsene for reformen hevdes det at vi har en del brudd mellom de forskjellige institusjoner og de regelverk som styrer disse og gir problemer for optimale pasientforløp. I utredningsmaterialet snakker om brudd med hensyn til (1) eierskap, (2) styringssystem (3) regelverk (4) finansiering (5) behandling (6) faglige mål og (7) informasjonsflyt. Opplevs bruddene før reformen ble satt i verk (i 2011) som:

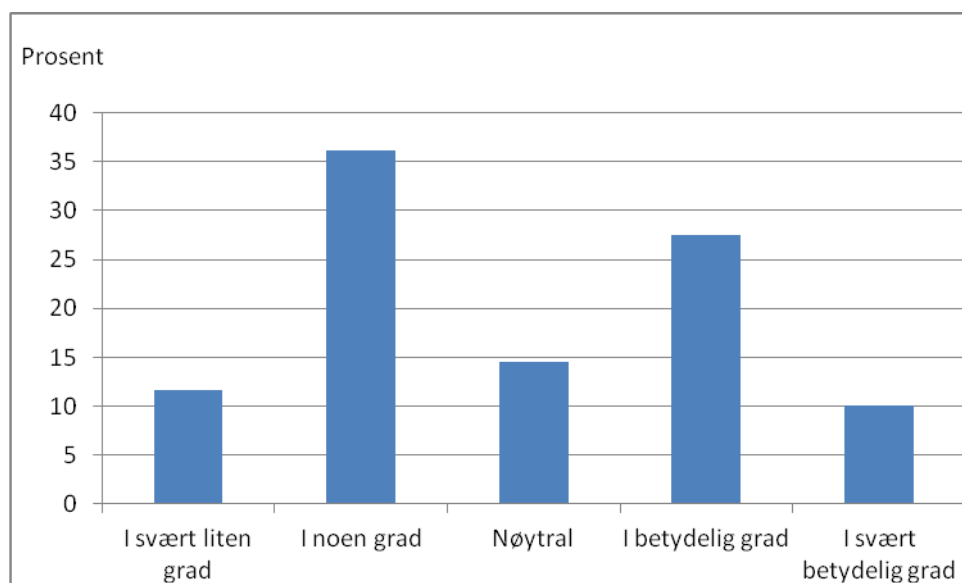
	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært problematiske	7	10,0 %
2	Noe problematiske	44	62,9 %
3	Nøytral	5	7,1 %
4	Stort sett problemfrie	14	20,0 %
5	Helt problemfrie	0	0,0 %
	Sum	70	100,0 %

I spørsmål nr 3 retter vi oppmerksomheten mot i hvilken grad **samhandlingsreformen** vil påvirke situasjonen med brudd mellom de forskjellige institusjoner og de regelverk som styrer samhandlingen. Tabell 4.3 gir en svært interessant og statistisk sett rimelig symmetrisk to-puklet kurve for svarene. Det er kun 37,6 % av kommunene som mener at samhandlingsreformen virkelig vil reparere på de brudd man ser i den forstand at man mener denne reformen i betydelig grad eller i svært betydelig grad vil reparere på dette, mens nesten halvparten (47,8 %) velger alternativene i svært liten grad eller noen grad. Om vi ser spørsmål nr 3 i forhold til 1 og 2 så viser svarene at troen på at samhandlingsreformen virkelig vil

reparere de problemer man faktisk ser er klart lavere enn den mer generelle holdning til samhandlingsreformen som en nødvendig reform og de problemer man faktisk ser.

Tabell 4.3. Svarfordeling for spørsmål nr. 3: Om du ser på alle muligheter for brudd som kan gi problemer for optimale pasientforløp tror du da samhandlingsreformen vil påvirke brudd?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	I svært liten grad	8	11,6 %
2	I noen grad	25	36,2 %
3	Nøytral	10	14,5 %
4	I betydelig grad	19	27,5 %
5	I svært betydelig grad	7	10,1 %
	Sum	69	100,0 %



Figur 4.1: Grafisk framstilling av svarfordelingen for spørsmål nr. 3.

I spørsmål nr4 blir man bedt om å krysse av for det viktigste bruddet man ser i forhold til best mulige pasientforløp slik situasjonen var per februar 2012. De to klart viktigste bruddene slik kommunesektoren ser situasjonen er **informasjonsflyt** som blir krysset av 41,8 % av de som svarer og **finansiering** av 23,9 %, det vil si at disse to alternativene til sammen utgjør rundt 65 % av svarene. Det er ikke overraskende at alternativet med informasjonsflyt scorer klart høyest siden dette også er påpekt som et sentralt problem i forarbeidene til samhandlingsreformen som St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett

behandling – på rett sted – til rett tid. Inntrykket fra undersøkelsen for øvrig går også i retning av at informasjonsflyt er et problem.

Tabell 4.4. Svarfordeling for spørsmål nr. 4: Kryss av for det viktigste bruddet sett i forhold til best mulige pasientforløp slik du ser situasjonen per i dag?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Eierskap	3	4,5 %
2	Styringsystem	8	11,9 %
3	Regelverk	2	3,0 %
4	Finansiering	16	23,9 %
5	Behandling	6	9,0 %
6	Faglige mål	4	6,0 %
7	Informasjonsflyt	28	41,8 %
	Sum	67	100,0 %

Spørsmålene 5, 6 og 7 er spesielt rettet i forhold til ordningen med kommunal medfinansiering. Denne ordningen går i meget korte trekk ut på at kommunene tilføres penger via inntektssystemet, men at kommunene så sammen med staten skal være med på å betale deler av hva sykehusenes kostnader til behandling av pasienter fra kommunen beløper seg til. Ordningen går ut på at man har plukket ut 466 diagnoser innen DRG-systemet og for disse diagnosene så er finansieringsandelen til kommunen satt til 20 % (med 20 % for stat og 60 % for helseforetak).

En begrunnelse for dette er at ordningen skal styrke insentivene ovenfor kommunesektoren til å prioritere forebyggende arbeid på de områder hvor kommunen er med på å betale. Man kan stille spørsmål om i hvilken grad kommunen faktisk har anledning til å prioritere dette og dette er bakgrunnen for spørsmål nr. 5 hvor respondentene blir bedt om å svare på om man er enig eller ikke i påstanden om at ordningen med kommunal medfinansiering faktisk vil påvirke kommunens tiltak for å forebygge sykdommer. Svarene viser at et flertall, 56,7 % av respondentene faktisk er delvis enig eller helt enig i at ordningen vil påvirke kommunens tiltak, men med en overvekt på 46,3 % for alternativet delvis enig. Dette innebærer at over 40 % av respondentene enten er nøytrale, altså at de hverken er enig eller uenig eller at de er uenige i påstanden.

Dette innebærer at vel 56 % er enig i at dette incentivet vil virke. Dette synes å være et lavt tall sett i forhold til argumentasjonen i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen og man skal ikke gi seg ut i større spekulasjoner for hvorfor dette tallet er såpass lavt, men denne undersøkelsen vil bli gjentatt med akkurat de samme kommuner og samme spørsmål om et år (i januar/februar 2013) og vi kan da se om holdningene har endret seg i retning av at flere har blitt enige i påstanden, noe som ville være det naturlige å forvente. På den annen side er det også greit å forstå at kommunene er noe avventende i forhold til denne problemstillingen siden tiltak for forebygging av sykdom har et langsiktig perspektiv og de effekter som det vil få for kommunen er både langsiktige og ikke så lett å måle.

Tabell 4.5. Svarfordeling for spørsmål nr. 5: Ordningen med kommunal medfinansiering er blant annet bygd på en logikk at kommunesektoren tilføres midler via inntektssystemet og betaler i forhold til kommunens innbyggers bruk av spesialisthelsetjenester (hovedsaklig bruk av sykehus). Er du enig i påstanden om at dette faktisk vil påvirke kommunens tiltak for å forebygge sykdommer?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	4	6,0 %
2	Delvis uenig	13	19,4 %
3	Nøytral	12	17,9 %
4	Delvis enig	31	46,3 %
5	Helt enig	7	10,4 %
	Sum	67	100,0 %

Spørsmål nr 6 omhandler det faktum at slik systemet for kommunal medfinansiering nå er innført, så er kommunene med på å finansiere 466 DRG-er. Eksempler på diagnoser som kommunene ikke er med på å finansiere er kirurgi og fødsler, mens eksempler på diagnoser som er med er ”vanlige” medisinske diagnoser (som lungebetennelse) vi finner igjen på sykehjem. Svarene fra kommunene viser at vel 60 % sier at man tror dette utvalget av diagnoser vil påvirke kommunenes tiltak. Svarene viser også her en viss reserverthet i forhold til om dette uttrekket av diagnoser faktisk vil sende incentiver inn i kommunesektoren. En mulig årsak til at svarprosenten som sier seg delvis eller helt enig er såpass lav må sees både i forhold til det forrige spørsmålet og i forhold til hvilke faktiske virkemidler kommunene har.

Tabell 4.6. Svarfordeling for spørsmål nr. 6: Systemet er fra 2012 konstruert slik at 414 diagnoser betales av staten mens for 466 diagnoser er kommunen med å finansierer. Tror du utvalget av diagnoser vil påvirke kommunens tiltak for å forebygge sykdom?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	8	11,4 %
2	Delvis uenig	6	8,6 %
3	Nøytral	13	18,6 %
4	Delvis enig	37	52,9 %
5	Helt enig	6	8,6 %
	Sum	70	100,0 %

Et annet trekk ved systemet med kommunal medfinansiering er slik at kommunen ikke skal vite identiteten på de som får behandling på sykehus, det er da stilt spørsmål om man mener dette er nødvendig av hensyn til personvern. Her er svarfordelingen slik at 57,3 % er enten delvis eller helt enig i dette. Dette kan sees på som et relativt lavt tall i den forstand at kun litt mer enn halvparten av kommunene mener personvernet her må gå først. Utforming av ordningen er konstruert slik at kommunene skal være med å betale en form for det vi kan kalle en systemkostnad uten at man skal kjenne til hvilke innbyggere i kommunen som faktisk koster. Nå er ordningen slik at kommunene kan foreta uttrekk av anonymiserte data fordelt etter diagnosegrupper slik at kommunen kan få et rimelig godt bilde av hvilke typer sykdommer innbyggerne kommunen må betale for faktisk har, men uten å kjenne identiteten til den enkelte. Det er vanskelig å si om dette faktisk er kjent for de som har svart, her vil det også bli interessant å se hvilke resultater man vil få om et år når ordningen blir kjent og har vært praktisert.

Tabell 4.7. Svarfordeling for spørsmål nr. 7: Systemet med kommunal medfinansiering er videre bygd opp slik at kommunen ikke skal vite identiteten på de som får behandling på sykehus. Mener du dette er nødvendig av hensyn til personvern?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	6	8,8 %
2	Delvis uenig	13	19,1 %
3	Nøytral	10	14,7 %
4	Delvis enig	9	13,2 %
5	Helt enig	30	44,1 %
	Sum	68	100,0 %

Spørsmålene 8, 9, 10 og 11 gjelder ordningen med utskrivningsklare pasienter. Denne ordningen har to hoverpunkter hvorav det første er at om kommunen ikke kan motta pasienten den dagen pasienten faktisk er utskrivningsklar fra sykehuset, så må kommunen betale kr 4000 pr ekstra liggedøgn på sykehuset. Den andre hoveddelen av ordningen er en prosessbeskrivelse av hvordan informasjonsutvekslingen skal foregå og her er det også krav til sykehuset om at man skal gi tidlig varsel til kommunen om hvilke hjelpebehov pasienten vil få når vedkommende blir utskrivningsklar. Det er også flere andre elementer i ordningen som regulerer hvordan kommunikasjonen mellom sykehus og kommune skal være og det blir både interessant og viktig hvordan disse avtaleformene og kommunikasjonssystemene utvikler seg.

Spørsmål 8 tar utgangspunkt i at sykehuset er pålagt å sende et tidlig varsel til kommunen med en vurdering av sannsynlig hjelpebehov for ordningen med utskrivningsklare pasienter og spørsmålet går ut på om man tror kommunen vil ta tak i og følge opp dette varselet. Dette er et spørsmål hvor nær 90 % er helt enig i påstanden om at kommunen vil gjøre dette og noe annet svar kunne man trolig heller ikke forvente.

Tabell 4.8. Svarfordeling for spørsmål nr. 8: Sykehuset er pålagt å sende et tidlig varsel til kommunen med en vurdering av sannsynlig hjelpebehov for ordningen med utskrivningsklare pasienter. Tror du kommunen vil ta tak i og følge opp dette varselet

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	1	1,4 %
2	Delvis uenig	0	0,0 %
3	Nøytral	1	1,4 %
4	Delvis enig	6	8,6 %
5	Helt enig	62	88,6 %
	Sum	70	100,0 %

Spørsmål nr 9 går ut på at kommunene blir bedt om å svare i hvilken grad man er enig eller ikke i påstanden om at kommunene vil ha kapasitet og ressurser til å ta hjem de aller fleste pasientene samme dag som de skrives ut. Her er det en overvekt som er delvis enig (44,3 %) eller helt enig (10 %) i denne påstanden. Når det gjelder de som ikke er enige i påstanden så er det til sammen 38,5 %, noe som må sies å være et relativt høyt tall. Dette innebærer at

relativt mange mener at systemet er lagt opp til å kreve betaling for å ha pasienter liggende med ekstra liggedøgn på sykehus når kommunen ikke har kapasitet og ressurser til å ta vedkommende hjem. Det har framkommet synspunkter fra kommuner om at systemet her legger opp til å straffe kommuner som ikke har kapasitet til å oppføre seg slik reformen forutsetter.

Tabell 4.9. Svarfordeling for spørsmål nr. 9: Sykehuset skal gi varsel til kommunen når pasienten er utskrivingsklar. Hva mener du om påstanden om at kommunen da vil ha kapasitet og ressurser til å ta hjem de aller fleste samme dag

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	5	7,1 %
2	Delvis uenig	22	31,4 %
3	Nøytral	5	7,1 %
4	Delvis enig	31	44,3 %
5	Helt enig	7	10,0 %
	Sum	70	100,0 %

Spørsmål nr 10 går på om påstanden at kommunens plikt til betaling for utskrivningsklare pasienter vil endre kommunens atferd når vi ser på tida før reformen (2011) og etter reformen (2012). Svarene her viser at nesten 80 % av kommunene (79,4 %) mener at denne regelen vil endre atferden. Dette er på sett og vis bra siden det fenomenet at pasienter ble liggende på sykehus etter at de var ferdig behandlet ikke er en god løsning sett i forhold til målet om optimale pasientforløp. Denne svarfordelingen er også en indikasjon på at det insentiv som er lagt i denne ordningen faktisk kommer til å virke, og de opplysninger man har så langt basert på opplysninger for januar 2012 tyder på at kommunene for det første er opptatt av ordningen og at de i stor grad aktivt forholder seg til insentivene og gjør tiltak for å redusere liggedøgn på sykehus etter at pasienten er utskrivingsklar.

Tabell 4.10. Svarfordeling for spørsmål nr. 10: Hva mener du om påstanden om at kommunens plikt til betaling for utskrivingsklare pasienter vil endre kommunens adferd når vi ser på tida før reformen (2011) og etter reformen (2012).

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	2	2,9 %
2	Delvis uenig	7	10,3 %
3	Nøytral	5	7,4 %
4	Delvis enig	36	52,9 %
5	Helt enig	18	26,5 %
	Sum	68	100,0 %

Spørsmål nr. 11 er på mange måter en oppfølging av spørsmål nr. 9 i den forstand at det her blir lagt til grunn at noen pasienter vil ha svært store behov etter utskrivning, og kommunene blir så bedt om å forholde seg til hva man mener om at det skal være betaling for ekstra liggedøgn på sykehus uavhengig av hvilke behov en pasient har for kommunale tjenester. Interessant nok viser svarfordelingen her at mange kommuner krysser av for alternativet nøytral, altså at man verken er spesielt enig eller uenig i denne påstanden. Flere av kommunene er uenig i påstanden (40 %) enn enig (31,4 %) i den forstand at man ikke kan se bort fra at enkelte pasienter har store og kompliserte behov for kommunale tjenester etter utskrivning.

Slik systemet er lagt opp, så har sykehuset en plikt til å gi tidlig varsel noe som på sett og vis er systemets tiltak for at kommunene skal få god nok tid til å forberede seg. Her blir det også interessant å se om et år i hvilken grad den kommunikasjon og informasjonsutveksling kommune og sykehus avtalemessig må legge opp til, faktisk vil fungere slik at også kommunene i hovedsak klarer å dekke de behov også tunge og kompliserte tunge og kompliserte pasienter vil få.

Tabell 4.11. Svarfordeling for spørsmål nr. 11: Noen pasienter har svært store behov etter utskrivning – hva mener du om at det skal være en sats for ekstra liggedøgn på sykehus uavhengig av hvilke behov en pasient har for kommunale tjenester?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	14	20,0 %
2	Delvis uenig	14	20,0 %
3	Nøytral	20	28,6 %
4	Delvis enig	15	21,4 %
5	Helt enig	7	10,0 %
	Sum	70	100,0 %

Spørsmålene 12 til 17 dreier seg om holdninger til ordningen med øyeblikkelig hjelp. Slik samhandlingsreformen er organisert, skal ordningen med øyeblikkelig hjelp fases inn fra 2012 til 2016. I spørsmål 12 blir man bedt om å svare i hvilket år man tror ordningen blir faset inn i sin kommune. Fra Helsedirektoratets side legges det opp til et tempo i innfasing som gir en rimelig jevn strøm av kommuner inn i ordningen for hvert år. Svarene på spørsmål nr 12 for kommunene i Helse Midt viser et relativt jevnt tempo også for innfasing her.

Tabell 4.12. Svarfordeling for spørsmål nr. 12: Ordningen med øyeblikkelig hjelp skal fases inn fra 2012 til 2016 – hvilket år tror du din kommune kommer inn?

	År	Verdi	Prosent
1	2012	12	17,6 %
2	2013	16	23,5 %
3	2014	9	13,2 %
4	2015	15	22,1 %
5	2016	16	23,5 %
		68	100,0 %

I spørsmål nr 13 blir man bedt om å fortelle om hvilken samarbeidsstruktur man ser for denne ordningen i den forstand om man tror man vil etablere en ordning for øyeblikkelig hjelp kun for sin egen kommune eller i samarbeid med andre. Det interessante er at vel 50 % av kommunene svarer at man regner med å finne en løsning for sin kommune pluss to eller flere andre. Dette tyder på at denne ordningen nok vil bety større samarbeidsprosjekter i den

forstand at flere kommuner samarbeider. Det er 26,5 % av kommunene som planlegger å gjennomføre ordningen kun for sin kommune, det vil si om lag ¼ av kommunene.

Tabell 4.13. Svarfordeling for spørsmål nr. 13: Tror du din kommune vil etablere en ordning med øyeblikkelig hjelp for bare din kommune, for din kommune + en kommune til, for din kommune + 2 eller flere andre kommuner. (Svar hva du tror selv, uansett om din kommune ikke har konkrete eller vedtatte planer eller ikke)

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Bare for din kommune	18	26,5 %
2	For din kommune + en til	9	13,2 %
3	For din kommune + to eller flere	35	51,5 %
4	Andre løsninger	6	8,8 %
	Sum	68	100,0 %

I spørsmål nr 14 blir man bedt om å fortelle hvor langt man er kommet i planleggingen av ordningen med øyeblikkelig hjelp i den forstand om kommunen har satt opp regnestykker om hva ordningen økonomisk sett vil koste i forhold til overføringene fra staten. Her tyder det på at mange kommuner ikke har kommet særlig langt i den forstand at rundt 55 % av kommunene ikke har satt opp regnestykker om hva dette vil koste. Svarene tyder på at rundt 20 % har gjennomført slike beregninger.

Tabell 4.14. Svarfordeling for spørsmål nr. 14: Har din kommune kommet så langt i planleggingen at dere har satt opp regnestykker om hva ordningen med øyeblikkelig hjelp vil koste sett i forhold til overføringene fra staten?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	27	39,7 %
2	Delvis uenig	10	14,7 %
3	Nøytral	16	23,5 %
4	Delvis enig	13	19,1 %
5	Helt enig	2	2,9 %
	Sum	68	100,0 %

Spørsmål 15 går nærmere inn i hvordan man vurderer økonomien i denne ordningen og det er spurt om man tror ordningen med øyeblikkelig hjelp blir så kostbar at det må overføres penger fra andre sektorer. Vel 1/3 av respondentene velger alternativet nøytral som her innebærer at

man ikke har tatt stilling til om denne ordningen vil kreve mer penger fra andre sektorer eller ikke. Nær halvparten av kommunene tror denne ordningen vil bli så dyr at man må overføre penger fra andre sektorer. Dette er et overraskende høyt tall i den forstand at ordningen slik den er formulert i grunnlagsdokumentene, blant annet i stortingsmeldingen, har lagt opp til en finansiering slik at man skal ikke være avhengig av å overføre penger fra andre sektorer. Vi tolker svarene i den retning at man er bekymret for hva dette vil koste når man også ser svarene i det lys at kun vel 13 % (2,9% + 10,3%) av respondentene mener at det ikke vil bli behov for overføring fra andre sektorer.

Tabell 4.15. Svarfordeling for spørsmål nr. 15: Tror du ordningen med øyeblikkelig hjelp vil bli så kostbar at den vil måtte overføres penger fra andre sektorer

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Helt uenig	2	2,9 %
2	Delvis uenig	7	10,3 %
3	Nøytral	24	35,3 %
4	Delvis enig	26	38,2 %
5	Helt enig	9	13,2 %
	Sum	68	100,0 %

Spørsmål 16 går nærmere inn på hvor fornøyd man er at ordningen med døgntilbud er tatt inn som en del av samhandlingsreformen. Man må kunne si at dette aspektet av samhandlingsreformen utvider kommunenes ansvar og operasjonsfelt innen helse og sosialsektoren samtidig som finansiering av ordningen skal ligge innen rammen av samhandlingsreformen. Rundt ¼ av kommunene (24,6 %) er enten lite fornøyd eller svært lite fornøyd med at denne ordningen er tatt inn noe som må sies å være et relativt høyt tall sett i forhold til den argumentasjon som ligger bak reformen. 34,8 % krysser av for alternativet nøytral i den forstand at man er verken spesielt fornøyd eller misfornøyd med at ordningen er tatt inn, noe som må tolkes med at man godtar ordningen men at man verken klager eller jubler. Nær 40 % av respondentene er enten godt fornøyd eller svært godt fornøyd med dette forslaget. Svarfordelingen på spørsmål nr 16 er interessant å se i forhold til svarene på de første spørsmålene i undersøkelsen hvor vi spør mer generelt om man mener at samhandlingsreformen er en nødvendig reform. Som sagt får reformen generelt stor oppslutning, men jo mer spesifikt man går inn på en del av ordningene, jo større blir skepsisen.

Tabell 4.16. Svarfordeling for spørsmål nr. 16: Hvor godt fornøyd totalt sett er du med at denne ordningen med døgntilbud til øyeblikkelig hjelp ble tatt inn som en del av samhandlingsreformen

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært lite fornøyd	5	7,2 %
2	Lite fornøyd	12	17,4 %
3	Nøytral	24	34,8 %
4	Godt fornøyd	24	34,8 %
5	Svært godt fornøyd	4	5,8 %
	Sum	69	100,0 %

Spørsmål nr 17 er stilt fordi vi var interessert i å få mer detaljert kjennskap til hvor mye kommunen hadde arbeidet med detaljer i forhold til de økonomiske konsekvenser av reformen. Spørsmålet tar opp at det for kommunene er mulig via Kommunenes Sentralforbund sin modell for inntektssystemet å finne ut hvordan samhandlingsreformen slår ut med hensyn til kostnadsutjevningen. Vi har så spurt kommunen om de har foretatt en vurdering av dette og her svarer 43,5 % at man ikke kjenner til en slik vurdering, mens 56,5 % kjenner til at det er gjort slike beregninger. Til dette er å si at siden bare litt over halvparten av kommunene faktisk har vært innom og sjekket hva inntektssystemet betyr og hvordan det slår ut innen rammen av kostnadsutjevningen så er dette et relativt lavt tall sett i forhold til den betydning mange kommuner legger i at reformen skal bli vellykket. Nå må man videre si at de som er spurt er ledelse innen pleie og omsorgssektoren og det kan jo hende at enkelte kommunens økonomiforvaltning kan ha gjort beregninger og sjekket kostnadstall uten at vedkommende innen helse og omsorgssektoren kjenner til det. På den annen side er det også slik at bruk av inntektssystemmodellen har en viss kunnskapsterskel og at noen kommuner ikke i særlig grad bruker denne modellen.

Tabell 4.17. Svarfordeling for spørsmål nr. 17: Det er mulig via KS sin modell for inntektssystemet å finne ut hvordan samhandlingsreformen slår ut i din kommune med hensyn til kostnadsutjevninga. Vet du om noen i din kommune har foretatt en vurdering av hva dette vil bety.

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Kjenner ikke til en slik vurdering	30	43,5 %
2	Kjenner til en slik vurdering	39	56,5 %
	Sum	69	100,0 %

Spørsmålene 18 til 20 dreier seg om hvor langt kommunene er kommet når det gjelder samarbeidsavtaler og utvikling av disse. Spørsmål nr 18 tar direkte opp om kommunen per i dag (februar 2012) har samarbeidsavtaler med andre kommuner på felter som reguleres av samhandlingsreformen. Når det gjelder svaralternativene, så svarer 31,4 % nei og i dette ligger det at kommunen i hovedsak ser sin samarbeidsflate i tilknytning til samhandlingsreformen i forhold til sykehus/helseforetak. Når det gjelder de selskapsformer som er aktuelle så viser det seg at interkommunalt samarbeid og vertskommunesamarbeid utgjør 50 % av de samarbeidsavtaler som er aktuelle innen rammen av samhandlingsreformen.

Tabell 4.18. Svarfordeling for spørsmål nr. 18: I en orientering om samhandlingsreformen fra Helsedirektoratet heter det: "Det er opp til kommunene å velge hvilken modell som er mest hensiktsmessig for det aktuelle samarbeidet". Har din kommune per i dag samarbeidsavtaler med andre kommuner på de felter som reguleres av samhandlingsreformen?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Nei	22	31,4 %
2	Aksjeselskap	0	0,0 %
3	Interkommunalt selskap	5	7,1 %
4	Interkommunalt samarbeid	17	24,3 %
5	Vertskommune	17	24,3 %
6	Samkommune	9	12,9 %
7	Andre former	0	0,0 %
	Sum	70	100,0 %

Når det gjelder tilsvarende samarbeid mellom kommune og helseforetak/sykehus så viser fordelingen av svar på spørsmål nr 19 hvordan situasjonen er per februar 2012. Svarene viser at de aller fleste er i gang og 80 % av kommunene har avtaler om retningslinjer for innleggelse på sykehus, avtale for retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasienter

eller andre avtaler. 17,4 % av kommunene er i en reell forhandlingssituasjon mens få (3 %) er kun i gang med sonderinger.

Tabell 4.19. Svarfordeling for spørsmål nr. 19: Hvordan er situasjonen per i dag når det gjelder samarbeidsavtale mellom din kommune og helseforetak/sykehus?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Ikke påbegynt	0	0,0 %
2	Kun soderinger	2	2,9 %
3	Reelle forhandlinger	12	17,4 %
4	Avtale om retningslinjer for innleggelse på sykehus	6	8,7 %
5	Avtale om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter	19	27,5 %
6	Andre avtaler	30	43,5 %
	Sum	69	100,0 %

Spørsmål nr 20 går inn på et meget interessant og til del kontroversielt felt når det gjelder utvikling av samhandlingsreformen, nemlig om i hvilken grad kommunen oppfatter seg som den sterke parten i samarbeidet med helseforetaket så langt. 58,6 % av svarene velger alternativene i svært liten grad eller liten grad, hvilket betyr at man ser på helseforetaket som den sterke part. 30 % velger alternativet nøytral, det vil si at man verken ser på kommune eller helseforetak som sterkere enn den andre, mens 11,4 % ser på kommunen som den sterke parten. Dette er på sett og vis den maktfordeling man kunne forvente sett ut fra at mange av ordningene gir sykehus/helseforetak mer operasjonell innflytelse enn kommunen. Og med operasjonell innflytelse mener vi at det er helseforetaket/sykehuset som er ansvarlig for dataregistrering og fakturering og har et mer primært forhold til datainnhenting.

Flere av ordningene i samhandlingsreformen er formulert slik at kommunen på sett og vis har en kontrollfunksjon, men mer avgrensede muligheter for å gripe direkte inn i forhold til økonomiske oppgjør og registrering av data. På den annen side har man prøvd å få til likeverdighet der hvor dette teknisk sett er mulig, men slik systemet mer i det store og hele er konstruert, så blir kommunen mer kontrollerende enn utøvende i forhold til flere av ordningene. Her skal det bli meget interessant å se hva kommunesektoren svarer på dette spørsmålet om et år etter man har hatt det første året med erfaringer om hvordan reformen gjennomføres.

Tabell 4.20. Svarfordeling for spørsmål nr. 20: I hvilken grad oppleves det at kommunen/e er den sterke parten i samarbeidet med helseforetaket så langt?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært liten grad	13	18,6 %
2	Liten grad	28	40,0 %
3	Nøytral	21	30,0 %
4	Stor grad	8	11,4 %
5	Svært stor grad	0	0,0 %
	Sum	70	100,0 %

Spørsmålene 21 til 24 tar opp forskjellige aspekter ved kontraktmessige og avtalemessige forhold i tilknytning til reformen. I spørsmål 21 spørres det om kontakten mellom kommune og helseforetak så langt gjennomregulerer alle aktiviteter innen samhandlingsreformen som pasientflyt, økonomi, ressurser og så videre. Her hadde vi forventet å få en relativt betydelig del av svarene for alternativene i ”Stor grad” eller i ”Svært stor grad”, siden det for samhandlingsreformen både i forarbeidene og ved gjennomføring av reformen nå understrekes at dette skal være en helhetlig reform. Det alternativ som krysses av mest i vel 50 % av svarene er nøytral i den forstand at man verken syns reformen i stor grad gjennomregulerer alle aktiviteter eller i liten. Rundt 30 % svarer i svært liten grad eller i liten grad, mens om lag 17 % svarer i stor grad eller svært stor grad. Svarfordelingene på dette spørsmålet kan først og fremst tolkes som at det her er en viss forskjell mellom liv og lære. Utgangspunktet var jo at samhandlingsreformen skulle være overgripende på de fleste felter innen helse og sosialsektoren mens svarfordelingene går på at det i alle fall per februar 2012 ikke ser ut til å være oppfattet helt slik.

Tabell 4.21. Svarfordeling for spørsmål nr. 21: I hvilken grad oppleves det at kontakten mellom kommunene og helseforetaket så langt gjennomregulerer alle aktivitetene som pasientflyt, økonomi, ressurser osv?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært liten grad	4	5,9 %
2	Liten grad	17	25,0 %
3	Nøytral	35	51,5 %
4	Stor grad	10	14,7 %
5	Svært stor grad	2	2,9 %
	Sum	68	100,0 %

I spørsmål nr 22 er det spurt om i hvilken grad man tror avtalen mellom kommune og helseforetak bidrar til økonomisk forutsigbarhet. Svarfordelingen på dette spørsmålet er også i noe overraskende i den forstand at vel 56 % av svarene velger alternativet i svært liten grad eller i liten grad. En ambisjon med samhandlingsreformen var at den skulle øke forutsigbarheten for kommunesektoren mens oppfatningen av den så langt viser det motsatte. Det er kun rundt 13 % av kommunene som velger alternativene stor grad eller svært stor grad for hvordan reformen bidrar til økonomisk forutsigbarhet. En grunn til dette er trolig at reformen er helt i startfasen slik at man ikke har særlig grad av erfaringer med hvilken informasjonsstrøm og forutsigbarhet som faktisk kommer. Men alle kommunene er forutsatt å ha kommet i gang med arbeidet og av de andre svarene så ser vi at man er i gang med planer og avtaler, men det inntrykket kommunen gjør deg av dette arbeidet per i dag er at det enten bidrar til samme forutsigbarhet man hadde fra før eller ikke i stor grad øker forutsigbarheten.

Tabell 4.22. Svarfordeling for spørsmål nr. 22: I hvilken grad tror du avtalen mellom kommunen/e og helseforetaket bidrar til økonomisk forutsigbarhet for kommunen\e

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært liten grad	11	15,9 %
2	Liten grad	28	40,6 %
3	Nøytral	21	30,4 %
4	Stor grad	7	10,1 %
5	Svært stor grad	2	2,9 %
	Sum	69	100,0 %

Sett i forhold til hva kommunene svarer på spørsmålene 20 til 22 er det interessant å se hva man svarer på spørsmål 23 hvor det er spurt om i hvilken grad det per februar 2012 er etablert kontrollsystemer i kommunen som sikrer at avtaler blir realisert i henhold til intensjoner. Svarene her viser at kommunene er i rimelig godt i gang med arbeidet med kontrollsystemer og 38,2 % velger alternativet stor grad eller svært stor grad for etablering av slike systemer. 23,6 % av kommunene gir indikasjoner i retning av at man har kommet kort i dette arbeidet. Det er interessant å se at kommunenes holdning til kontrollsystemer er klart mer aktivt enn holdningen til økonomisk forutsigbarhet.

Tabell 4.23. Svarfordeling for spørsmål nr. 23: I hvilken grad er det per i dag etablert kontrollsystemer i kommunen som sikrer at avtaler blir realisert i henhold til intensjoner

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært liten grad	1	1,5 %
2	Liten grad	15	22,1 %
3	Nøytral	26	38,2 %
4	Stor grad	23	33,8 %
5	Svært stor grad	3	4,4 %
	Sum	68	100,0 %

Spørsmål 24 tar opp i hvilken grad man etablert kommunikasjonssystemer som sikrer at involverte får innsikt i og kunnskap om avtaler og de forventninger som er innebygd i disse. Her svarer et flertall av kommunene (54,3 %) at man i stor grad eller svært stor grad har etablert slike kommunikasjonssystemer. 30 % svarer nøytral i den forstand at man verken har gjort noe med dette i stor grad eller liten grad, mens snaut 16 % svarer i liten grad eller svært liten grad. Dette tyder på at kommunene har en mer aktiv holdning til etablering av kommunikasjonssystem enn faktiske kontrollrutiner og dette virker logisk siden at man må få på plass et fornuftig kommunikasjonssystem før man får etablert kontrollrutiner som fungerer i de ledd som er aktuelle.

Tabell 4.24. Svarfordeling for spørsmål nr. 24: I hvilken grad er det etablert et kommunikasjonssystem i kommunen som sikrer at involverte aktører får innsikt i og kunnskap om avtaler og de forventninger som er innebygd i disse

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Svært liten grad	2	2,9 %
2	Liten grad	9	12,9 %
3	Nøytral	21	30,0 %
4	Stor grad	32	45,7 %
5	Svært stor grad	6	8,6 %
	Sum	70	100,0 %

I spørsmål 25 blir kommunene bedt å svare på i hvilken grad de er i gang med lokalmedisinsk senter (distriktsmedisinsk senter). Svaralternativene er her at man ikke har tenkt på det eller er

i gang med planlegging, det vil si at man faktisk ikke har et tilbud. Og det er rundt 65 % av kommunene som ikke har et etablert tilbud. Av de som har tilbud så har 8,7 % av kommunene et tilbud kun for sin kommune, mens 7,2 % har et tilbud i samarbeid med andre og i 18,8 % av tilfellene gjelder dette et samarbeid med to eller flere kommuner.

Tabell 4.25. Svarfordeling for spørsmål nr. 25: Hvor langt er din kommune kommet med hensyn til Lokalmedisinsk senter (Distriktsmedisinsk senter)?

	Alternativ	Verdi	Prosent
1	Ikke tenkt på det	22	31,9 %
2	I gang med planlegging	23	33,3 %
3	Har etablert tilbud kunfor min kommune	6	8,7 %
4	Har etablert tilbud for min kommune i samarbeid med en annen kommune	5	7,2 %
5	Har etablert tilbud i samarbeid med to eller flere kommuner	13	18,8 %
	Sum	69	100,0 %

5 Behov og ressursbruk ved distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag.

5.1 Innledning.

Kommunene Inderøy (inklusive Mosvik), Verran, Snåsa og Steinkjer har sammen med Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge satt i verk et samhandlingsprosjekt der man har realisert et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag. Tilbudet ble startet opp 31. januar 2011 med 16 normerte intermediærsenger. Senteret ligger i Steinkjer Kommune lokalisert sammen med Egge sykehjem. Organisatorisk er DMS Inn-Trøndelag et vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd og Steinkjer kommune som vertskommune. Det er etablert en finansieringsmodell hvor kommunene, Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge bidrar.

Våren 2011 planla vi et forskningsprosjekt i tilknytning til DMS Inn-Trøndelag som et samarbeid mellom Høyskolen i Nord-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag og Steinkjer kommune på vegne av kommunene i DMS-samarbeidet. Planene gikk ut på at vi i andre halvår 2011 skulle utvikle og utprøve en metodikk for innsamling av data fra DMS Inn-Trøndelag slik at vi kunne analysere sammenhenger mellom behov og ressursbruk på DMS Inn-Trøndelag. Vi valgte november måned 2011 og gjennomførte en datainnsamling og det er fra dette forprosjektet det rapporteres i analysene som presenteres i dette kapittelet. Videre ble det planlagt et hovedprosjekt (et fullskalaprojekt) hvor det samles inn data for alle pasienter som kommer til DMS Inn-Trøndelag i 2012 basert på den metodikken fra forprosjektet.

5.2 Prinsipielt om metodikken for datainnsamling

Hensikten med prosjektet er å kunne gi en analyse av:

- Hvilken behandling og hvilken ressursbruk får pasientene på DMS Inn-Trøndelag med utgangspunkt i de diagnoser/koder/DRG som pasienten har ved utskrivning fra sykehuset.
- En nærmere analyse av hvilket forløp pasienten får ved DMS Inn-Trøndelag.
- En analyse av brukertyngde for pasienten basert på IPLOS registrering.

- Å gjøre en sammenstilling av alle aktiviteter og tiltak pasienten behandles i forhold til og hvilke kostnader DMS Inn-Trøndelag har i tilknytning til dette.

En viktig del av prosjektet er å starte med den situasjon pasienten er i når vedkommende blir utskrevet fra sykehus og kommer til DMS Inn-Trøndelag. Systemet er slik at det er Helse Nord-Trøndelag som bestemmer hvem som skal overføres fra sykehuset Levanger og sykehuset Namsos til DMS Inn-Trøndelag på Steinkjer. Slik resultatene viser så kommer de aller fleste fra sykehuset Levanger til DMS Inn-Trøndelag på Steinkjer. Når pasienten skrives ut fra sykehuset foreligger det flere opplysninger om pasienten og det som er spesielt interessant i denne sammenhengen er de koder som er satt opp for hovedtilstand og andre tilstander for pasienten. Disse kodene er i hovedsak basert på ICD-10, jamfør Kodeveiledning 2012, Helsedirektoratet 2012. Videre er det også slik at i enkelte tilfeller er kodene fra NCSP og NCMP-systemet også aktuelle.

Det sentrale er imidlertid at alle hovedtilstander og andre tilstander (bitilstander) som står på pasientens epikrise når vedkommende forlater sykehuset blir registrert ved innleggelse på DMS Inn-Trøndelag i prosjektet for analyse. Registreringen foregår slik at dette gjøres av helsepersonell som arbeider på DMS Inn-Trøndelag og dataene anonymiseres før de går inn som en del av data til prosjektet. Sammen med kodene for tilstand så registreres også opplysninger om pasienten om kjønn, alder, antall behandlingsdøgn på DMS Inn-Trøndelag, antall liggedøgn på DMS Inn-Trøndelag og i hvilken kommune pasienten er hjemmehørende. Videre registreres om hvor pasienten drar etter vedkommende skrives ut fra DMS Inn-Trøndelag og her er det mange alternativer som at pasienten kan dra hjem, til omsorgsbolig/eldresenter, til rehabilitering, til sykehjem eller blir reinnlagt på sykehus. I denne delen av datainnsamlingen er det sentrale å se på pasientforløpet fra sykehus til DMS Inn-Trøndelag og videre hvor pasienten drar videre etter oppholdet på DMS Inn-Trøndelag.

Den andre hoveddelen av registreringen går ut på å gå nærmere inn på hvilke tiltak og hvilken behandling som pasienten fikk ved oppholdet på DMS Inn-Trøndelag. Den registrering som da skjer er at helsepersonell ved DMS Inn-Trøndelag registrerer hver dag hvilke tiltak som faktisk settes i verk. Videre registreres alle medisiner som gis. Både når det gjelder de forskjellige tiltak og medisiner så knyttes dette sammen med hvilke kostnader disse intervensjonene gir grunnlag for.

Den tredje hoveddelen av registrering er at man for samtlige pasienter gjør en registrering basert på IPLOS-systemet, en registrering ved ankomst og en ved utskrivning. I prosjektet bruker vi IPLOS-systemet slik det nå brukes for sykehjem og vi bruker den nye kravspesifikasjon, såkalt IPLOS 3.0. I systemet er det kort sagt slik at det samles inn opplysninger om pasientens behov for bistand på 17 ulike områder og for hvert område graderes behov med verdiene 1-5. Videre kan det selvfølgelig også skje at enkelte områder er ikke relevante for pasienten. I kapittelet om dataanalysen for IPLOS registreringene blir det også nærmere redegjort for de forskjellige områdene for pasientens behov for bistand og hvordan man fastsetter gradering av bistandsbehov.

Som en oppsummering kan man si at tanken bak designet for datainnsamlingen er at DMS Inn-Trøndelag gir to typer av tilbud og tjenester til pasientene. Det første er faktisk medisinsk behandling som en oppfølging av hovedtilstand og bitilstand (eller hoveddiagnoser og bidiagnoser) for pasienten. Det andre hovedpoenget er at pasienten også mottar pleie på DMS Inn-Trøndelag og i denne sammenhengen er det interessant å analysere hvilken pleietyngde, det vil si hvilke behov pasienten har for bistand sett i forhold til hvor mye pasienten klarer å gjøre sjøl. For å vurdere dette brukes IPLOS-systemet.

5.3 Analyse av data

Ved analyse av data for pasienter er den sentrale opplysningen hvilken hovedtilstand og hvilke andre tilstander pasienten har. I dette prosjektet, som i spesialisthelsetjenesten generelt, så bruker vi kodingene fra ICD-10 og der er hovedtilstand definert som den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn en tilstand kan være aktuell, velges den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett. I dette prosjektet så har vi brukt som hovedtilstand den sykehuset har fastsatt da pasienten ble utskrevet fra sykehuset og innskrevet ved DMS Inn-Trøndelag. Man skal ikke se bort fra at pasienten under oppholdet på sykehuset har fått endret hovedtilstand, det er av og til slik at pasienten blir innlagt for en sykdom men så viser det seg at man i løpet av behandlingsperioden bruker mest ressurser på en annen sykdom eller tilstand. Sett fra sykehusets synspunkt er det (slik det framgår av datainnsamlingen) slik at de fleste pasienter også har klassifikasjon for andre tilstander eller bidiagnoser om man vil.

De analyser som gjennomføres i dette prosjektet er basert på 50 pasienter det vil si alle som ble tatt hånd om av DMS Inn-Trøndelag i november måned 2011. For at man skal kunne gjøre fornuftige analyser må man videre dele den hovedkode den enkelte pasient har inn i grupper. Man kan i utgangspunktet tenke seg flere måter å gjøre dette på, men i Helsedirektoratets kodeveiledning, Kap. 3, så er det gjennomført en gruppering av koder i forhold til grupper. Denne inndelingen er brukt i disse analysene og i tabell 1 framgår det hvilke koder heretter kalt sykdommer de 50 pasientene fra november 2011 kan deles inn i. Gruppe 1 i tabell 1 har som overskrift infeksjonssykdommer og den fullstendige overskriften fra kodeveiledningen er ”Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer” og dekker da enkeltkodene A00-B99. De viktigste enkeltkodene som brukerne i denne gruppen har er sepsis og rosen. Gruppe 2 er sykdommer som karakteriseres som ”Svulster” og dekker kodene C00-D48. De diagnosene som er mest vanlige her i datamaterialet er ondartet svulst i endetarm og ondartet svulst i eggstokk. Videre er det slik at flere hovedgrupper i ICD-10 kategoriseringen finner vi ikke igjen på DMS Inn-Trøndelag i datamaterialet og dette er blant annet hovedgruppene 3, ”Sykdommer i blod og bloddannende organer”, 4 ”Endokrine sykdommer”, 5 ”Psykiske lidelser”, 6 ”Sykdommer i nervesystemet”, 7 ”Sykdommer i øyet” og 8 ”Sykdommer i øret”. Den neste gruppen som framkommer i materialet er ”Sykdommer i sirkulasjonssystemet” og de kodene som her er vanligst her er lungeemboli og hjerneinfarkt. Den neste sykdomsgruppen i materialet er ”Sykdommer i åndedrettssystemet” og dette dreier seg i hovedsak om forskjellige varianter av pneumoni (lungebetennelse).

Den neste hovedgruppen i materialet er ”Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker” og dekkes av kodene S00- T98. de vanligste sykdommene her er brudd av forskjellige slag som brudd i lårhals og brudd i legg. Videre er det slik at vi har lagd en gruppe med ”Andre koder” fordi vi har en del enkeltkoder fra andre grupper som er for få til å lage egen gruppe, vi følger kravene som Statistisk Sentralbyrå bruker for gruppeinndeling hvor det må være 3 eller flere brukere i hver gruppe for at man skal oppgi enkeltopplysninger. Totalt sett vil vi si oss godt fornøyd med den gruppeinndeling vi har fått til i den forstand at de grupper vi har hentet direkte fra Helsedirektoratets inndeling har fornuftig størrelse sett i forhold til å få stabile resultater og vi har kun en gruppe med andre koder som ikke kan henføres til noen spesiell kode (sykdom).

Tabell 5.1: Inndeling av datamaterialet for hovedgrupper av koder (sykdommer)

Gruppe	Antall pasienter	I prosent
Infeksjonssykdommer	7	14,0
Svulster	7	14,0
Sykd. i sirkulasjonssystemet	8	16,0
Sykd. i åndedrettssystemet	11	22,0
Skader, forgiftninger og div.	9	18,0
Andre koder	8	16,0
Sum	50	100,0

Når det gjelder fordelingen av pasienter mellom menn og kvinner så framgår den av tabell 2. Tabellen viser at vi i datamaterialet har 33 kvinner og 17 menn og hvor fordelingene på sykdomsgrupper er rimelig jevn sett i forhold til antall menn og kvinner i datamaterialet. Grovt sett kan vi si at vi har dobbelt så mange kvinner som menn i datamaterialet og når det gjelder sykdommer så har vi dobbelt så mange kvinner som menn også i de forskjellige kategoriene.

Tabell 5.2: Fordeling av datamaterialet på sykdomsgruppe og kjønn

Gruppe	Kjønn		Sum
	Mann	Kvinne	
Infeksjonssykdommer	2	5	7
Svulster	*	*	7
Sykd. i sirkulasjonssystemet	3	5	8
Sykd. i åndedrettssystemet	4	7	11
Skader, forgiftninger og div.	3	6	9
Andre koder	*	*	8
Sum	17	33	50

*: Mindre enn 3.

Når det gjelder alder så framgår opplysningene om dette fra tabellene 3 og 4. Statistisk sett viser opplysningene en konsentrasjon av antall pasienter rundt gjennomsnittsalderen som er 77 år for hele datamaterialet. I tabell 4 ser vi en utregning av gjennomsnittsalder fordelt på

sykdomsgruppe. Her viser det seg at alle gruppene ligger rimelig nær gjennomsnittet med unntak av to. Det er slik at sykdomsgruppen svulster har en lavere gjennomsnittsalder enn de andre gruppene og at gruppen sykdommer i sirkulasjonssystemet har høyere gjennomsnittsalder.

Tabell 5.3: Fordeling av datamaterialet på aldersgrupper

Aldersgruppe	Antall pasienter	I prosent
0-64 år	4	8,0
65-69 år	7	14,0
70-74 år	9	18,0
75-79 år	11	22,0
80-84 år	7	14,0
85-89 år	8	16,0
90 og over	4	8,0
Sum	50	100,0

Tabell 5.4: Gjennomsnittsalder fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennom-snittsalder	Antall	Standard-avvik
Infeksjonssykdommer	78,43	7	7,829
Svulster	72,71	7	10,904
Sykd. i sirkulasjonssystemet	81,13	8	6,621
Sykd. i åndedrettssystemet	77,27	11	8,945
Skader, forgiftninger og div.	75,33	9	9,912
Andre koder	76,63	8	12,694
Sum	76,96	50	9,485

Når det gjelder opplysningene om antall behandlingsdøgn og antall liggedøgn så framgår de av tabell 5.5 og tabell 5.6. Som man ser så kan fordelingen av antall behandlingsdøgn deles inn i to grupper, de som ligger fra 3-9 dager og de som ligger fra 10 til 23 dager.

Gjennomsnittlig antall behandlingsdøgn er på 7,62 mens gjennomsnittlig antall liggedøgn er 7,96. Gruppen med det vi kan kalle kort liggetid, det vil si fra 3-9 døgn består av 41 pasienter, mens gruppen som har et stort antall behandlingsdøgn består av 9 pasienter. Når vi ser på

antall liggedøgn så viser det i hovedsak samme fordeling som antall behandlingsdøgn siden kun fire pasienter har en liggetid som er lengre enn behandlingstiden. Systemet ved DMS Inn-Trøndelag er slik at pasienten blir vurdert som ferdig behandlet og antall døgn for behandling blir da registrert, antall liggedøgn blir da de døgnene som kommer i tillegg hvor pasienten fortsatt er på DMS Inn-Trøndelag og hvor DMS Inn-Trøndelag er ansvarlig for oppholdet.

Tabell 5.5: Antall behandlingsdøgn

Døgn	Antall behandlingsdøgn	Antall liggedøgn
3	6	6
4	7	6
5	5	5
6	4	4
7	5	4
8	9	10
9	5	5
10	*	*
11	*	*
12	*	*
13	*	*
14	*	*
15	*	*
23	*	*
Sum	50	50

*: Mindre enn 3.

Tabell 5.6 og 5.7 viser gjennomsnittlig antall behandlingsdøgn og liggedøgn fordelt på sykdomsgruppe og det er tre sykdomsgrupper som avviker fra gjennomsnittet. For det første ser vi at svulstene har klart flere antall behandlingsdøgn enn gjennomsnittet med et gjennomsnitt på svulstene på 13 behandlingsdøgn. I den andre ytterkanten har vi sykdommer i åndedrettsystemet med gjennomsnittlig behandlingstid på 5,36 døgn. Når vi sammenligner tabellen for gjennomsnittlig antall liggedøgn fordelt på sykdomsgruppe med tabellen for gjennomsnittlig antall behandlingsdøgn så ser vi at de pasientene som hadde liggetid lengre enn behandlingstid alle er i gruppene svulster eller sykdommer i sirkulasjonssystemet.

Tabell 5.6: Gjennomsnittlig antall behandlingsdøgn fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennomsnitt	Antall pasienter	Standardavvik
Infeksjonssykdommer	7,00	7	3,367
Svulster	13,00	7	7,681
Sykd. i sirkulasjonssystemet	6,00	8	3,071
Sykd. i åndedrettssystemet	5,36	11	2,014
Skader, forgiftninger og div.	8,67	9	1,803
Andre koder	7,00	8	3,586
Sum	7,62	50	4,379

Tabell 5.7: Gjennomsnittlig antall liggedøgn fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennomsnitt	Antall pasienter	Standardavvik
Infeksjonssykdommer	7,00	7	3,367
Svulster	14,00	7	8,406
Sykd. i sirkulasjonssystemet	7,12	8	3,796
Sykd. i åndedrettssystemet	5,36	11	2,014
Skader, forgiftninger og div.	8,78	9	1,716
Andre koder	7,00	8	3,586
Sum	7,96	50	4,742

Tabell 5.8 viser fordelingen av pasienter på kommuner. Tabellen viser et tredelt mønster i den forstand at Steinkjer kommune har 35 pasienter, så kommer det vi kan kalle en gruppe 2 med Inderøy og Snåsa med henholdsvis 5 og 8 pasienter og så en gruppe 3 med Mosvik og Verran. Nå er det slik at Mosvik er slått sammen med Inderøy fra 2012. Tallene i tabell 5.8 er kun ment som en illustrasjon siden disse tallene kun representerer en måned. For å gjøre en fornuftig analyse av ressursbruk sett i forhold til kommune må vi ha data på årsbasis for ressursbruk og pasientbehandling på DMS Inn-Trøndelag.

Tabell 5.8: Fordeling av pasienter på kommune

Kommune	Antall pasienter	I prosent
Steinkjer	35	70,0
Mosvik	*	
Verran	*	
Inderøy	5	10,0
Snåsa	8	16,0
Sum	50	100,0

*: Mindre enn 3

Tabell 5.9 viser fordelingen for hvor pasientene dro etter opphold på DMS Inn-Trøndelag. Tabellen viser at nær halvparten, 24 av 50 dro hjem etter oppholdet på DMS Inn-Trøndelag hvorav 14 dro hjem med hjemmesykepleie mens 10 dro hjem uten. Den neste større gruppen var de som dro fra DMS Inn-Trøndelag og til enten korttidsopphold eller langtidsopphold på sykehjem, dette utgjorde 8 pasienter, det vil si 16 % av det totale antallet. 6 pasienter ble reinnlagt på sykehus. Innsamlet data forteller hvor mange som ble reinnlagt ved DMS Inn-Trøndelag i perioden det vil si i november måned 2011, og dette var 4 pasienter av totalt 50.

Tabell 5.9: Hvor pasientene dro etter opphold på DMS Inn-Trøndelag

Hvor pasientene dro etter opphold på DMS Inn-Trøndelag	Antall pasienter	I prosent
Hjem uten hjemmesykepleie	10	20,0
Hjem med hjemmesykepleie	14	28,0
Omsorgsbolig/eldresenter	4	8,0
Rehabiliteringsopphold kommune	5	10,0
Rehab. spesialisthelsetjenesten	*	
Korttidsopphold sykehjem	3	6,0
Langtidsopphold sykehjem	5	10,0
Bofellesskap	*	
Reinnlagt sykehus	6	12,0
Døde	*	
Sum	50	100,0

*: Mindre enn 3.

En annen interessant opplysning er hvor mange døgn pasientene hadde på sykehus før ankomst til det distriktsmedisinske senteret, dette framgår av tabell 5.10. Her ser man også noen trender fra de statistiske opplysningene i den forstand at det ser ut å være et skille mellom relativt korte opphold på sykehus fra 2-9 dager og en gruppe med de som har lengre opphold, fra 10 til 20 dager. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus før ankomst DMS Inn-Trøndelag er i datamaterialet på 6,78 døgn. Tabell 5.11 viser hvor mange gjennomsnittlig liggedøgn man hadde på sykehus fordelt på sykdomskategori. Her ser vi de samme trendene som på DMS Inn-Trøndelag i den forstand at to kategorier er relativt langt fra gjennomsnittet. Den første opplysningen er at sykdomskategorien svulster har en gjennomsnittlig liggetid på sykehus på 11 dager før man kommer til DMS Inn-Trøndelag mens kategorien sykdommer i åndedrettssystemet har en liggetid på gjennomsnittlig 4,45 dager, de andre kategoriene ligger relativt nær rundt gjennomsnittet.

Tabell 5.10: Antall døgn på sykehus før ankomst DMS

Antall døgn	Antall pasienter	I prosent
2	*	2,0
3	5	10,0
4	14	28,0
5	5	10,0
6	4	8,0
7	5	10,0
8	*	4,0
9	5	10,0
10 - 14	8	4,0
15 - 20	3	4,0
Sum	50	100,0

Tabell 5.11: Gjennomsnittlig antall døgn på sykehus før ankomst DMS fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennomsnitt	Antall pasienter	Standardavvik
Infeksjonssykdommer	7,29	7	4,424
Svulster	11,00	7	4,282
Sykd. i sirkulasjonssystemet	7,25	8	4,773
Sykd. i åndedrettssystemet	4,45	11	1,293
Skader, forgiftninger og div.	6,44	9	3,575
Andre koder	5,75	8	2,550
Sum	6,78	50	3,909

Når det gjelder sammenhengene mellom brukertyngde ut fra IPLOS registreringer og sykdomskategorier så gjengir vi kun noen samletabeller. I datamaterialet har vi opplysninger fordelt på alle enkeltkategorier innen IPLOS registreringene og det er også interessant å analysere hvilke sykdomsgrupper som har spesielle behov på spesielle områder. Imidlertid blir slike analyser statistisk sett ustabile når vi kun har 50 pasienter med i datamaterialet slik at en nærmere analyse av dette må vente til vi har gjennomført prosjektet i full skala med fra 500 til 600 pasienter. I tabell 12 ser vi fordeling på brukertyngde ved ankomst sett i forhold til sykdomsgruppe. Slik IPLOS systemet er lagt opp og definert så er gjennomsnittlig brukertyngde på DMS Inn-Trøndelag rundt 2,4.

To sykdomsgrupper viser relativt stort avvik fra gjennomsnittet i den forstand at pasientene her har mindre behov enn gjennomsnittet og dette er pasienter i gruppene infeksjonssykdommer og sykdommer i åndedrettssystemet. Pasientene i gruppen med sykdommer i åndedrettssystemet har en gjennomsnittlig score på IPLOS registreringene på om lag 1,8 som er et lavt tall det vil si at disse pasientene i stor grad klarer mange oppgaver sjøl uten assistanse fra pleiepersonale. Det er også slik at beregna standardavvik for denne gruppen er lavt i den forstand at når det kommer en pasient i denne gruppen kan man være rimelig sikker på at vedkommende har små behov. For gruppen infeksjonssykdommer var også gjennomsnittet lavt, men standardavviket det største blant gruppene. Dette vil si at pasientene her som snitt har lave behov men vi finner stor variasjon innen denne gruppen i den forstand at noen har nærmest ingen behov i det hele tatt, mens andre kan ha svært store behov. Den gruppe som har den høyeste brukertyngden blant pasientene er de som har

sykdommer i sirkulasjonssystemet og andre koder. Gruppen med andre koder er vanskelig å si noe om mens sykdommer i sirkulasjonssystemet i stor grad dreier seg om infarkter, hjertesvikt og lungeemboli noe som gjør at denne gruppen har store behov for pleie relativt sett.

Tabell 5.12: Gjennomsnittlig brukertyngde ved ankomst fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennomsnitt	Antall pasienter	Standardavvik
Infeksjonssykdommer	2,274714	7	1,0261667
Svulster	2,450543	7	,4833100
Sykd. i sirkulasjonssystemet	2,730763	8	,8274694
Sykd. i åndedrettssystemet	1,811173	11	,7086912
Skader, forgiftninger og div.	2,504267	9	,5104063
Andre koder	2,759613	8	,9434018
Sum	2,389222	50	,8054998

Tabell 5.13: Gjennomsnittlig brukertyngde ved avreise fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennomsnitt	Antall pasienter	Standardavvik
Infeksjonssykdommer	1,934057	7	,9825215
Svulster	2,593414	7	,3864451
Sykd. i sirkulasjonssystemet	2,240413	8	,7291119
Sykd. i åndedrettssystemet	1,496500	11	,5780647
Skader, forgiftninger og div.	2,247856	9	,4996611
Andre koder	2,836538	8	1,2467617
Sum	2,180002	50	,8678709

Videre har vi gjort en analyse av hvordan brukertyngden og dermed IPLOS scoren har endret seg fra ankomst til utskrivning og dette framgår av tabell 5.14. hovedtrenden i materialet viser at pleiebehovet er redusert i løpet av oppholdet på DMS Inn-Trøndelag med 0,21, dette kan man også se ved å se på de andre tabellene hvor gjennomsnittlig brukertyngde ved ankomst er på 2,39, mens gjennomsnittlig brukertyngde ved utskrivning er på 2,18. Det er interessant å se at forbedringen er størst for gruppen med sykdommer i sirkulasjonssystemet, det vil si en gruppe som hadde store omsorgsbehov. For gruppen svulster er det slik at de får større omsorgsbehov ved utskrivning enn ved ankomst det samme gjelder også gruppen andre koder

men her er både endringen rimelig nær 0 og standardavviket relativt stort slik at det er vanskelig på grunnlag av det datamateriale vi har her å si noe om gruppen andre koder egentlig endrer seg i mer krevende eller mindre krevende retning i forhold til omsorgsbehov.

Tabell 5.12: Endring i gjennomsnittlig brukertyngde ved ankomst i forhold til avreise fordelt på sykdomsgruppe

Gruppe	Gjennomsnitt	Antall pasienter	Standardavvik
Infeksjonssykdommer	-,340657	7	,2385774
Svulster	,142857	7	,2892706
Sykd. i sirkulasjonssystemet	-,490388	8	,4350284
Sykd. i åndedrettssystemet	-,314664	11	,5222535
Skader, forgiftninger og div.	-,256411	9	,2852461
Andre koder	,076937	8	,5119092
Sum	-,209224	50	,4472047

5. 4 Økonomi

De beregninger som presenteres i Tabell 13 er basert på innsamlede tall for pasientene i november 2011 fordelt på sykdomsgruppe og antall behandlingsdøgn og antall liggedøgn. Disse tallene er stilt sammen med økonomitallene for drift av DMS Inn-Trøndelag for samme måned. Økonomitallene er hentet fra Agresso, som er det økonomisystem som brukes for DMS Inn-Trøndelag. Vi har tatt utgangspunkt i netto driftsutgifter som for denne måneden er sum driftsutgifter (inklusive husleie) på kr. 1 401 800 minus sum driftsinntekter på kr. 18 742. Vi kan ikke se bort fra at det i tilknytning til årsoppgjøret har kommet til noen driftsutgifter hvor vi kun har en sum for hele året. Ideelt sett burde vi gått inn og fordelt disse postene med månedsmessige beløp, men dette har vi ikke hatt anledning til. Imidlertid er vi rimelig sikre på at dette kun dreier seg om mindre beløp. På den annen side kan det også hende at det er gjort noen større kjøp av for eksempel medisiner i november 2011 til bruk i senere måneder. De tall som presenteres nedenfor må tas med de forbehold som er naturlige når opplysningene er basert på regnskapsuttrekk av faktisk føret utgifter for denne måneden. Uansett er det

kostnadene til arbeidskraft som er de dominerende og utgjør 1 108 519 kr, det vil si rundt 80% av (brutto) driftsutgifter.

Beregningene viser at netto driftsutgifter per behandlingsdøgn er beregnet til kr. 3 679 og per liggedøgn til kr 3 522. Sammenlignet med KOSTRA tall for sykehjem (som gjennomsnitt på landsbasis) så ligger døgnsetsen på kr. 2 407 mens den setsen kommunene er pålagt å betale sykehusene for ekstra liggedøgn på sykehus om kommunen ikke henter hjem ferdigbehandlede pasienter er satt til kr 4000. Dermed viser det seg at den beregnede setsen vi har funnet for DMS Inn-Trøndelag ligger mellom gjennomsnittstallet for sykehjem og setsen fra samhandlingsreformen for ikke å hente hjem ferdigbehandlede pasienter.

Innen rammen av det datamaterialet som samles inn er det mulig å gjøre mer detaljerte økonomiske analyser. Vi kan fordele materialet etter sykdomsgruppe og IPLOS registrering og vi kan tilordne DRG-koder til de enkelte pasientene. Vi kan ikke presentere resultater for slike beregninger her siden vi får så små grupper av pasienter at vi ikke kan offentliggjøre dataene, men vi har anledning til å gjøre slike beregninger i fullskalaprojektet når vi får 500 – 600 pasienter. Da vil vi også få økonomitall basert på årsregnskap hvor vi med større sikkerhet kan gjøre beregninger.

Tabell 5.13: Behandlingsdøgn og liggedøgn fordelt på sykdomsgruppe og sett i sammenheng med utgiftstall for november 2011.

Gruppe	Behandlings- døgn	Liggedøgn
Infeksjonssykdommer	49	49
Svulster	91	98
Sykd. i sirkulasjonssystemet	48	57
Sykd. i åndedrettssystemet	59	59
Skader, forgiftninger og div.	78	79
Andre koder	56	56
Totalt antall døgn	381	398
Totale netto driftsutgifter i november 2011 (i kr)	1 401 800	1 401 800
Netto driftsutgifter per døgn i november 2011 (i kr)	3 679	3 522

6 Anbefalinger om forskningsmessig oppfølging

I dette notatet har vi gitt en relativt grundig teoretisk gjennomgang relatert til styring og organisering mer generelt og mot bruk av insitament og kontrakter spesielt. Dette er sett i sammenheng med to datainnsamlinger i tilknytning til samhandlingsreformen, et datagrunnlag som belyser kommunenes holdning til samhandlingsreformen mer generelt og et datagrunnlag med utgangspunkt i et distriktsmedisinsk senter. Vi mener å kunne trekke interessante konklusjoner ut fra dette, både i forhold til hvordan samhandlingsreformen er i ferd med å starte opp og hvilke forskningsmessige utfordringer dette gir. Nå er det den forskningsmessige siden av dette som er hovedpunktet og vi vil legge vekt på å trekke fram problemstillinger som både har en bakgrunn i samhandlingsreformen og som også er av interesse for styring og organisering i offentlig sektor mer generelt.

Oppdraget er formulert at man ønsker å få områder hvor ny forskning kan bidra til innovasjon i offentlig tjenesteproduksjon i Midt-Norge. Uttrykket innovasjon er et av de mest brukte og misbrukte begreper i den offentlige debatt de siste årene og i moderne vitenskapelig sammenheng blir Schumpeter trukket fram som den som ga begrepet innhold i sine bøker fra 1911/12 til 1942, se Westeren (2012) for en diskusjon av hvordan begrepet har blitt utviklet og brukt. Grovt sett knyttes bruken av begrepet innovasjon til vare- og tjenesteproduksjon hvor det er snakk om nye produkter, og/eller nye produksjonsprosesser, og/eller nye organisasjonsformer. Når oppdraget går ut på å si noe om innovasjon i offentlig tjenesteproduksjon, så er den mest nærliggende måten å se dette på at det må ligge noe nyskapt i dette. Videre er det slik at ikke alt nytt nødvendigvis er innovativt. Den opprinnelige formuleringen til Schumpeter er at innovasjonen (for eksempel det nye produktet) må bidra til en mer rasjonell samfunnmessig organisering, en vanlig tolkning av dette er at behovet for produktet dekkes med en lavere samfunnmessig produksjonskostnad, slik at innovasjonen gir grunnlag for reallønnsøkning. På denne bakgrunn vil vi gjøre våre betraktninger og forslag om ”områder hvor ny forskning kan bidra til innovasjon i offentlig tjenesteproduksjon” ut fra at de må ha et nyhetsargument og rasjonalitetsargument.

Forskningsområde 1: Insentiver som styringsform.

Bruk av insentiver i tilknytning til gjennomføring av økonomisk politikk dukker opp i flere og flere sammenhenger, senest i tilknytning til samhandlingsreformen. Denne måten å utforme økonomisk politikk på har lange tradisjoner både i Norge og internasjonalt, man kan si at mye av tenkningen bak flere av de større reformene innen offentlig sektor og bruk av økonomisk/politiske virkemidler (for eksempel innen norsk distriktspolitikk) er basert på insentiver. Vi har sett noen evalueringer som har gått ut på å analysere om insentivene har virket, se Westeren (2011), og vi har fått følgende resultater:

- Insentivene har ikke virket i det hele tatt
- Insentivene har gitt andre virkninger enn hva som ble lagt til grunn
- Insentivene ga svakere/antatte/sterkere virkninger enn lagt til grunn

Sett i forhold til samhandlingsreformen spurte vi om hva man trodde om insentivene og det refereres her svarene fra to av tiltakene – kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter.

En begrunnelse for kommunal medfinansiering er at ordningen skal styrke insentivene ovenfor kommunesektoren til å prioritere forebyggende arbeid på de områder hvor kommunen er med på å betale. I undersøkelsen blir kommunene bedt om å svare på om man er enig eller ikke i påstanden om at ordningen med kommunal medfinansiering faktisk vil påvirke kommunens tiltak for å forebygge sykdommer. Svarene viser at et flertall, 56,7 % av respondentene faktisk er delvis enig eller helt enig i at ordningen vil påvirke kommunens tiltak, men med en overvekt på 46,3 % for alternativet delvis enig. Dette innebærer at over 40 % av respondentene enten er nøytrale, altså at de verken er enig eller uenig eller at de er uenige i påstanden. Dette må man si at tyder på at kommunene har en noe ”reservert” holdning til tiltaket.

Spørsmål nr 10 i undersøkelsen går på om påstanden at kommunens plikt til betaling for utskrivningsklare pasienter vil endre kommunens atferd når vi ser på tida før reformen (2011) og etter reformen (2012). Svarene her viser at nesten 80 % av kommunene (79,4 %) mener at denne regelen vil endre atferden. Dette er på sett og vis bra siden det fenomen at pasienter ble liggende på sykehus etter at de var ferdig behandlet ikke er en god løsning sett i forhold til målet om optimale pasientforløp. Denne svarfordelingen er også en indikasjon på at det insentiv som er lagt i denne ordningen faktisk kommer til å virke, og de opplysninger man har så langt basert på opplysninger for januar 2012 tyder på at kommunene for det første er

opptatt av ordningen og at de i stor grad aktivt forholder seg til insentivene og gjør tiltak for å redusere liggedøgn på sykehus etter at pasienten er utskrivingsklar.

I januar og februar 2012 gjennomførte Helsedirektoratet en møteseries for å informere kommunene om Samhandlingsreformen og på møtet for Helseregion Midt-Norge på Stjørdal 18.01.12 kom det en helt klar argumentasjon fra Helsedirektoratets representant at det helt klart viktigste i samfunnsmessig forstand var å få kommunene til å prioritere langsiktig forebygging og at dette var (og er) en av hovedpilarene for samhandlingsreformen. Den ”straffen” (negative insentivet) det ligger i at kommunene må betale kr. 4000 per døgn for utskrivingsklare pasienter som ikke blir tatt hjem på dagen ble sett på som et (av flere) mindre tiltak for å bedre ressursutnyttelsen. Det interessante i forskningsmessig forstand er at virkningen av insentivene ser ut til å gå i motsatt retning av hvordan viktigheten av tiltakene bedømmes – i alle fall fra Helsedirektoratet.

Det kortsiktige insentivet med klar målbarhet og lett forståelig informasjonsstrøm virker kanskje sterkere enn intensjonen. Det ser ut til at kommunene gjør alt de kan for å ta hjem utskrivingsklare pasienter for å ”spare” kr. 4000 per døgn. Det har faktisk dukket opp historier som tyder på at kommunene prioriterer ned ”egne” mottagere av tjenester for å ta hjem utskrivingsklare pasienter. På den annen side har kommunene langt vanskeligere for å forholde seg til langsiktige forbyggende tiltak, noe ordningen med kommunal medfinansiering skulle bidra til. Følgende replikkveksling på nevnte informasjonsmøte på Stjørdal belyser dette. En representant fra kommunesektoren sa at forhåpentligvis ville kommunene nå bli flinkere til å strø på fortauene om vinteren slik at folk ikke datt på isen og brakk hofta. Da repliserte representanten fra Helsedirektoratet at kirurgiske DRG-er lå utenfor ordningen med kommunal medfinansiering slik at dette ikke vill få noen effekt, men om kommunen kunne gjøre noe for å få ned lungebetennelse og diabetes så ligger disse DRG-ene innenfor ordningen.

Oppsummering

Samhandlingsreformen som eksempel gir et meget interessant utgangspunkt for forskning om insentiver siden vi innen denne reformen har forskjellige typer insentiver ut fra forskjellige kriterier:

- Kortsiktige/langsiktige tiltak og virkninger
- Lett målbare effekter/vanskelig målbare effekter

- Samfunnsmessig svært høyt prioriterte mål/høyt prioriterte mål

Tilsvarende problemstillinger er interessante innenfor andre reformer (som NAV-reformen) og økonomisk/politiske som distriktspolitikk og inntektssystemet. Nå har vi en svært interessant mulig for å gjennomføre forskning som kan gi svar om hvordan insentiver virker – og disse svarene er av stor betydning både for politikktutforming generelt og i tilknytning til samhandlingsreformen.

Forsknings spørsmål:

Med samhandlingsreformen som case, hvordan kan utforming av insentiver ved gjennomføring av reformer og økonomisk/politiske tiltak vurderes i forhold til følgende dimensjoner:

- Kortsiktige/langsiktige tiltak og virkninger
- Lett målbare effekter/vanskelig målbare effekter
- Prioritering av mål

Det innovative aspektet her ligger her i at insentivet ”å betale kr. 4000 per døgn” ser ut til å virke for kraftig, men insentivet bedre folkehelse på lengre sikt (via DRG utvalg) ser ut til å ha for svak virkning. Her bør det forskes på hvilke nye/kombinasjoner av eksisterende insentiver kan vi innen rammen av samhandlingsreformen etablere slik at vi beholder den positive effekten av at kommunene blir mer aktive til å ta hjem utskrivingsklare pasienter, men at folkehelseaspektet også kommer klarere fram i kommunenes prioriteringer. Metodisk synes en kombinasjon av følgeforskning og ”tradisjonell” tilnærming i den forstand at man går inn på forskjellige tidspunkter og prøver ut forskjellige hypoteser å være å foretrekke.

Forskningsområde 2: Hierarki, partnerskap eller marked, eller litt av alt?

Samhandlingsreformen er en kompleks reform rent organisatorisk og styringsmessig og det er nødvendig å tenke nøye igjennom styringsformen. Retorikken rundt reformen og kravene til aktørene om bedre koordinering og økt samarbeid legger på mange måter opp til økt innslag av nettverks-/partnerskapsstyring. Videre bygger man opp den økonomiske delen av reformen omkring prinsipper vi kjenner godt fra markedstenkning, med bruk av økonomiske stimuli for

å sikre mest mulig målrettet atferd. Dernest er det ikke til å komme forbi at den grunnleggende styringsmodellen i offentlig sektor er den hierarkiske (byråkratiske) modellen. Det er også en betydelig andel ansatte i offentlig sektor som tilhører en eller annen profesjon, og utviklingen av standarder på ulike områder drives gjerne frem av profesjonene. Hierarkisk styring og markedsstyring representerer enn så lenge de dominerende styringsformene, og det kan være nødvendig å reflektere over bruken av disse styringsformene, slik at man har et bevisst forhold til deres styrker og svakheter. Og vi må huske at styring og organisering er virkemidlene for å nå reformens hovedmål som prinsipielt kan uttrykkes med følgende overskrifter:

- En økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene
- Mer helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp og tjenester
- Bedre (økonomisk) ressursutnyttelse

Innenfor den hierarkiske styringslogikken er regler en sentral reguleringsmekanisme. Et sentralt spørsmål i så henseende må knyttes til hvor langt reglene som lages, kan ha formell gjennomslagskraft. Svaret er naturligvis knyttet til grensene for hierarkiet, og så lenge alle organisasjoner som inngår i f.eks. et samarbeid omkring Samhandlingsreformen representerer selvstendige juridiske enheter, så vil hver organisasjon kunne lage sine egne regler. Ledere kan utøve formell autoritet innenfor rammen av egen organisasjon, og ikke ut over dette.

Bruk av markedslogikken som utgangspunkt for organisering og styring av produksjon, krever i utgangspunktet et marked. I en forenklet fremstilling er det så i markedet at tilbydere møter etterspørere, og så blir det opp til disse å avklare spørsmål om pris, kvalitet, leveringsbetingelser, osv. Samhandlingsreformen er et eksempel på at man tar i bruk prinsipper vi kjenner fra markedstenkningen, økonomiske insentiver, samtidig som man kan se at det ikke eksisterer et marked. Bodø kommune kan ikke uten videre 'kjøpe' sine helsetjenester fra St. Olavs Hospital i Trondheim, men må forholde seg til sitt regionale helseforetak og sitt lokalsykehus. Mangelen på et levende marked bidrar i så måte til at pris som reguleringsmekanisme blir problematisk. Dette har vi sett i forhold til de reaksjoner som har kommet i forhold til satsen på kr. 4000 for ekstra døgn på sykehus som kommunene må betale for utskrivingsklare pasienter. Denne satsen ligger over gjennomsnittlig døgnkostnad for sykehjem (den satsen er på ca kr. 2300 for 2011) mens sykehusenes døgnkostnad i

normaltilfellet ligger over kr. 4000 per døgn. Fra Helsedirektoratet er det i alle fall ikke argumentert med at satsen på kr. 4000 skal være noen slags markedspris, det nærmeste vi kommer er å høre argumenter om at dette er en ”passe” størrelse som insitament.

Vi har sett at man gjennom Samhandlingsreformen forsøker å dra veksler på ulike styringsformer, og kanskje er dette også noe av fremtidens utfordring, at man i sterkere grad må lære seg å leve med og håndtere en mix av styringsformer. I forskning fra Storbritannia har vi sett at man bevisst har forsøkt å bevege seg fra en styringsform, hierarki, over til en annen, marked, for så å gå inn i en tredje styringsform, partnerskapet. Dette skjer på politisk nivå, og blir en sentral del av den politiske retorikken.

Siden spesialisthelsetjenesten og kommunene formelt sett ikke er deler av samme hierarki, må flere av de samhandlingsarenaer som samhandlingsreformen foreskriver oppfattes som partnerskap. Betragtningene rundt partnerskap som styringsform henter sin logikk om optimalitetsegenskaper fra forutsetningen om likeverdighet. I undersøkelsen om holdninger til samhandlingsreformen går spørsmål nr 20 inn på et meget interessant og til del kontroversielt felt, nemlig om i hvilken grad kommunen oppfatter seg som den sterke parten i samarbeidet med helseforetaket så langt. 58,6 % av svarene velger alternativene i svært liten grad eller liten grad, hvilket betyr at man ser på helseforetaket som den sterke part. 30 % velger alternativet nøytral, det vil si at man verken ser på kommune eller helseforetak som sterkere enn den andre, mens 11,4 % ser på kommunen som den sterke parten. Dette er på sett og vis den maktfordeling man kunne forvente sett ut fra at mange av ordningene gir sykehus/helseforetak mer operasjonell innflytelse enn kommunen. Og med operasjonell innflytelse mener vi at det er helseforetaket/sykehuset som er ansvarlig for dataregistrering og fakturering og har et mer primært forhold til datainnhenting.

Flere av ordningene i samhandlingsreformen er formulert slik at kommunen på sett og vis har en kontrollfunksjon, men mer avgrensede muligheter for å gripe direkte inn i forhold til økonomiske oppgjør og registrering av data. På den annen side har man prøvd å få til likeverdighet der hvor dette teknisk sett er mulig, men slik systemet mer i det store og hele er konstruert, så blir kommunen mer kontrollerende enn utøvende i forhold til flere av ordningene.

Oppsummering.

Samhandlingsreformen argumenterer med optimalitetssegenskaper fra styringsformer som partnerskap og økonomisk bedre ressursutnyttelse, men når elementer fra partnerskap og marked innføres i reformen så gjøres dette på en måte som ikke er (helt) i tråd med de begrunnelser man har for å utnytte disse styringsformenes optimalitetssegenskaper. Dette er ikke et ukjent fenomen innen andre politikkområder, både innen helse- og omsorg, kommunaløkonomisk styring av barnehager og distriktpolitikk. Samhandlingsreformen gir et unikt laboratorium for å studere dette nærmere.

Forskningsspørsmål:

Hvordan påvirkes produksjonen av offentlige tjenester av at konkurrerende styringsformer nyttes parallelt?

Det innovative i utvikling av denne problemstillingen er at hierarki har vi lange erfaringer med som styringsform og også marked er vi godt kjent med. Derimot er partnerskap i mindre grad prøvd og her er det muligheter for å finne nye løsninger. Sentralt blir hvordan man skal turnere problematikken rundt likeverdighet. Samhandlingsreformen har nærmest tvunget fram partnerskap som løsninger, men på samme tid ser det ikke ut til at kommunene oppfatter disse samhandlingsstrukturene som likeverdige. Det innovative forskning kan bidra med her er hvordan kan bedre kommunenes situasjon i partnerskapet uten å gjøre radikale endringer i organisering og struktur – eller er det slik at det må relativt radikale endringer til for at det skal bli større likeverdighet. Her synes også følgeforskning i kombinasjon med andre metoder som et fornuftig alternativ. Det blir metodisk viktig å følge hvordan kommunene reagerer/endrer sin adferd ettersom de får mer erfaring med reformen.

Forskningsområde 3: Når ulike styringssystem presses sammen

NAV-reformen er et godt eksempel på en reform hvor ulike produkter (tjenester), ulike kulturer og ulike styringssystemer ble vedtatt slått sammen til en enhet. I dette forskningsområdet vil velge å gå videre med problemstillingen om hva som skjer når ulike styringssystem slås sammen med utgangspunkt i samhandlingsreformen.

Et av tiltakene innen samhandlingsreformen kalles lokalmedisinsk senter/distriktsmedisinsk senter. Dette er ikke noe nytt fenomen, vi har hatt slike i noen år, men samhandlingsreformen har satt dette innen en ramme. Et lokalmedisinsk senter er et helsetilbud der en eller flere

kommuner samarbeider med et sykehus om tjenester. Dette kan være tjenester før sykehusbehandling eller etter sykehusbehandling. Tjenester ved lokalmedisinske sentre kan også erstatte behandling på sykehus. En begrunnelse for å opprette slike tilbud er at pasienter skal slippe å reise mange mil til sykehus for å få enkel oppfølging og behandling hvis de kan få et like godt eller bedre tilbud på et lokalmedisinsk senter i nærmiljøet sitt. I samhandlingsreformen brukes uttrykket lokalmedisinsk senter mens det tidligere er brukt uttrykket distriktsmedisinsk senter.

I kapittel 5 refereres det fra et forprosjekt om analyse av sammenhenger mellom behov og ressursbruk ved distriktsmedisinsk senter (DMS) for Inntrøndelag. Hovedpunktene i prosjektet er følgende:

- Hvilken behandling og hvilken ressursbruk får pasientene på DMS Inn-Trøndelag med utgangspunkt i de diagnoser/koder/DRG som pasienten har ved utskrivning fra sykehuset.
- En nærmere analyse av hvilket forløp pasienten får ved DMS Inn-Trøndelag.
- En analyse av brukertyngde for pasienten basert på IPLOS registrering.
- Å gjøre en sammenstilling av alle aktiviteter og tiltak pasienten behandles i forhold til og hvilke kostnader DMS Inn-Trøndelag har i tilknytning til dette.

En sentral del ved driften er å gå nærmere inn på hvilke tiltak og hvilken behandling som pasienten får ved oppholdet på DMS som oppfølging av pasientens helsetilstand uttrykt ved den/de DRG/er som pasienten har fått ved utskrivning fra sykehuset. Både når det gjelder de forskjellige tiltak og medisiner så knyttes dette sammen med den/de DRG/er disse intervensjonene gir grunnlag for. DMS-et sin oppfølging av behandlingen på sykehuset er basert på DRG-systemet (DiagnoseRelatertGruppe).

I prosjektet det er referert fra i kapittel 5 bruker vi IPLOS-systemet slik det nå brukes for sykehjem for registrering av pasientene. I systemet er det kort sagt slik at det samles inn opplysninger om pasientens behov for bistand på 17 ulike områder og for hvert område graderes behov med verdiene 1-5. Pasienten mottar pleie på et DMS og i denne sammenhengen er det interessant å analysere hvilken pleietyngde, det vil si hvilke behov pasienten har for bistand sett i forhold til hvor mye pasienten klarer å gjøre sjøl. For å vurdere dette brukes IPLOS-systemet. De fleste pasientene som kommer til et DMS vil senere få

behov for kommunale tiltak og da er det også viktig å ha et bilde av pasientens behov for bistand.

DMS representerer et slags mellomnivå mellom sykehus og sykehjem og de styringssystemer som brukes er svært forskjellige. På nevnte møte med Helsedirektoratet på Stjørdal i januar 2012 ble det spurt om man hadde planer om å se nærmere på hva samkjøring av DRG og IPLOS ville innebære. Fra Helsedirektoratets side svarte man at man var klar over problemstillingen, men hadde for øyeblikket ikke planer om spesielle tiltak.

Oppsummering

I forskningmessig forstand ser vi det som svært interessant å gå videre med problemstillingen om hva som skjer når man vedtar en ny struktur hvor to forskjellige styringssystemer kjøres sammen.

Forskningsspørsmål:

En analyse med utgangspunkt i samhandlingsreformen om hva som skjer når man vedtar en ny struktur hvor forskjellige styringssystemer kjøres sammen.

Her kan det innovative aspektet blant annet knyttes til hvordan man kan utvikle endringer i systemene slik at de i større grad ”snakker sammen”. Trolig er det slik at det er enklere å endre IPLOS enn DRG. DRG-systemet er så grunnleggende bygd inn i styringen av spesialisthelsetjenesten slik at konsekvensene av endringer her vil bli store. IPLOS har mer karakter av et registreringssystem og en mulighet er for eksempel å bygge dette videre ut med en modul slik at det kan samkjøres lettere med DRG. Dette vil være spesielt relevant for de distriktsmedisinske sentrene.

Forskningsområde 4: Fullfinansierende reformtiltak – en myte?

Et av de større traumene ved utforming av endringer i organisering av virkemiddelbruken i Norge er synspunktene fra kommunesektoren om at staten pålegger nye oppgaver, men bidrar ikke med fullfinansiering. Et av hovedmålene for samhandlingsreformen er at en større del av virkemiddelbruken skal over til kommunesektoren og da dukker spørsmålet om fullfinansiering opp igjen, et eksempel her er ordningen med øyeblikkelig hjelp.

Fra datainnsamlingen i kapittel 4 blir kommunene i spørsmål nr 15 bedt om å gå nærmere inn i hvordan man vurderer økonomien i denne ordningen og det er spurt om man tror ordningen med øyeblikkelig hjelp blir så kostbar at det må overføres penger fra andre sektorer. Vel 1/3 av respondentene velger alternativet nøytral som her innebærer at man ikke har tatt stilling til om denne ordningen vil kreve mer penger fra andre sektorer eller ikke. Nær halvparten av kommunene tror denne ordningen vil bli så dyr at man må overføre penger fra andre sektorer. Dette er et overraskende høyt tall i den forstand at ordningen slik den er formulert i grunnlagsdokumentene, blant annet i stortingsmeldingen, har lagt opp til en finansiering slik at man skal ikke være avhengig av å overføre penger fra andre sektorer. Vi tolker svarene i den retning at man er bekymret for hva dette vil koste når man også ser svarene i det lys at kun vel 13 % av respondentene mener at det ikke vil bli behov for overføring fra andre sektorer.

Spørsmål 16 går nærmere inn på hvor fornøyd man er at ordningen med døgntilbud er tatt inn som en del av samhandlingsreformen. Man må kunne si at dette aspektet av samhandlingsreformen utvider kommunenes ansvar og operasjonsfelt innen helse og sosialsektoren samtidig som finansiering av ordningen skal ligge innen rammen av samhandlingsreformen. Rundt ¼ av kommunene (24,6 %) er enten lite fornøyd eller svært lite fornøyd med at denne ordningen er tatt inn noe som må sies å være et relativt høyt tall sett i forhold til den argumentasjon som ligger bak reformen. 34,8 % krysser av for alternativet nøytral i den forstand at man er verken spesielt fornøyd eller misfornøyd med at ordningen er tatt inn, noe som må tolkes med at man godtar ordningen men at man verken klager eller jubler. Nær 40 % av respondentene er enten godt fornøyd eller svært godt fornøyd med dette forslaget.

Oppsummering

Kort sagt kan man si at skepsisen er betydelig fra kommunenes side om man tror denne ordningen blir fullfinansiert fra statens side. Her har vi en meget god mulighet til å følge et tiltak og analysere om dette fullfinansieres eller ikke fra statens side.

Forskningsspørsmål:

Med utgangspunkt i samhandlingsreformens tiltak om øyeblikkelig hjelp er tiltak staten vedtar og kommunene skal iverksette, fullfinansierende eller ikke?

Her kan et innovativt aspekt ligge i at informasjonssystemene og dokumentasjon av kostnader forbedres. En del av problematikken her går på at både stat og kommune tror mer enn man vet. Det hadde åpenbart vært en ide å etablert en felles datamessig plattform for hva fullfinansiering av en reform egentlig er. Dette hadde generelt også vært en god ide i andre sammenhenger for denne problematikken knyttet til om reformer er fullfinansiert eller ikke gjelder også andre reformer enn samhandlingsreformen.

Forskningsområde 5: Kontrakten som utgangspunkt for organisering og styring.

Den vanligste typen kontrakter, den klassiske, er en type kontrakt som skal bidra til forutsigbarhet ved at den avklarer alle viktige forhold i forkant. Dernest er det opp til partene å sikre at avtalen oppfylles, noe som bl.a. omfatter intern informasjon omkring viktige forhold og etablering av kontrollrutiner. Samhandlingsreformen legger på den ene siden opp til at ulike organisasjoner skal samarbeide bedre, og at produksjonen skal bli bedre koordinert. Vi fant at det er en viss skepsis til en opplevelse av at forutsigbarheten mangler.

I spørsmål nr 22 i undersøkelsen er det spurt om i hvilken grad man tror avtalen mellom kommune og helseforetak bidrar til økonomisk forutsigbarhet. Svarfordelingen på dette spørsmålet er noe overraskende i den forstand at vel 56 % av svarene velger alternativet i svært liten grad eller i liten grad. En ambisjon med samhandlingsreformen var at den skulle øke forutsigbarheten for kommunesektoren mens oppfatningen av den så langt viser det motsatte. Det er kun rundt 13 % av kommunene som velger alternativene stor grad eller svært stor grad for hvordan reformen bidrar til økonomisk forutsigbarhet. En grunn til dette er trolig at reformen er helt i startfasen slik at man ikke har særlig grad av erfaringer med hvilken informasjonsstrøm og forutsigbarhet som faktisk kommer. Men alle kommunene er forutsatt å ha kommet i gang med arbeidet og av de andre svarene så ser vi at man er i gang med planer og avtaler, men det inntrykket kommunen gjør deg av dette arbeidet per i dag er at det enten bidrar til samme forutsigbarhet man hadde fra før eller ikke øker forutsigbarheten

På den annen side viser kommunen mer positive svar til å ha kontrollsystemer og kommunikasjonssystemer på plass. Dersom avtaler oppleves litt uklare og gir liten grad av forutsigbarhet på sentrale områder, desto viktigere vil det være å ha gode rutiner for å følge opp, herunder kontrollsystemer og kommunikasjonssystemer. Kommunene ser ut til å ha viss

skepsis til hva andre parter i et avtaleforhold foretar seg. Det gjelder uavhengig av om det er en har kontrakt, en myk kontrakt, eller en eller annen form for partnerskaps-/nettverksløsning.

Oppsummering

Kontrakter skal prinsipielt bidra til økt forutsigbarhet, men inntrykk i en tidlig fase av samhandlingsreformen tyder på at dette ikke er tilfellet. Er dette et mer strukturelt problem knyttet til hvordan samhandlingsreformen er utformet eller er forklaringen at dette skyldes for få erfaringer i et tidlig stadium med reformen.

Forskningsspørsmål:

Hvilke sammenhenger mellom kontrakter, kontraktsutforming og forutsigbarhet kan vi se på kort og lang sikt innen rammen av samhandlingsreformen.

Det innovative aspektet her ligger i bedret forutsigbarhet. Bedret forutsigbarhet øker muligheten for mer rasjonelle beslutninger. Det man da også må undersøke i denne sammenhengen er hvor dårlig forutsigbarheten er innen rammen av det systemet vi til nå har lagt opp til slik at vi får en ide om hvilket potensiale det dreier seg om.

REFERANSER

Audit Commission (1998): A fruitful partnership – effective partnership working. Management paper.

Barnard, C. (1938). *The Functions of the Executive*. Cambridge: Harvard University Press.

Brinkerhoff, J.M. (2002): Government – nonprofit partnership: a defining framework. *Public Administration and Development*, Vol. 22, issue 1, pp. 19-30

Bukve, O. (2001). Lokale utviklingsnettverk : Ein komparativ analyse av næringsutvikling i åtte kommunar. Rapport 5/2001, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Busch, T. (2011): Nye trender i offentlig ledelse. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O., *Modernisering av offentlig sektor: Trender, ideer og praksiser*, pp. 243-262. Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K., og J. O. Vanebo. (2001). *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Casey, M. (2008): Partnership – success factors of interorganizational relationships. *Journal of Nursing Management*, Vol. 16, pp. 72-83

Collins, H. (2002): *Regulating contracts*. Oxford: Oxford University Press

Davis, J.H., Schoorman, F.D. & Donaldson, L. (1997): Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, Vol. 22, No.1., pp 20-47

Dowling, B., Powell, M. og Glendinning, C. (2004): Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), pp. 309-317

Driver, S. og Martell, L. (2000): Left, right and the third way. *Policy & Politics*, Vol. 28, No. 2, pp. 147-161.

Fournier, V. (1999): The appeal to 'professionalism' as a disciplinary mechanism. *The Sociological Review*, May99, Vol. 47, Issue 2, pp. 280-307.

Ghestin, J. (2002): The contract as economic trade. In Brousseau, E. & Glachant, J-M., *The Economics of Contracts. Theories and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 99-115

Grønt hefte (Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner) for 1990. Oslo: Kommunaldepartementet.

Grønt hefte (Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner) for 1999. Oslo: Kommunaldepartementet.

Grønt hefte (Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner) for 2003. Oslo: Kommunaldepartementet.

Grønt hefte (Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner) for 2005. Oslo: Kommunaldepartementet.

Grønt hefte (Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner) for 2006. Oslo: Kommunaldepartementet.

Hardy, B., Hudson, B. og Waddington, E. (2003): Assessing strategic partnership: The partnership assessment tool. Strategic Partnering Taskforce, Office of Deputy Prime Minister

Holen, I. E. (1994). Lokal næringsutvikling. Oslo: Handelshøyskolen BI.

Jaques, E. (1990): In praise of hierarchy. *Harvard Business Review*, January-February, pp. 127-133

Johansen, L (1980). Lecture Notes on Macroeconomic Planning. Amsterdam: North Holland Publishing Press.

Klausen, K.K (2011): Fra Public Administration over til New Public Administration – en fortolkningsramme for reformer. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O., *Modernisering av offentlig sektor: Trender, ideer og praksiser*, pp. 48-61. Oslo: Universitetsforlaget

Kommunal Rapport. (2011). Torsdag 3. februar 2011, s. 2.

Laffont, J-J. and J. Tirole. (1993). *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Lasker, R.D., Weiss, E.S. og Miller, R. (2001); Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, No. 2, pp. 179-205

Lumby, J. og Morrison, M. (2006): Partnership, conflict and gaming. *Journal of Educational Policy*, Vol. 21, No. 3, pp. 323-341

Macneil, I. (2001): The nature of contract and the contract norms, I Campbell, D. (ed), *The relational theory of contract: Selected works of Ian Macneil*, pp. 125-180. London: Sweet and Maxwell

Miles, R.E. og Snow, C.C. (1986/1996): Organizations: New concepts for new forms. I Buckley, P.J. og Michie, J. (eds), *Firms, organizations and contracts*, pp. 429-441. Oxford: Oxford University Press

Mohr, J. og Spekman, R. (1994): Characteristics of partnership success: Partnership attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques. *Strategic Management Journal*, Vol. 15, Issues 2, pp. 135-152

NLRA: <http://www.nlr.gov/nlr/legal/manuals/rules/act.pdf>.

NOU 1996:1: Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner.

Ouchi, W.G. (1980): Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 25, No. 1, pp. 129-141

Plomp, H. N. (2008). The impact of the introduction of market incentives on occupational health services and occupational health professionals: Experiences from The Netherlands. *Health Policy* 88 (2008) 25–37.

Powell, M. og Glendinning, C. (2002): Introduction. I Glendinning, C., Powell, M. og Rummery, K. (eds), *Partnerships, New Labour and the governance of welfare*, pp. 1-14. Bristol: The Policy Press

Powell, M. og Exworthy, M. (2002): Partnerships, quasi-networks and social policy. I Glendinning, C., Powell, M. og Rummery, K. (eds), *Partnerships, New Labour and the governance of welfare*, pp. 15-32. Bristol: The Policy Press

Sandmo, A. og K. P. Hagen (red.) (1992): Offentlig politikk og private incitamentener. Oslo : TANO.

Simila, J. O. (2006). Kontraktsledelse. Bergen: Fagbokforlaget.

Similä, J.O. og McCourt, W (2011): Ledelse av profesjoner: Ledelsesmessig kontroll versus profesjonell autonomi. I Irgens, E. J.. og Wennes, G. *Kunnskapsarbeid*, pp. 156-173. Bergen:Fagbokforlaget

Smith, A. (1776). *The Wealth of Nations*. New York: The Modern Library.

Squires, G. (2005): Art, science and the professions. *Studies in Higher Education*. Vol. 30, No. 2, April 2005, pp. 127-136

Torsvik, G. (2003). Incentiv på arbeidsplassen. *Økonomisk Forum* nr. 6, s. 31 – 38, 2003.

Walker, B. & Davis, H. (1999): Perspectives on Contractual Relationships and the Move to Best Value in Local Authorities. *Local Government Studies*, Vol. 25, No. 2, pp. 16-37

Weber, M. (1922/1996): Bureaucracy. I Shafritz, J.M. og Ott, J.S., *Classics of organization theory* 4th ed, pp. 80-85, USA: Harcourt Brace College Publishers

Westeren, Knut Ingar (2008): Inntekstutjevning og insentiver. Utredning nr 102. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Westeren, Knut Ingar (2012): *Foundations of the Knowledge Economy*. Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar.

Williamson, O.E. (1987): *The economic institutions of capitalism*. New York: The Free Press

Williamson, O. (1975). *Markets and Hierarchies*. New York: The Free Press.

Vedlegg: 1

Kort om IPLOS-systemet.

Opplysningene i dette notatet bygger i hovedsak på:

IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester.

Helsedirektoratet, Utgitt: 03/2009, Bestillingsnummer: IS-1112.

IPLOS bare har vært i full drift siden 2006 og må betraktes som et relativt nytt system. Den totale innsending av data fra kommunene involverer mange ulike aktører og systemet må ennå vurderes til å være i en innføringsfase. I andre halvdel av 2009 startet innføring av en ny kravspesifikasjon: IPLOS versjon 3 og det er denne utformingen av systemet som alle kommuner nå skal bruke og som vi vil bruke i dette prosjektet.

IPLOS-registeret inneholder standardisert informasjon om brukere og søkere av pleie- og omsorgstjenestene. Informasjonen deles inn i ulike områder:

- Personopplysninger.
- Bistandsbehov: Opplysninger om brukers behov for bistand, på 17 ulike områder. For hver enkelt opplysning graderes behov i verdiene 1-5, og 9.
- Tjeneste: Hvilke tjenester den enkelte bruker mottar.
- Diagnose: Diagnoser klassifisert etter det internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten, ICPC
- Spesialisthelsetjenester: Bevegelse mellom pleie- og omsorgstjenesten og heldøgnsopphold på institusjoner utenfor kommunalt ansvarsområde. Omfatter institusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

I dette prosjektet er det registrering av bistandsbehov som blir det sentrale. IPLOS er bygd opp slik at personopplysninger anonymiseres, det vil selvfølgelig gjort i dette prosjektet.

Bistandsvariablene i IPLOS deles inn i 5 grupper av SSB. Bare 15 av bistandsvariablene inngår direkte i gruppene i SSB sine analyser. Variablene som er holdt utenfor de 5 gruppene er ”syn” og ”hørsel”.

Beskrivelse av de forskjellige variable.

A. Sosial fungering

1 Sosial deltakelse. Har behov for bistand/assistanse til å styrke og opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie, venner, kolleger og personer i nærmiljøet.

2 Beslutninger i dagliglivet. Har behov for bistand/assistanse til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser.

3 Styre atferd. Har behov for bistand/assistanse til å styre egen atferd. Med dette menes å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon over for seg selv og andre.

B. Kognitiv svikt

4 Hukommelse. Har behov for bistand/assistanse til å huske nylig inntrufne hendelser, finne fram i kjente omgivelser, være orientert for tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken.

5 Kommunikasjon. Har behov for bistand/assistanse til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker.

C. Ivareta egen helsetilstand

6 Ivareta egen helse. Har behov for bistand/assistanse til å håndtere egen sykdom skade eller funksjonsnedsettelse til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner.

D. Husholdsfunksjoner

7 Skaffe seg varer og tjenester. Har behov for bistand/assistanse til å skaffe seg varer som mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester, som er nødvendige og relevante i dagliglivet. (enten via internett / telefon eller direkte i butikk.)

8 Alminnelig husarbeid. Har behov for bistand/assistanse til å utføre vanlig husarbeid som å gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsapparater, lagre matvarer og kaste avfall.

9 Lage mat. Har behov for bistand/assistanse til å planlegge, organisere og tilberede enkle og sammensatte måltider, skjære opp maten, smøre brødkiver og tilberede annen tørrmat, varme opp mat og lage kaffe og te.

E. Egenomsorg

10 Personlig hygiene. Har behov for bistand/assistanse til å vaske og stelle hele kroppen inklusiv pusse tenner/munnhygiene.

11 På- og avkledning. Har behov for bistand/assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy, finne fram og velge i overensstemmelse med årstid, vær og temperatur.

12 Spise. Har behov for bistand/assistanse til å innta servert mat og å drikke.

13 Toalett Har behov for bistand/assistanse til å utføre toalettbesøk/-funksjoner

14 Bevege seg innendørs. Har behov for bistand/assistanse til å gå bevege eller formflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol.

Trapper innendørs er ikke med.

15 Bevege seg utendørs. Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, på ujevne underlag mv. med utenfor egen bolig menes her alt utenfor egen inngangsdør. Trappeopp ganger og trapper ute er utendørs.

16 Syn

17 Hørsel

Deretter blir pasientens behov for bistand vurdert i forhold til følgende skala fra 1-5 og hvor verdien 9 betyr Ikke relevant.

1. Utgjør ingen problem/utfordring for søker/tjenestemottaker.

2 Ikke behov for bistand/assistanse. Utfører/klarar selv (eventuelt med hjelpemidler), men har utfordringer eller endret standard. Endret standard vil si hvordan enkeltindividet utfører/klarar aktiviteten i forhold til tidligere.

3. Middels behov for bistand/assistanse. Utfører/klarar deler av aktiviteten selv, men trenger personbistand til andre deler av aktiviteten. Bistandsyter kan eventuelt gå til og fra.

4. Store behov for bistand/assistanse. Utfører/klarar deler selv, men med bistandsyter tilstede hele tiden. Bistandsyter er tilstede for assistanse/tilrettelegging/veiledning.

5. Fullt bistands-/assistansebehov. Behov for personbistand til alle aktivitetene.

I dette prosjektet vil gruppe D: Husholdsfunksjoner ansees som ikke relevant. En sentral del av forprosjektet vil være å lage ei "kodebok" som gir retningslinjer for hvordan behov skal vurderes for de forskjellige variable.