

MASTEROPPGAVE

Emnekode:
BE 311E

Navn på kandidat:
Magne Nicolaisen

Den stygge andungen

Er øhd-sengene den stygge andungen
som vil vokse seg attraktiv?

Dato: 20.06.2016

Totalt antall sider: 60

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	Side III
Sammendrag.....	Side IV
English summary.....	Side V
1.0 Innledning.....	Side 1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	Side 1
1.2 Formål og problemstilling.....	Side 2
1.3 Oppgavens oppbygging.....	Side 3
2.0 Teori.....	Side 4
2.1 Innledning.....	Side 4
2.2 Forutsetninger for at endringer skal lykkes.....	Side 4
2.3 Styringsteori og økonomistyring.....	Side 7
2.4 Prinsipal – agentteori.....	Side 10
2.5 Oppsummering av teorigrunlaget.....	Side 11
3.0 Metode.....	Side 12
3.1 Innledning.....	Side 12
3.2 Forskingsdesign.....	Side 12
3.3 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	Side 13
3.4 Valg av metode.....	Side 14
3.5 Studiens datagrunnlag.....	Side 15
3.5.1 Spørreundersøkelsen.....	Side 15
3.5.2 Dokumentstudie.....	Side 16
3.6 Metodekritikk.....	Side 16
4.0 Empiri.....	Side 17
4.1 Innledning.....	Side 17
4.2 Ressursbruk og kvalitet – status i dag.....	Side 17

4.2.1	Riksrevisjonens rapport.....	Side 17
4.2.2	Andre aktuelle rapporter.....	Side 18
4.2.3	Oppsummering av de andre rapportene.....	Side 20
4.3	Organisering og ressursbruk i kommunene i Troms og Ofoten.....	Side 21
4.4	Reformens vei fra vedtak til gjennomføring.....	Side 22
4.4.1	Kjennskap til intensjon og forankring.....	Side 22
4.4.2	Om etablering og organisering.....	Side 24
4.4.3	Om bruken av øhd-tilbudet.....	Side 26
4.4.4	Tiltak for å øke oppslutningen.....	Side 28
4.5	Sammenfatning av studiens resultat.....	Side 30
5.0	Drøfting.....	Side 31
5.1	Ulike interesser og informasjonsasymmetri	Side 31
5.1.1	Motstand og motvilje fra agent?.....	Side 31
5.1.2	Ulike interesser mellom prinsipal og agent.....	Side 32
5.1.3	Asymmetrisk informasjon.....	Side 33
5.2	Dekobling i styringssirkelen.....	Side 34
5.3	Endringene mangler forankring.....	Side 35
5.3.1	Liten involvering og manglende endringsforståelse.....	Side 35
5.3.2	Lav grad av motivasjon.....	Side 36
5.3.3	Manglende implementering.....	Side 37
5.4	Samfunnsøkonomiske effektivitetstap.....	Side 38
5.5	Implikasjoner.....	Side 39
6.0	Konklusjon.....	Side 41
7.0	Litteraturliste.....	Side 42
8.0	Vedlegg.....	Side 44
8.1	Vedlegg 1. E-post til Questback-undersøkelsen.....	Side 44
8.2	Vedlegg 2. Spørreundersøkelsen.....	Side 45
8.3	Vedlegg 3. Spørreundersøkelsens fritekst-besvarelser.....	Side 48

Forord

Denne masteroppgaven er avsluttende del av masterstudiet i Helseledelse ved Nord Universitetet. Studiet er et erfaringsbasert MBA-program som er finansiert av Helse Nord RHF og organisert som deltidsstudie over to år med tre til fire studiesamlinger hvert semester.

Jeg var så heldig å få plass på studiet sammen med 24 andre kollegaer fra ulike foretak i Helse Nord-familien. Fra første samling tidlig høst 2014 til avslutning våren 2016 har det vært lærerike og givende studiesamlinger, dyktige forelesere, gode diskusjoner og meget bra opplegg både faglig og sosialt. Jeg retter derfor en stor takk til Helse Nord som har finansiert tilbudet, til UNN som har gitt nødvendige permisjoner for å følge studiet, til Nord Universitetet med Inger Johanne og Anita i spissen for et vel gjennomført opplegg – og ikke minst en stor takk til alle mine dyktige og inspirerende medstudenter.

Selve masteroppgaven er skrevet i løpet av vinteren og våren 2016 og teller 30 studiepoeng. Arbeidet med oppgaven har vært både spennende og lærerikt og har bidratt til viktig kunnskap som kommer arbeidsplassen til gode. I oppgaven har jeg vært avhengig av informasjon fra de 30 kommunene som har UNN som sitt sykehus. Uten de mange og gode innspill jeg har fått fra kommunene hadde det ikke vært mulig å fullføre masteroppgaven. Derfor en stor takk til alle som har besvart spørreundersøkelsen, sendt e-poster eller bidratt med verdifull informasjon på annet vis.

Også en stor takk til Inger Johanne Pettersen for verdifulle innspill og god veiledning i arbeidet med oppgaven.

En spesiell takk til mine kollegaer på samhandlingsavdelingen i UNN som disse to årene har hatt en leder som til tider har vært fraværende. Det har dere taklet på en utmerket måte.

Det meste av studiet, ikke minst arbeidet med masteroppgaven, har blitt gjort på kveld, helg og fritid. Huslige og familiære forpliktelser har måttet lide for dette, men Marianne og resten av gjengen har vært utrolig støttende og tålmodig og gjort lidelsene overkommelige.

I tillegg har Marianne og Kristian bidratt med gode innspill og hjelp i skriveprosessen.

Kjempestor takk til dere!

Tromsø, juni 2016

Magne Nicolaisen

Sammendrag

Som et viktig og sentralt virkemiddel i Samhandlingsreformen ble kommunene pålagt å etablere øyeblikkelig hjelp døgnopphold (øhd-tilbud). Tilbudet skulle være etablert senest 1.1.2016. Foruten krav til forsvarlig legedekning og døgnkontinuerlig sykepleierdekning har ikke myndighetene satt krav til hvordan øhd-tilbudene skal organiseres. Målet med å etablere dette var å gi pasienten et kommunalt ø-hjelpstilbud som skulle være like godt eller bedre enn sykehusinnleggelse. Tiltaket skulle på den måten redusere antall sykehusinnleggelser.

Hensikten med denne masteroppgaven har vært å forklare hvorfor det er vanskelig å implementere reformer. Forskningsspørsmålet er; *Brukes øhd-sengene i Troms/Ofoten i tråd med intensjonene? Hvis ikke, hva er årsaken til det og hvilke tiltak bør prioriteres for at øhd-sengene skal brukes i tråd med intensjonene?* I oppgaven er det gjort en kartlegging av hvordan det nye øhd-tilbudet er etablert og det er drøftet hvorvidt tiltaket brukes i tråd med intensjonene.

For å belyse problemstillingen er det i oppgaven referert til teori om endringsprosesser, styringsteori og økonomistyring samt prinsippal-agentteori. Gjennom dokumentstudier er nasjonale funn oppsummert og ved bruk av spørreundersøkelse til kommunene i Troms og Ofoten er det gjort en grundigere kartlegging av forhold knyttet til etablering, implementering og drift av øhd-sengene i Universitetssykehuset i Nord-Norges område.

I oppgaven finner en at øhd-tilbudet ikke brukes i det omfang eller på den måten som var forutsatt. Belegget er lavt og det er lite kunnskap om hvilke pasienter som faktisk benytter tilbudet. Det er derfor usikkert om øhd-sengene bidrar til å redusere sykehusinnleggelser. Funnene fra spørreundersøkelsen samsvarer på de fleste områdene med nasjonale funn.

Med bakgrunn i dette presenteres fem hovedfunn;

- Øhd-sengene brukes ikke i et omfang og på en måte som samsvarer med intensjonene.
- Det er lite kunnskap om faktisk bruk av øhd-sengene.
- Øhd-tilbudet er ikke godt forankret i kommunenes strategisk planer.
- Øhd-tilbudet utnyttes ikke effektivt og bidrar ikke til reduksjon i antall sykehusinnleggelser, det er ikke samsvar mellom produktivitet og ressursbruk.
- Det må iverksettes målretta tiltak for å øke bruken.

English summary

One important and central aspect of the Coordination Reform was that all municipalities were required to establish municipal emergency beds. The authorities have not set requirements for how these beds should be organized, besides proper medical coverage and around the clock nursing coverage. The aim for these beds were to give the patient a municipal health service that should be as good as hospitalization, or even better. The objective was to reduce the number of hospitalizations by allocating health services to the municipalities.

The aim of this thesis has been to explain why it is difficult to implement reforms, specifically in the health sector. The research question is; *Are the municipal emergency care beds in Troms and Ofoten used as planned? If not, what is the reason for it and what needs to be done in order for the municipal emergency care beds to be used as planned?* The study examined how the municipal emergency care beds are established and discusses whether they are used in accordance to the purpose put forth by the Norwegian Health Directory.

To answer the research question, I have applied a set of different theories; theory of change processes, management- and management accounting theory and principal-agent theory. Through a literature review I summarize the national findings from national surveys and prior research. Response to a questionnaire sent out to central actors in the municipalities in Troms and Ofoten shows the planning, implementation and use of the municipal emergency care beds. The study shows that municipal emergency care beds not are used to the extent, nor in the way that was planned. The findings also show that the occupancy of the beds are generally low, and that there is little knowledge about the patients who actually use the beds. It is therefore uncertain whether the municipal emergency care beds contribute to reduce the number of hospitalizations in the region. Through my thesis I also find that responses from the questionnaire are consistent with national findings.

The study summarizes five main findings;

- Municipal emergency care beds are not used to full extent or in accordance to the objective.
- There is little knowledge about the actual use of municipal emergency care beds.
- Use of municipal emergency care beds are not firmly anchored in municipal strategic plans.
- Municipal emergency care beds are not used effectively and do not contribute to a reduction in the number of hospitalizations. There is no correlation between productivity and resource use.
- Targeted measures need to be implemented to increase usage.

1.0 Innledning

Helsesektoren har i løpet av de siste årene gjennomgått en rekke store reformer. En av disse er Samhandlingsreformen¹ som hovedsakelig pekte på tre utfordringer Norge står ovenfor; endring av demografi med en stor økning av antall eldre, en kraftig økning av livsstilsbaserte sykdommer samt en økonomisk vekst innen helsesektoren som ikke er bærekraftig. Et sentralt tiltak i Samhandlingsreformen var at kommunene ble pålagt å etablere øyeblikkelig hjelp døgnopphold (heretter benevnt øhd-tilbud). Plikten til dette følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd:

«Kommunen skal 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» (Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011).

Denne masteroppgaven beskriver hvordan øhd-sengene er blitt etablert i Troms og Ofoten og drøfter hvorvidt tiltaket brukes i tråd med det som var intensjonene. I oppgaven drøftes også forklaringer på hvorfor tilbudet brukes slik det gjør og tiltak for å øke bruken av sengene.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Allerede i 2009 beskrev Samhandlingsreformen øhd-sengene. Disse skulle innføres gradvis over fire år med start i 2012. Etablering av øhd-sengene var søknadsbasert og det var krav om at søknaden skulle inkludere signert samarbeidsavtale mellom kommunen og det aktuelle helseforetaket før tilskudd ble utbetalt. Omfanget av tiltaket var definert av Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD), og skulle – når alle kommunene hadde dette på plass, gi 242 032 liggedøgn pr. år. Økonomisk var dette et «0-sum spill», da pengene ble flyttet fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og lagt inn i ramma til kommunene. Totalt var det 1 048 mill kroner (2012-priser) som i prinsippet ble tatt fra sykehusbudsjettet og tildelt kommunene etter mal av beregningsgrunnlaget til HOD (Helsedirektoratet. 2014).

Fra og med 1.1.2016 hadde kommunene plikt til å ha tilbudet på plass, tiltaket var ikke lenger søknadsbasert og pengene kom direkte i rammeoverføringen til den enkelte kommune.

¹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet

I veiledningsmateriell for etablering av øhd-tilbudet (Helsedirektoratet. 2014) het det blant annet at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal gis der pasienten kan få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehusinnleggelse. Tilbudet skal på den måten redusere antall sykehusinnleggelser. Som en følge av finansieringsmodellen har helseforetakene redusert sin kapasitet (antall senger) tilsvarende etableringen av de nye kommunale sengene. Hvis denne endringen skal gi et like godt eller bedre tilbud til befolkningen, er det derfor avgjørende viktig at øhd-sengene blir benyttet i tråd med intensjonene. Funn, både lokalt og nasjonalt, viser imidlertid at kapasitetsutnyttelsen i øhd-sengene er lav. Det stilles også spørsmål om det er de riktige pasientene som ligger i disse sengene eller om øhd-tilbudet benyttes til pasientgrupper som kommunen allerede i utgangspunktet hadde ansvar for, for eksempel utskrivningsklare pasienter og sykehjemspasienter.

Riksrevisjonen offentliggjorde vinteren 2016 rapporten «Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen» (Riksrevisjonen. 2016). I rapporten konkluderer Riksrevisjonen blant annet med at øhd-sengene ikke brukes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.

I masteroppgaven blir også andre sentrale, nasjonale rapporter knyttet til bruk av øhd-sengene presentert. I disse rapportene angis også hva årsakene til at øhd-sengene ikke brukes som forutsatt kan være. Rapportene presenterer også forslag på tiltak for å øke bruken av sengene. I masteroppgaven vil en undersøke om disse funnene også gjelder kommunene i Troms og Ofoten og ved bruk av relevant teori forsøke å forklare funnene.

1.2 Formål og problemstilling

Målet med masteroppgaven er å studere hvorfor reformer med mål å effektivisere helsetjenestene ikke nødvendigvis blir gjennomført som planlagt. For å belyse dette studeres etablering og bruk av øhd-sengene i Troms og Ofoten, og hvorvidt bruken er i tråd med intensjonene for øhd-etableringen. Studien vil undersøke om funnene fra Troms og Ofoten samsvarer med nasjonale funn, i tillegg drøfte hvorvidt det er samsvar mellom det de nasjonale rapportene foreslår som tiltak for å øke bruken av øhd-sengene og det kommunene i Troms og Ofoten selv mener er de riktige tiltakene.

Dette er valgt som tema fordi det er viktig å samle inn mer kunnskap om den faktiske bruk av øhd-sengene for bedre å forstå hvilke tiltak som må til for at øhd-sengene skal bli brukt som planlagt. Gjennom oppgaven er målet å bidra til en forståelse av hvorfor det å «spille hverandre gode» er viktig. Hvis øhd-tilbudet ikke brukes i tråd med intensjonene vil innbyggerne i Troms og Ofoten få dårligere tilgang til helsetjenester enn hva som er forutsatt. Også fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er det viktig at øhd-sengene bidrar til god ressursutnyttelse og forhindrer effektivitetstap.

Oppgavens problemstilling er

Hvordan kan vi forklare at reformer som tar sikte på effektivisering ikke nødvendigvis blir gjennomført som planlagt?

For å spisse denne problemstillingen er følgende forskningsspørsmål formulert;

Brukes øhd-sengene i Troms og Ofoten i tråd med intensjonene?

Hvis ikke, hva er årsaken til det og hvilke tiltak bør prioriteres for at øhd-sengene skal brukes i tråd med intensjonene?

Basert på datainnsamlingen og relevante sekundærdata stilles spørsmålet - som også er oppgavens tittel; «*Er øhd-sengene den stygge andungen som vil vokse seg attraktiv?*»

Dette vil drøftes i lys av relevant teori innen endringsprosesser, styringsteori og teori omkring prinsippal-agentforhold.

1.3 Oppgavens oppbygging

I oppgaven refereres noe av det som i dag finnes av forskning og statistikk knyttet til bruk av øhd-sengene. Det gis også en oppsummering av hva som antas å være de viktigste årsakene til at bruken av disse sengene er slik den er i dag. I oppgaven fokuseres det særskilt på hvordan status er for de 30 kommunene som sokner til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). I tillegg til offentlig tilgjengelig statistikk, er status for UNN-området kartlagt ved at det er sendt spørreskjema til alle kommunene i Troms og Ofoten.

I kapittel 2 presenteres de teoretiske perspektiver som ligger til grunn for spørreundersøkelsen og drøftingen. Kapittel 3 beskriver metode og begrunnelse for valg av metode. I kapittel 4 oppsummeres empiri i form av sekundærdata samt en gjennomgang av spørreundersøkelses funn. Kapittel 5 er drøftingskapitlet, mens kapittel 6 er oppsummering av oppgaven og forslag til videre studier. Oppgaven avsluttes med litteraturliste samt relevante vedlegg.

2.0 Teori

2.1 Innledning

I dette kapittelet presenteres relevante teoretiske perspektiver som ligger til grunn for spørreundersøkelsen og drøftingskapittelet. På grunn av oppgavens størrelse har det vært nødvendig å spisse problemstillingen og prioritere hvilke teoretiske perspektiver det er rom for å bruke. Blant annet finnes mye spennende og aktuell forskning på implementering av reformer i offentlig sektor det kunne vært aktuelt å vise til. I oppgaven er teorigrunnlaget avgrenset til i hovedsak tre teoretiske perspektiver som beskrives i dette kapitlet.

Den første beskriver forutsetninger for at endringsprosesser skal lykkes. Den andre teorien som presenteres er styringsteori og økonomistyring. Til sist beskriver jeg prinsippal-agentteori.

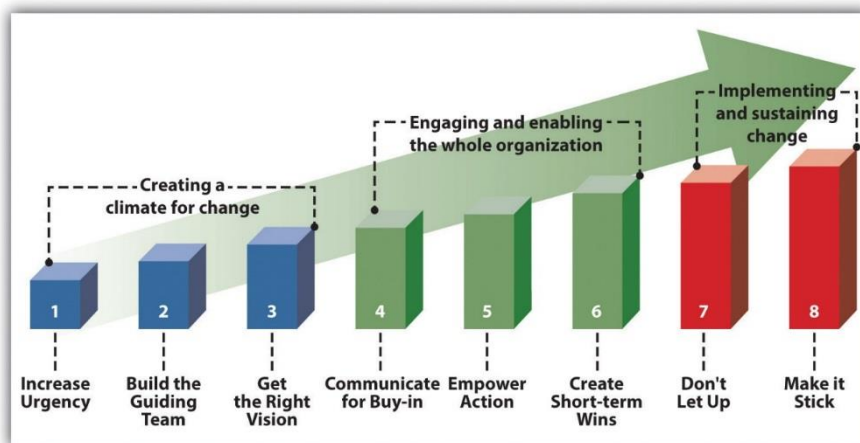
Disse teoriene er valgt fordi de vil kunne belyse oppgavens problemstilling fra ulike perspektiver og gi en mer omfattende forståelse for hvordan ulike faktorer kan påvirke bruken av øhd-sengene. Dette teorigrunnlaget har vært med på å påvirke hvordan spørreskjema ble utformet og hvordan spørsmålene ble formulert. Teorigrunnlaget legges også til grunn for drøftingene senere i oppgaven.

2.2. Forutsetninger for at endringer skal lykkes

En følge av samhandlingsreformen var vedtak om at kommunene skulle etablere øhd-senger. Kommunene fikk plikt til å løse en oppgave de tidligere ikke hadde hatt ansvar for. For at en ny oppgave skal bli etablert og deretter brukes i tråd med intensjonene, kreves det at flere sentrale sektorer i kommunen endrer praksis og rutiner. Det vil derfor være nyttig å se på teorier som beskriver hva som skal til for at endringsprosesser skal lykkes.

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at det de senere år har vært gjennomført mye empirisk forskning hvor målet har vært å finne ut hva som kjennetegner de endringsstrategier som lykkes. Selv om funnene ikke er helt entydige er det flere trekk som går igjen.

Dette underbygges av John P. Kotter. Han har studert en rekke endringsprosesser og funnet trekk som kjennetegner de endringene som er vellykkede. Disse funnene hevder han gjelder for alle typer endring og på bakgrunn av dette arbeidet har han laget en modell med 8 trinn for hva som skal til for å få til eller lykkes med endringsprosesser (Thorsvik. 13.1.2015).



Figur 1. Kotters modell som viser åtte faser for organisatoriske endringer. (Kilde: http://images.flatworldknowledge.com/portolesediasleadsup/portolesediasleadsup-fig12_006.jpg lastet ned 13.5.16 kl. 13.10)

Modellen er et resultat av omfattende analyser av endringsprosesser som har gjort Kotter og hans modell kjent. Modellen fremstår som en normativ modell, en oppskrift på hva som skal til for å lykkes med gjennomføring og implementering av endringsprosesser. Nedenfor er en utdyping av innholdet i de 8 trinnene. Oppsummeringen er basert på Kotter (1995), Jacobsen og Thorsvik (2013) samt forelesning ved Jan Thorsvik (Bodø 13.1.2015).

Trinn 1. Etablere forståelse av krise og nødvendighet for endring

Når en er tilfreds med situasjonen ser man ikke behov for forandring og er derfor ikke motivert for endring. Det er da viktig at man ikke forsøker å glatte over situasjonen, men derimot innser alvorret. Det betyr at en må analysere situasjonen, identifisere trusler, svikt, feil og mangler. I tillegg også identifisere nye muligheter.

For å få til endring er det viktig at de personene som er sentrale i organisasjonen ønsker eller ser behovet for endring og at «mange nok» ser dette behovet. Kotter antyder at rundt 75% av ledelsen må oppfatte endringen som viktig for at endringsprosessen skal gå videre uten for store motkrefter.

Trinn 2. Etablere gruppe for å lede endringen, forme en sterk endringskoalisjon

Det bør etableres et utvalg som er i stand til å lede endringsprosessen. For at et slikt utvalg skal kunne lykkes må utvalget ha nødvendig kompetanse og legitimitet til å lede endringsprosessen. Det er også viktig med sterkt lederskap og støtte fra sentrale personer i organisasjonen, inkludert tillitsvalgte. På den måten kan man sikre at en har nødvendig makt og støtte til å gjennomføre prosessen.

Trinn 3. Formulere endringsvisjon og strategi for endring

Endringsprosesser kjennetegnes ofte av kaos og forvirring, noe som både er kostbart og tidskrevende. Det er derfor viktig med en tydelig visjon for hva man ønsker å oppnå med endringen og strategien for å nå dit må kommuniseres ut i organisasjonen(e). Visjon, mål og strategien må lede selve endringsprosessen. Man må med andre ord etablere en klar forståelse av hva endring innebærer, hvorfor den er nødvendig, hvordan den vil påvirke og hvordan organisasjonen skal komme dit. En tydelig visjon kan hjelpe folk til å forstå hvorfor de blir bedt om å tenke og gjøre ting annerledes. Visjonen motiverer og samler folk rundt det nye fremtidsbildet.

Trinn 4. Kommunisere og formidle endringsvisjon

Etter at visjonen er skapt er det avgjørende for den videre prosessen hva ledelsen deretter foretar seg. For at endring skal ta form i hele organisasjonen er det vesentlig at visjonen blir tydelig kommunisert og forstått. Det anbefales derfor at man benytter enhver anledning til å få de ansatte til å forstå visjon og strategi og at man utnytter alle anledninger man har til å motivere de ansatte til å slutte opp om visjonen og strategien.

Trinn 5. Gi ansatte handlingsrom og makt til å handle i tråd med visjonen

Man må forandre alle organisasjonsmessige trekk som hemmer nødvendig innovasjon og omstilling for å realisere mål og visjon. Man må altså endre selve organisasjonsstrukturen. Vellykka endringsprosesser kjennetegnes ved involvering av et stort antall folk. Jo flere folk som er involvert, desto bedre. Gjennom hele endringsprosessen er det viktig at ledelsen og endringskoalisjonen handler strategisk og fjerner hindringer som oppstår underveis for å føre prosessen i en positiv retning.

Trinn 6. Planlegg og synliggjør kortsiktige gevinster / tidlig suksess

Det er viktig å formulere kortsiktige mål og gevinster. Kotter hevder at «tidlig smak» av suksess vil gi folk pekepinn på hvordan fullstendig gjennomføringen av visjonen vil være og på den måten bidra til å holde folks motivasjon oppe. Ledelsen bør derfor definere kortsiktige mål som er realistisk å oppnå. Når disse målene nås må dette kommuniseres ut i organisasjonen og ansatte som bidrar aktivt bør belønnes.

Trinn 7. Konsolidere og initiere nye delprosjekter, ikke ta seier på forskudd men fokusere på det som gjenstår

På dette stadiet er det viktig å konsolidere forbedringer. Mange endringsforsøk mislykkes fordi seieren tas på forskudd. Det er viktig å synliggjøre tidlig suksess, men dette er ikke nok. Man må befeste forbedringer/endingene i organisasjonsstruktur og formelle prosesser, samtidig som man initierer nye tiltak for å endre trekk ved situasjonen som hemmer realisering av visjonen. Det er derfor viktig med kontinuerlig fremdrift av endringsprosessen gjennom å analysere forbedringspotensialet.

Trinn 8. Forankre nye tilnæringsmetoder og endringer i organisasjonskulturen

Endring blir først forankret når den blir en del av organisasjonskulturen og verdiene som støtter visjonen blir synlige i den daglige driften. Man må altså institusjonalisere de forbedringer og endringer som er gjort i organisasjonen gjennom å bygge kultur omkring disse. Samtidig bør man skape avstand til den tradisjon som hemmer realisering av visjonen. Ledelsen må benytte enhver anledning til å kommunisere fremdrift og suksesshistorier fra endringsprosessen ut i organisasjonen.

Kort oppsummert kan man si at trinn 1-3 går ut på å skape forståelse av krise og behov for endring, trinn 4-6 har som hensikt å oppmuntre til og sette hele organisasjonen i stand til endringen mens trinn 7 og 8 handler om å implementere endringene og deretter vedlikeholde disse.

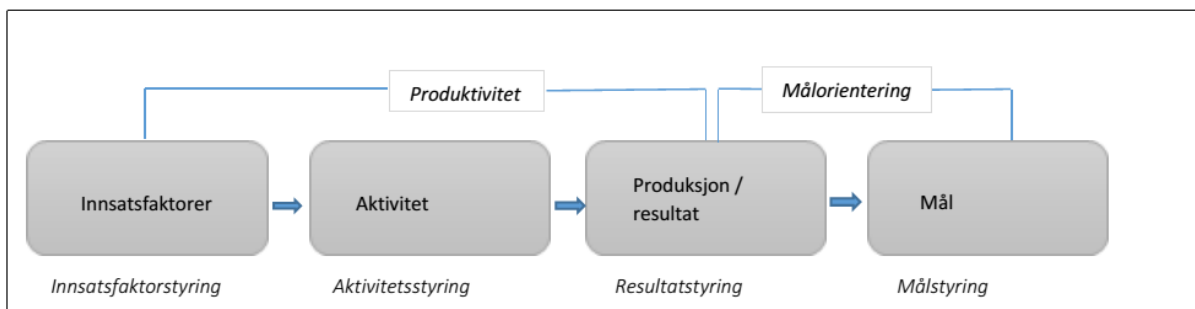
2.3. Styringsteori og økonomistyring

Målet med etablering av øhd-sengene var todelt. I veiledningsmateriell for etablering av øhd-tilbud (Helsedirektoratet. 2014) heter det at øhd-tilbudet skal gis der pasienten kan få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehusinnleggelse. Hensikten er å dempe presset på sykehusene og behandle pasientene etter BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Altså både et perspektiv hvor pasienten skulle få et bedre tilbud, men også et økonomisk perspektiv hvor man skulle dempe presset på de langt dyrere sykehussengene.

De siste 20 – 30 årene er det innført en rekke store reformer i offentlig sektor som påvirker økonomistyringen i så vel kommunale som statlige virksomheter. Samhandlingsreformen og

plikt til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene er en av disse. Felles for de fleste av disse reformene er at de bygger på en internasjonal trend som benevnes New Public Management (NPM). Slike reformer kjennetegnes gjerne av at statens styringsteknikker går i retning av mer delegering i form av budsjettfullmakter, ofte kombinert med mål- og resultatstyring, samt bruk av kontrakter for å regulere forholdet til kommunene som tjenesteyter (Nyland og Pettersen. 2010).

Alle typer virksomheter kan beskrives ut fra hvilke innsatsfaktorer som settes inn for å produsere en tjeneste. Resultatet kan være mer eller mindre i samsvar med det målet som er satt. Som figuren nedenfor viser, kan man se for seg fire ulike styringsformer.



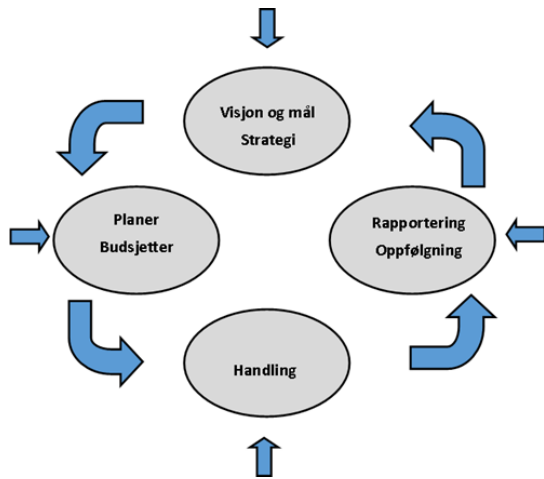
Figur 2. Hva skal modelleres? (Kilde: Pettersen et al.2015:125).

Økonomistyringen kan derfor rettes inn mot å styre bruken av innsatsfaktorer. Alternativt kan styringen skje ved å fokusere på aktivitetene (aktivitetsstyring), mot resultatet (resultatstyring) eller mot målet (målstyring) (Pettersen et al. 2015:125).

For å vite om organisering og utforming av helsepolitikken faktisk har den effekten som er forutsatt må effektiviteten måles. Politikorienterte effektivitetsmål er knyttet til evaluering av konsekvensene av endret helsepolitikk med tanke på ressursutnyttelse og effektivitet. Mange endringer kan like gjerne være begrunnet i tro og ideologi som i faktisk kunnskap. Derfor er analyse av hvilke konsekvenser endringer i helsepolitikken har for ressursutnyttelse og effektivitet viktig (Pettersen et al. 2015:91).

De endringer som etablering av øhd-sengene medfører kan sees i lys av styringsteori og økonomistyring. Øhd-tiltaket er en desentralisering av ansvar og oppgaver fra staten (her representert v/ spesialisthelsetjenesten) til kommunene og det forutsettes at det foreligger en skriftlig avtale før oppstart. Staten er samtidig avhengig av at befolkningen er trygge på at ressursene brukes på en effektiv og hensiktsmessig måte. Økonomistyring har på det viset også en legitimerende effekt (Nyland og Pettersen. 2010).

Den ideelle styringssirkelen (figur 3 nedenfor) viser en instrumentell tilnærming til økonomistyring ved at sentrale elementer i styringsprosessene slik som strategi, plan/budsjett, aktivitet og evaluering kobles sammen. Rundt denne styringssirkelen bygges et styringssystem hvor hensikten er å skape tette koblinger mellom de ulike fasene. Man kan si at styringssirkelen har en normativ tilnærming, og at den forutsetter at det er samsvar i koblingene mellom mål og virkemidler. Den forutsetter samtidig at det ikke er interessekonflikter mellom aktørene (Nyland og Pettersen. 2010).



Figur 3. En rasjonell styringsmodell. (Kilde: Nyland, Kari forelesning 27.10.15 Universitetet i Nordland).

Disse forutsetningene utfordres på mange vis innenfor offentlig sektor. Offentlig virksomhet kjennetegnes av ulike målsetninger som kan komme i konflikt med hverandre. Slik målkonflikt er særlig tydelig i forbindelse med politiske budsjettforhandlinger når knappe ressurser skal fordeles. Slike situasjoner kjennetegnes gjerne ved politisk spill og strategiske tilpasninger. I beslutningssituasjoner hvor det er ulike interesser og målproblemer kan det oppstå styringsproblemer som skyldes brudd i de koblingene som er vist i figur 3 (Nyland og Pettersen. 2010).

Styringssirkelen beskriver økonomisk styring som en integrert prosess som ideelt sett forutsetter at koblingene mellom de ulike elementene skal fungere rasjonelt. Skal styringen være rasjonell forutsettes det altså at det er samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk gjøres. Får vi et brudd i koblingene har vi et styringsproblem. I offentlig sektor finner vi ofte at det eksisterer brudd med den normative styringssirkelen. Dette vises ved at det er manglende integrering mellom strategi, budsjett, handlinger og regnskap. Sagt på en annen måte, det er løse koblinger til styringsprosessen og hvert område i modellen kan sees på som egne verdener. Hvis resultatet er at det ikke er samsvar mellom det organisasjonen sier den gjør og det den faktisk gjør – snakker man gjerne om dekobling og det skapes ulike

styringsutfordringer. Disse beslutningssituasjonene kan studeres ut fra forholdet mellom en prinsipal og agentene (Nyland og Pettersen. 2010).

2.4 Prinsipal – agentteori

Et prinsipal-agentforhold er en situasjon der en eller flere handler på vegne av andre eller ivaretar andres interesser. Den som handler kalles agent mens den som agenten handler på vegne av kalles prinsipal (Hagen. 1990).

Det er staten som gjennom vedtak i Stortinget har pålagt kommunene å etablere et nytt tilbud. Det er derfor nærliggende å trekke inn prinsipal-agentteori i denne sammenhengen. Prinsipal er avhengig av agent for å nå sine mål. I dette tilfellet kan man se på staten som prinsipalen som vedtar at andre skal gjøre endringer – les etablere øhd-senger. Agenten i dette tilfellet er kommunen, som skal sørge for etableringen. Internt i kommunen er kommunen prinsipal, som pålegger helse og omsorgssektoren å få på plass tiltaket. Kommunen er med andre ord prinsipal og agent på samme tid, noe som kan medføre rollekonflikt.

Det kan også være naturlig å se på forholdet mellom agent og prinsipal som et desentraliseringsproblem. Prinsipalen desentraliserer beslutningsproblemet til agenten. For prinsipalen gjelder det da å finne et incitamentssystem for agenten som legger til rette for at agenten deretter treffer de beslutninger som på best mulig vis fremmer prinsipalens interesser. Det som kan gjøre dette problematisk er hovedsakelig to forhold. For det første er det ikke sikkert prinsipalen kan observere agentens handlinger i tilstrekkelig grad. For det andre, kan resultatet av agentens innsats skyldes tilfeldige faktorer som er utenfor agentens kontroll. Disse faktorer skyldes ofte tvetydig eller asymmetrisk informasjon mellom partene (Hagen. 1990).

Skjulte handlinger eller moralsk risiko / moralsk hasard er et tema innen prinsipal-agentteorien. I økonomi, politikk og rettsvitenskap er moralsk risiko et problem som kan oppstå idet to eller flere parter inngår en avtale. Det kan beskrives som et fenomen i form av opportuniste etter avtaleinngåelse. Problemet oppstår fordi en av avtalepartene i egen vinnings hensikt og for å imøtekomme egne mål kan opptre i strid med den inngåtte avtalen, mot den andres interesse og til den andres kostnad (Pedersen. 3.9.2015).

Hovedproblemet knyttet til moralsk risiko er med andre ord at prinsipalen ikke kan observere agentens innsats og at resultatet av innsatsen også er avhengig av andre tilfeldige ytre forhold. Senere i oppgaven vil det drøftes om dette kan være tilfellet med øhd-tilbudene.

Prinsipal-agentteorien peker på at det i forholdet mellom stat og kommune også eksisterer et incitaments- og risikodelingsproblem. I stor grad skyldes dette at staten som prinsipal har begrensede muligheter til å avgjøre om økonomiske problemer skyldes endringer i ytre forhold utenfor kommunens kontroll. Staten kan dermed komme til å dekke tap som er selvforskyldt og kommunene kan utnytte dette dersom det er påregnelig at staten dekker underskuddet (Hagen. 1990).

Man kan si at problemstillingen i stor grad skyldes at de styrende myndigheter (prinsipalen) har mangelfull informasjon om innsats, kostnads- og produktivitetsforhold hos de virksomheter (agenter) som skal styres eller reguleres.

2.5 Oppsummering av teorigrunlaget

Etablering av øhd-sengene er brukt som eksempel på innføring av en effektiviseringsreform i helsesektoren. For at innføring av en reform skal bli vellykket er det visse krav som må være oppfylt. Teorigrunlaget som er valgt i denne studien er relevant for å belyse problemstillingen fra ulike sider. Teoriene er også brukt til å forme ordlyden i og strukturering av spørsmålene i spørreundersøkelsen. I drøftingskapitlet sees teoriene i sammenheng med de empiriske funn som kommer fram i oppgaven.

Implementering av reformer, med øhd-sengene som eksempel, drøftes i sammenheng med Kotters endringsteori. Er forutsetningene for å få til vellykkede endringsprosesser oppfylt? Hvordan øhd-sengene faktisk brukes vil drøftes i lys av styringsteori og økonomistyring. Er det samsvar i koblingene mellom mål og virkemidler? Drives øhd-sengene slik de sier aktiviteten skal være, eller finner vi dekoblinger?

I studien vil en også drøfte om den kunnskap og informasjon som er rundt øhd-tilbudene er tilstrekkelig til at staten som prinsipal og kommunen som agent når sine felles mål?

3.0 Metode

3.1 Innledning

I dette kapittelet beskrives metoden som er valgt for å besvare oppgavens problemstilling og hvilket vitenskapsteoretisk rammeverk som ligger til grunn. Først i dette kapittelet er en generell beskrivelse av metode og valg av metode, mens kapitlet avsluttes med å beskrive kvantitative undersøkelser og bruk av spørreskjema noe mer detaljert.

3.2 Forskningsdesign

Det er oppgavens problemstilling som styrer hvilken metode en velger og som også avgjør hvor vellykket forskningsprosjektet blir. I mange tilfeller er fenomenet man vil undersøke såpass omfattende at det vanskelig lar seg gjøre å studere det i hele dets bredde og dybde. Det kan derfor være nødvendig med en avgrensning eller dekomponering (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Utfordringen er altså å gjøre problemstillingen forskbar. Dette kan gjøres ved å angi hvilke data det er aktuelt å samle inn, gjerne omtalt som operasjonalisering. Særlig er dette viktig ved innsamling av kvantitative data. (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011:67).

Forskning dreier seg ofte om å undersøke effekten av noe, for eksempel der det settes inn spesielle tiltak i en virksomhet. Etablering av øhd-senger kan være et slikt tiltak. Slike opplegg benevnes som evaluering eller vurdering. Evaluering er å samle inn opplysninger på en systematisk måte for å undersøke om prosjektet skapte endring, om det hadde noen virkning og hvordan virkningen eventuelt ble (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011:67).

Denne studiens problemstilling er å forklare hvorfor effektiviseringsreformer ikke alltid blir gjennomført som planlagt. Etablering av øhd-senger er valgt som eksempel på en slik reform. Studien har til hensikt å kartlegge implementering og bruk av øhd-sengene i kommunene i Troms og Ofoten samt vurdere ulike tiltak for å øke bruken av sengene. Det er derfor valgt en kvantitativ metode i form av spørreundersøkelse til de kommunene dette gjelder, supplert med dokumentstudier.

3.3 Vitenskapsteoretisk ståsted

Teori dreier seg om antakelser og kunnskaper vedrørende virkeligheten. Teorier om hvordan empiriske undersøkelser skal gjennomføres for å teste og generere kunnskap kalles gjerne epistemologiske teorier. Man bør derfor stille seg spørsmål om hva kunnskap er og hvordan man kan få tilgang til kunnskap før en starter datainnhenting (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Ontologi er læren om hva som er virkelighetens natur. Hvilket ontologisk ståsted en har vil derfor ha betydning for om man leter etter lovmessigheter eller det spesielle og unike i sin undersøkelse. Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning har man vanligvis skilt mellom en hermeneutisk og en positivistisk posisjon (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Positivismen legger til grunn at alle typer fenomener kan og skal undersøkes med den naturvitenskapelige metoden. Forskningen skal altså konsentrere seg om det som er positivt gitt, hvilket betyr fenomener og egenskaper som kan måles og registreres. Kritikerne av denne retningen har sin forankring i den hermeneutiske tradisjon, hvor man vektlegger en fortolkende tilnærming til menneske og samfunn. Det hermeneutiske ståsted søker etter en helhetlig forståelse av menneskenes livsverden. Meningsfulle fenomener er forståelig bare i den sammenheng de forekommer i (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Altså henger ontologi, epistemologi og metode tett sammen. Ontologien er vårt verdensbilde og menneskesyn, epistemologien sier hvilken kunnskap som er mulig og relevant, og metoden hvordan vi skal skaffe data. I oppgaven har jeg valgt en kvantitativ tilnærming gjennom bruk av semistrukturerte spørreskjema. Rent praktisk er dette gjennomført ved at det er sendt ut e-post med lenke til en Questback-undersøkelse til de 30 kommunene som har UNN som sitt sykehus². Mitt ontologiske ståsted er sånn sett positivistisk, samtidig som jeg bruker en hermeneutisk eller fortolkende tilnærming i oppgaven. Dette fordi oppgaven ikke er en ren kvantitativ studie, men suppleres med egne tolkninger både av innsamlede data og sekundærdata.

² UNN er sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik.

3.4 Valg av metode

Å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Metode må derfor sees på som et redskap for å skaffe seg innsikt, og man må velge den eller de metodene som er best egnet til å besvare problemstillingen. Samfunnsvitenskapelig metode har som mål å bidra med kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut. For å skaffe denne kunnskapen må en samle inn, analysere og tolke data. Da er systematikk, grundighet og åpenhet sentrale områder (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

I den samfunnsvitenskapelige metodelæren skiller man mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitativ metode assosieres vanligvis med nærhet til dem som undersøkes, mens med kvantitativ metode er det ofte distanse mellom forsker og forskningsfelt. Svært forenklet kan man si at kvalitative metoder samler inn og registrerer data i form av tekster, lyd og bilde. Intervjuer er den mest brukte måten å samle inn data på (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Kvantitative metoder samler inn og registrerer data i form av tall. Det finnes flere måter å samle inn kvantitative data på, den vanligste måten er spørreskjema. Som regel vil problemstillingen angi hvem forskeren ønsker å vite noe om, og disse betegnes som enhetene i undersøkelsen. Hvis enhetene er personer som har svart på spørreskjema kalles disse respondenter. Spørreskjema ansees å være en godt egnet og hensiktsmessig metode, men gir ikke nødvendigvis et mer riktig inntrykk av virkeligheten enn kvalitative data (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Et spørreskjema kan være strukturert ved at man har oppgitte svaralternativ på alle spørsmål, benevnt som et prekodet eller prestrukturert spørreskjema. Det er også mulig med åpne spørsmål der respondenten på egen hånd skriver ned svarene. Man kan også kombinere åpne og prekodete svar gjennom semistrukturerte spørreskjema, som var det jeg valgte (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Ofta deler man spørsmålene inn i tre kategorier; hva folk vet (kunnskaper), hva folk gjør (handlinger) og hva folk mener (holdninger) (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011). Det spørreskjema som ble brukt til denne masteroppgaven var inndelt i fire temaområder med følgende overskrifter; - kjennskap til intensjon og forankring, - om etablering og organisering, - om bruken og - om forbedringsforslag.

3.5 Studiens datagrunnlag

Vi skiller vanligvis mellom to typer data, primærdata og sekundærdata. Mine primærdata er spørreundersøkelsen samt innsamla tallmateriale. Sekundærdata er ulike rapporter og forskningsartikler knyttet til implementering av samhandlingsreformen.

3.5.1 Spørreundersøkelsen

Det ble sendt ut spørreskjema til fire funksjoner/roller i hver av de 30 kommunene som søker til UNN. Disse var ordfører, rådmann, kommuneoverlege samt enhetsleder³.

Ordfører og rådmann hadde noen færre spørsmål enn kommuneoverlege og enhetsleder.

Totalt ble det sendt e-post til 115 unike e-postadresser, med lenke til Questback-undersøkelsen. Kopi av e-posten finnes som vedlegg 1 til denne oppgaven.

Rollen som ordfører, rådmann og enhetsleder finnes i alle kommunene. Når det gjelder rollen som kommuneoverlege er det noen kommuner som samarbeider om denne funksjonen.

Samlet sett er det 25 kommuneoverleger som dekker de 30 kommunene i Troms og Ofoten.

Dette er hensyntatt når svarprosent refereres.

Av 115 utsende spørreskjema har jeg fått svar fra 62, noe som gir en svarprosent på 54 %.

Målet er selvsagt en så høy svarprosent som mulig. Spørreundersøkelser har vanligvis en svarprosent på mellom 30 – 40 %, og en svarprosent på mer enn 50 % beskrives gjerne som en god svarprosent (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011:263).

Av 30 kommuner er 27 av kommunene representert i besvarelsene. Felles for de tre kommunene som ikke har svart er at det er små kommuner, og ingen av disse kommunene har øhd-tiltaket i egen kommune. Alle tre kommunene har imidlertid gitt tilbakemelding pr. e-post hvor de opplyser at de kjenner for lite til øhd-tilbudet til å kunne svare på undersøkelsen.

Spørreskjema ble sendt til de fire nevnte funksjonene i kommunene for å undersøke om det var forskjell i hvor stor grad de ulike rollene hadde engasjert seg i øhd-tilbudet og om dette hadde noe å si for hvor aktivt tilbudet ble brukt. Det er derfor interessant å se på svarprosenten innenfor de fire ulike rollene.

³ Enhetsleder kan også være pleie- og omsorgssjef, helsesjef etc.

Det var desidert høyest svarrespons fra enhetsleder, med en svarprosent på hele 87 % (26 svar). Dårligst respons var det fra ordfører med en svarprosent på beskjedne 37 % (11 svar). Når det er sagt, var det flere ordførere som beklaget at de ikke hadde kjennskap nok om øhd-tilbudet å besvare undersøkelsen.

Når det gjelder kommuneoverlege var svarprosenten på 40 % (10 svar) mens rådmenn hadde en svarprosent på 50 % (15 svar).

3.5.2 Dokumentstudie

Sekundærdata som brukes i denne oppgaven er ulike rapporter og artikler knyttet til Samhandlingsreformen og oppfølging av denne. De mest sentrale er Riksrevisjonens rapport, senter for omsorgsforskning rapportserie samt Helsedirektoratets publikasjoner. En nærmere beskrivelse av sekundærdata finnes i litteraturlisten.

3.6 Metodekritikk

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er datas pålitelighet eller reliabilitet. Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides. Det finnes ulike måter å teste reliabiliteten på, for eksempel ved at andre gjentar undersøkelsen på samme gruppe (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011). I denne undersøkelsen er ulike teorier som er relevant for problemstillingen brukt for å forme innhold og strukturering av spørreskjema. Dette bidrar til å styrke reliabiliteten i undersøkelsen.

Validitet eller gyldighet handler om hvor godt eller relevant de innsamla data representerer fenomenet man undersøker (Johannessen, Christoffersen og Tufte. 2011).

Gjennom mitt daglige arbeid kjenner jeg godt til både forhistorien til etablering av øhd-sengene og status for bruken av disse. Det gjør at jeg bruker egne erfaringer og observasjoner når data analyseres. Validiteten kan derfor diskuteres fordi svarene er preget av min tolkning, men jeg velger å tro at kjennskapen til feltet snarere er en fordel.

4.0 Empiri

4.1 Innledning

I dette kapittelet presenteres først hovedessensen i en del nylig publiserte rapporter hvor bruk av øhd-tilbudet er omtalt. Disse rapportene har vært med på å danne grunnlaget for spørreundersøkelsen som er gjennomført. De har også vært med på å påvirke hvilke teorier som er benyttet som forklaringsmodeller i oppgaven.

I siste del av kapittelet presenteres svarene på spørreundersøkelsen som ble gjennomført. Avslutningsvis presenteres de viktigste funnene.

4.2 Ressursbruk og kvalitet – status i dag

4.2.1 Riksrevisjonens rapport

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen ble presentert vinteren 2016. Her konkluderer riksrevisjonen med følgende;

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. ØHD-tilbudet er et sentralt virkemiddel som skal bidra til bedre ressursutnyttelse ved at kommunene tilbyr et godt alternativ til sykehusinnleggelse. I mange kommuner erstatter under halvparten av innleggelsene i øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) innleggelse i sykehus. I tillegg er beleggsprosenten ved ØHD-tilbudene lav samlet sett, og helseforetakene mener at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn ved ØHD.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- *vurderer hvordan bruken kan bli mer i tråd med intensjonene, både med henblikk på belegg og målgruppe*
- *vurderer om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at ØHD-tilbudet benyttes i tråd med intensjonene*
- *undersøker kvaliteten på tilbudet nærmere (Riksrevisjonen. 2016:96).*

Rapporten presiserer at hvis øhd-tilbudet skal avlaste sykehusene må pasienter som legges inn ved tilbudet i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn for behandling på sykehus. Utfordringen for Helse- og omsorgsdepartementet er at de har informasjon om antall pasienter i øhd-tilbudet, men de har ikke informasjon om hvorvidt øhd-innleggelsene faktisk erstatter sykehusinnleggelse eller i hvilken grad tilbudet brukes som en del av kommunenes pleie- og omsorgstilbud. Undersøkelsen viser at i mange kommuner brukes ikke øhd-tilbudet på en måte som erstatter innleggelse i sykehus (Riksrevisjonen. 2016).

Riksrevisjonen viser også til at helseforetakene mener mange pasienter som legges inn på sykehus heller burde vært lagt inn på øhd-tilbud. I mange kommuner brukes øhd-tilbudet som en del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Det betyr at det er et stort potensial for å yte øyeblikkelig medisinsk hjelp til langt flere pasienter i nærheten av hjemmet (Riksrevisjonen. 2016).

Det er flere årsaker til at øhd-tilbudet i kommunene ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonene. Blant fastlegene er det en utbredt usikkerhet om kvaliteten i tilbudet er god nok. Fastlegene har også manglende kjennskap til hvilke behandlinger som blir utført ved øhd-tilbudet og det er mange fastleger som mener at tilbudet ikke er tilpasset innbyggernes behov. Tidkrevende innleggelsesprosedyrer er også nevnt som en viktig årsak til at ikke flere pasienter legges inn ved øhd-tilbudet. Selv om det ikke kan forventes at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp vil ha sterk påvirkning på omfanget av innleggelser i sykehus samlet sett, er det Riksrevisjonens vurdering at øhd-enhetene bør kunne avlaste sykehusene i større grad enn i dag (Riksrevisjonen. 2016).

Konklusjon i rapporten er at i nasjonal sammenheng er ikke bruken av øhd-tilbudene i samsvar med intensjonene. Det stilles også spørsmål om det mangler økonomiske insentiver som bygger opp om bruken og hvorvidt kvaliteten i tilbudet er god nok.

4.2.2 Andre aktuelle rapporter

I tillegg til Riksrevisjonens rapport har staten initiert flere tiltak som skal følge med på utviklingen av samhandlingsreformen, blant annet gjennom Forskningsrådets program «Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen». Nedenfor følger en kort presentasjon av de mest sentrale rapportene fra Forskningsrådets program hvor øhd-tilbudet er undersøkt.

I rapporten «*Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene*» (2015) undersøker forfatter Marianne S. Skinner årsaker til den lave beleggprosenten og den varierende bruken av øhd-tilbudene. Studien viser at legenes forhold og tillit til øhd-tilbudet har stor betydning for bruken, men at dette ikke alene kan forklare fenomenet. Hun viser derimot til at årsakene er svært komplekse og at også forhold som geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjon i

pasientgrunnlag og lengde på øhd-opphold er faktorer som bør utredes når man skal forklare lavt og varierende belegg i øhd-sengene (Skinner. 2015a).

I evalueringsprosjektet «*Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen*» (Forskningsrådet. 2016) undersøker man bl.a. resultatene etter etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Funnene tilsier at det må legges til rette for mer likeverdige forhold mellom kommuner og helseforetak i avtaleforhandlingene. Opplevd likeverd mellom representanter fra kommuner og helseforetak viste et sammensatt bilde med foretaket som den sterke part. Rapporten peker også på at de nye etableringene har ført til mer oppstykkede pasientforløp. Intensjonen i Samhandlingsreformen var sømløse pasientforløp, mens effekten altså virker å være motsatt. Det stilles spørsmål om dette kan medvirke til at bruken av øhd-sengene er begrenset (Forskningsrådet. 2016).

I en lederartikkel i Tidsskrift for den Norske legeforening tas det til orde for at alle kommuner bør ha et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til definerte pasientgrupper. Artikkelen konkluderer altså med at lokalisering og geografiske forhold er den viktigste faktoren for at samhandlingsreformen og øhd-tilbudet skal lykkes i tråd med intensjonene (Grimsmo. 2015).

I rapporten «*Øyeblikkelig hjelp døgnoophold – oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold*» (2015) bekreftes den lave beleggprosenten som også Riksrevisjonen m.fl peker på. På nasjonalt nivå viser rapporten at gjennomsnittlig beleggprosent er på 34% for årene 2013 og 2014. Rapporten viser imidlertid at målgruppen for de som faktisk bruker tilbudet er i tråd med intensjonen. Det er primært eldre pasienter som legges inn i det kommunale tilbudet, og de fleste av disse kommer fra hjemmet og skrives ut til hjemmet etter et ø-hjelp opphold på 1 – 3 døgn. Rapporten understreker at flere kommuner hevder at det skjer en gradvis økning av belegget etter hvert som tiltaket blir kjent og integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene (Skinner. 2015b).

Når det gjelder forklaringer på det lave belegget trekkes fastlegenes og legevaktlegenes manglede kjennskap til og kunnskap om tilbudet fram som den viktigste forklaringsfaktoren. I tillegg vektlegges tungvinte innleggelsesrutiner, at man allerede har tradisjon for å behandle målgruppen på sykehjem, lang geografisk avstand til tilbudet samt strenge og snevre inntakskriterier fram som andre forklaringer på det lave belegget. I rapporten pekes det også

på at det er lite dialog og samarbeid om bruk av øhd-tilbudet mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet (Skinner. 2015b).

Men ikke alle er like bekymret for at øhd-sengene har lavt belegg. I en artikkel i Dagens Medisin kan man lese at Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri, mener det er bra at kommunale akuttenheter brukes lite⁴. Han mener det er laget for mange slike enheter i forhold til behovet. Grunnen til det lave belegget, er ifølge Wyller så enkel som at det er for få pasienter som passer inn i dette tilbudet. Det lave belegget viser derfor at man har stått imot presset om å bruke dette tiltaket til pasienter det ikke passer til.

4.2.3 Oppsummering av de andre rapportene

Gjennomgangen av rapportene gir et godt bilde av status for bruk av øhd-sengene og samtidig et godt grunnlag for hvordan dette kan forstås. Kort oppsummert viser rapportene at reformen ikke er gjennomført som planlagt. Begrunnelsen for en slik påstand er at øhd-tilbudet ikke brukes i det omfang eller på den måten som var forutsatt. Belegget er lavt og det er for lite kunnskap om hvilke pasienter som faktisk benytter tilbudet. Det er usikkert om øhd-sengene bidrar til å redusere antall sykehusinnleggelse. Det stilles også spørsmål om hvorvidt de økonomiske virkemidlene bidrar til at øhd-tilbudet utnyttes slik som forutsatt, og det stilles spørsmål om den faglige kvaliteten på tilbudene holder mål.

Når det gjelder forklaringer på hvorfor tilbudet ikke brukes i tråd med intensjonene, trekkes fastlegene / legevakslegene fram som den viktigste faktoren. Det hevdes at legene kjenner tilbudet for dårlig og at mange er skeptisk til kvaliteten på tiltaket. Tungvinte og snevre inntakskriterier trekkes også fram som en viktig faktor når det lave belegget skal forklares. Kommunenes særtrekk, spesielt knyttet til avstand og tradisjon for å behandle pasienter i egen kommune, er andre sentrale faktorer.

På systemnivå nevnes at lite samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og øhd-tilbudet kan være med på å forklare manglende bruk. Det stilles også spørsmål om det stipulerte behovet er alt for høyt, at det i praksis viser seg at det ikke er mange nok pasienter som passer inn i tilbudet.

⁴ Dagens Medisin. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/15/-bra-at-kommunale-akuttenheter-br...>
Lastet ned 18.1.2016.

4.3 Organisering og ressursbruk i kommunene i Troms og Ofoten

I de 30 kommunene som ligger i Troms og Ofoten er det etablert 11 ulike øhd-tilbud. 5 kommuner driver dette på egenhånd⁵, mens de andre kommunene samarbeider om dette i ulikt omfang. Tabellen nedenfor viser hvordan øhd-tilbudet i Troms og Ofoten er organisert, finansiert og benyttet i 2015. Der flere kommuner samarbeider om tilbudet er vertskommunene markert med uthevet skrift. Tabellen viser også forventet antall liggedøgn samt kommunens innrapporterte antall liggedøgn.

Kommune(r)	Tilskuddsbeløp 2015 kroner	Antall senger	Stipulert antall liggedøgn	Rapporterte liggedøgn for 2015	Avvik antall liggedøgn
Bardu , Lavangen, Målselv, Salangen og Ibestad	3 903 402,-	2	819	81	- 738
Harstad , Kvæfjord, Lødingen, Skånland og Tjeldsund	8 421 800,-	5	1 768	634	- 1 134
Lenvik , Berg, Sørreisa, Dyrøy, Torsken og Tranøy	4 902 356,-	5	1 029	816	- 213
Narvik , Evenes, Gratangen, Tysfjord og Ballangen	6 737 442,-	3	1 415	143	- 1 272
Balsfjord og Storfjord	1 969 304,-	1	413	27	- 386
Tromsø og Karlsøy	14 546 444,-	4	3 054	0	- 3 054
Lyngen	843 830,-	1	177	0	- 177
Kåfjord	603 994,-	1	127	158	+ 31
Skjervøy	708 510,-	1	149	-	-
Nordreisa	1 206 886,-	1	253	253	0
Kvænangen	366 356,-	1	77	183	+ 106
Totalt	44 210 324,-	21	9 281	2 295	- 6 986

Tabell 1. Tabellen viser hvordan øhd-tilbudet i Troms/Ofoten er organisert, finansiert og benyttet. Tabellen er oppdatert pr 1. juni 2016 og basert på info fra H.dir og den enkelte kommune. Vertskommuner er markert med **uthevet skrift**. Ikke alle hadde kommet i gang med tilbudet i 2015.

Kommunene hadde som nevnt plikt til å etablere tilbud om øhd-senger innen 1.1.2016 og tabellen viser at samtlige kommuner hadde planer / vedtak om slikt innen fristen. Mange av kommunene kom imidlertid sent i gang med tilbudet, og enkelte startet ikke opp før i 2016. Antallet innrapporterte liggedøgn som presenteres i tabellen er derfor lavt eller 0 for disse. Tabellen viser likevel at det er et stort avvik mellom det antall liggedøgn som var stipulert fra HOD og den faktiske bruk. Dette gjelder også for de tilbudene som har vært i drift hele 2015. Holder man finansieringen av tilbudene til Tromsø, Karlsøy og Lyngen utenom (de kom ikke i gang før i 2016) er samlet tilskuddsbeløp for 2015 på kr 28 820 050,-. Dette gir en døgnpris på 12 558,-. Dette gir grunn til å stille spørsmål om tiltaket er samfunnsøkonomisk forsvarlig.

⁵ 4 av disse er kommuner i Nord-Troms som har «sykestuer» med egen finansiering. Det er ikke politisk avklart hvorvidt denne ordningen blir videreført. Deler av «sykestuesengene» er nå finansiert gjennom øhd-tilskudd.

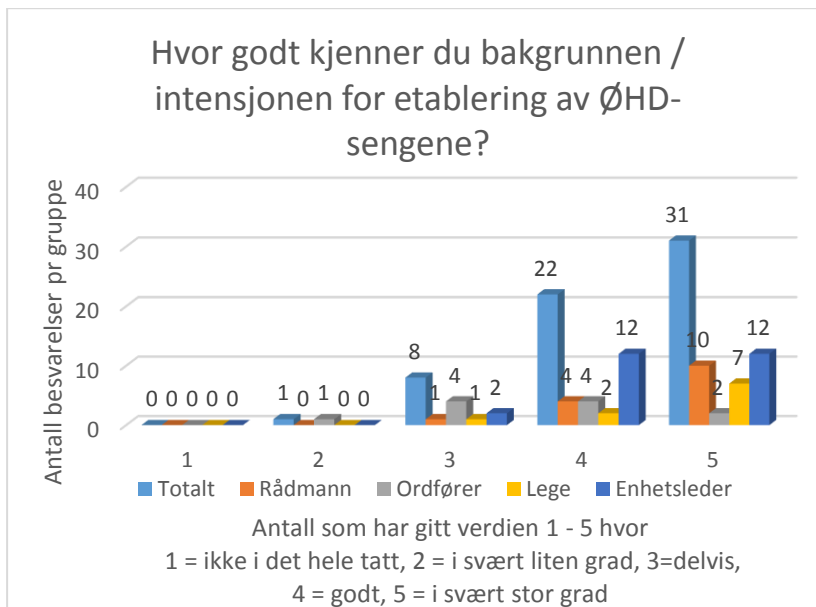
4.4 Reformens vei fra vedtak til gjennomføring

Spørreundersøkelsen var delt inn i fire temaområder som skulle beskrive reformens vei fra vedtak til gjennomføring. Disse hadde følgende overskrifter; - kjennskap til intensjon og forankring, - om etablering og organisering, - om bruken og - forslag på tiltak for å øke bruken. Nedenfor følger oppsummering av svar på spørsmålene innenfor hvert av disse tema.

4.4.1 Kjennskap til intensjonen og forankring

Første del av spørreskjema dreide seg om kjennskap til etableringen av øhd-tilbudet og i hvor stor grad tilbudet er forankret i kommunens strategiske og faglige planer. Spørsmålene var formulert slik at respondenten skulle besvare spørsmålene på en skala fra 1 til 5, hvor 1 var «ikke i det hele tatt», 2 «i svært liten grad», 3 «i noen grad», 4 «i stor grad» og 5 «i svært stor grad».

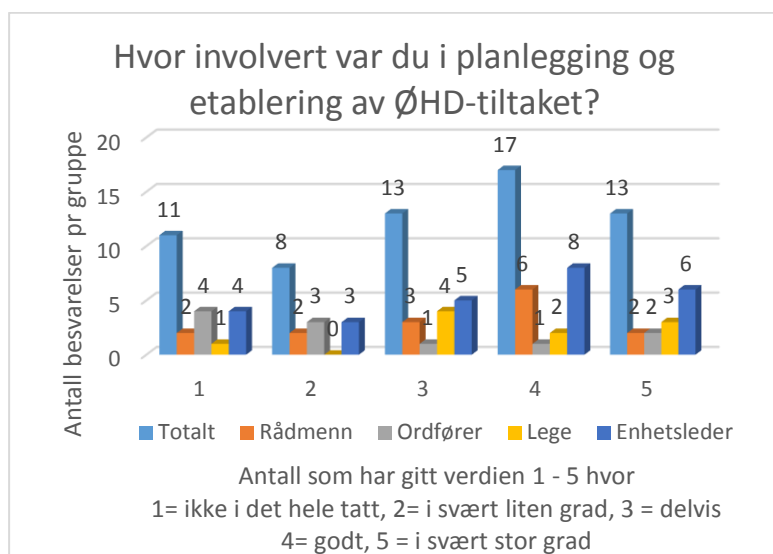
Figuren nedenfor viser hvordan svarene på spørsmålet «Hvor godt kjenner du bakgrunnen / intensjonen for etablering av øhd-sengene?» fordelte seg.



Figur 3. Hvor godt kjenner du bakgrunnen / intensjonen for etablering av øhd-sengene?

Figuren viser at kunnskap om intensjonen med øhd-tiltaket er høy, med et snitt på 4,3. Samtidig ser vi at det er store forskjeller mellom de ulike rollene. Rådmenn og kommuneoverleger kjenner intensjonene meget godt med et snitt på 4,6, mens ordførerne kjenner intensjonene dårligere med snitt på 3,6. Hvorvidt det betyr noe at politisk leder er den som kjenner intensjonene dårligst mens administrativ ledelse kjenner intensjonene best vil drøftes senere.

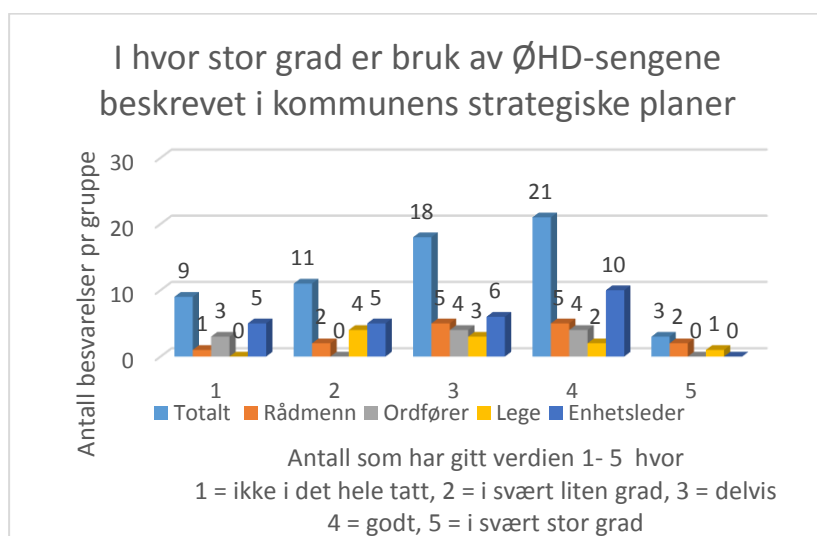
På spørsmålet «Hvor involvert var du i planlegging og etablering av øhd-tiltaket?» varierer svarene mer og variasjonen er stor innenfor alle grupper respondenter. Figuren nedenfor viser denne variasjonen.



Figur 4. Hvor involvert var du i planlegging og etablering av øhd-tiltaket?

Gjennomsnittet er 3,2, hvor ordførere har det laveste snittet med 2,5. Rådmenn og enhetsledere har begge et snitt på 3,3 mens kommuneoverlegene skårer høyst med et snitt på 3,6. Når det gjelder det lave snittet for ordførerne, kan noe av forklaringen være at de fleste ordførerne i Troms og Ofoten kom inn som nye etter kommunevalget i 2015 og at de derfor ikke var involvert i planleggingen av tiltaket. Det samme kan ikke sies å være forklaringen på at de andre gruppene også skårer relativt lavt på involvering.

Det ble deretter spurt om «I hvor stor grad er bruk av øhd-sengene beskrevet i kommunens strategiske planer?»



Figur 5. I hvor stor grad er bruk av øhd-sengene beskrevet i kommunens strategiske planer?

Figur 5 viser at det er stor spredning i svarene, men med relativt lavt snitt på 2,9. Lavest skårer ordfører og enhetsleder, begge med 2,8 i snitt. Kommuneoverlegene skårer 3 mens rådmenn er de som skårer høyest på dette spørsmålet med et snitt på 3,3.

De fire respondentgruppene representerer de viktigste funksjonene i kommunen når det gjelder å utforme strategiske planer for helse- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. I snitt svarer disse at øhd-tilbudet bare delvis blir beskrevet i strategiske dokumenter. Betyr det noe for bruken av øhd-tilbudet?

På spørsmål om «*Hvor aktivt har du bidratt til bekjentgjøring / markedsføring av øhd-tiltaket etter at det ble vedtatt etablert?*» var snitt for dette spørsmålet 3,2. Kommuneoverlegene skårer desidert høyest med snitt 4,1, enhetsleder 3,6. Lavest skårer ordførerne med 2,2 i snitt og rådmenn med 2,5. Her er det interessant å merke seg den relativt store forskjellen det er mellom fag og politikk/administrasjon. Svarene viser at bekjentgjøring og markedsføring av tilbudet ikke er prioritert blant ordførere og rådmenn.

Dette tema ble avsluttet med spørsmålet «*I hvor stor grad mener du øhd-sengene er implementert i organisasjonskulturen i helse- og omsorgstjenestene (omsorgstrappen)?*» Snittsvaret på dette spørsmålet er 3,6. Også her skårer kommuneoverlegene høyt med et snitt på 4, men blir her forbigått av ordførerne som skårer dette til 4,1. Lavest skårer enhetslederne med snitt på 3,3 og rådmenn gir 3,5 i snitt. Det er interessant å merke seg at både enhetsleder og rådmann skårer dette lavere enn kommuneoverlege, og langt lavere enn ordfører.

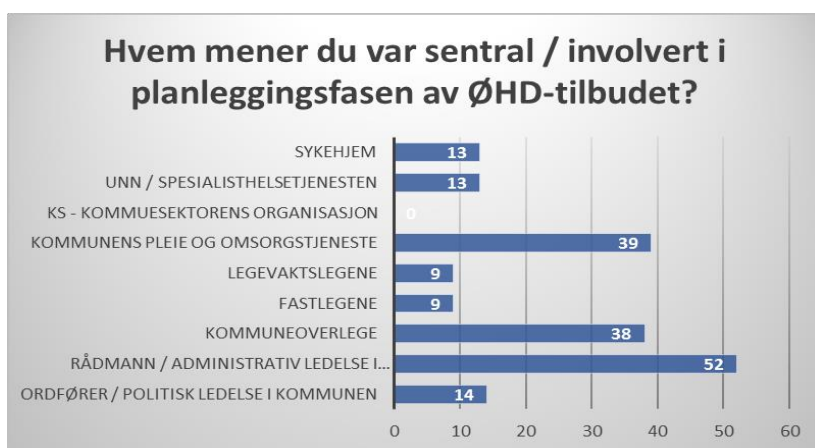
De empiriske data i dette kapittelet viser at respondentene kjente intensjonene med øhd-sengene relativt godt. De har vært mindre involvert i den faktiske planlegging og implementering av tiltaket, og øhd-sengene er bare delvis beskrevet i kommunenes strategiske planer. Respondentene har bare delvis bidratt til bekjentgjøring og implementering av tiltaket. Det betyr at tiltaket ikke er godt implementert og at de mest sentrale aktørene i kommunen ikke har fulgt opp tiltaket i tråd med hva teorien sier skal til for at endring skal lykkes.

4.4.2 Om etablering og organisering

Det neste tema i spørreundersøkelsen var for å undersøke hvordan tilbudet ble til, hvordan det er organisert og hvem respondentene mente var mest involvert i selve etableringsprosessen. Det er viktig å merke seg at fire kommuner i Nord-Troms har hatt sykestuesenger i en årrekke. Disse sengene har hatt en finansiering og bemanning som på mange måter har vært

identisk med det nye kravet om øhd-senger. Disse kommunene mener derfor at de har hatt øhd-senger i en årrekke. For å fange opp dette forholdet var det derfor mulig å krysse for «har hatt tilbudet fra før» på spørsmål om tidspunkt for etablering. Holder vi disse fire kommunene utenfor finner vi at det er en viss spredning i når tilbudene ble etablert. Det er likevel viktig å merke seg at de fleste tilbudene kom i gang sent i etableringsperioden. Mange var knapt nok i gang da spørreundersøkelsen ble gjort. Er det faktum at mange kommuner ventet så lenge som mulig med etableringen et tegn på motstand eller motvilje?

På spørsmål om hvem respondenten mente var sentral i planleggingen av tilbudet var det mulig å krysse av for flere alternativer. Som figuren nedenfor viser var rådmann / administrativ ledelse, kommunens pleie- og omsorgstjeneste og kommuneoverlege de gruppene som i størst grad deltok. Fastleger/legevaksleger, ordfører og andre deltok i mindre grad. Ingen oppgir at KS (Kommunesektorens organisasjon) hadde noen funksjon her.



Figur 6. Hvem mener du var sentral / involvert i planleggingsfasen av øhd-tilbudet?

På dette spørsmålet kunne respondentene i fritekst nevne andre grupper de mente var sentral. 11 av respondentene benyttet seg av dette og det som gikk igjen var interkommunal legevakt, interkommunalt samarbeid, brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og verneombud.

På spørsmålet «Er det noen av forholdene nedenfor som har forsinket etableringsfasen?» opplyste et stort flertall av respondentene at det ikke hadde vært forsinkelser. Der det hadde vært forsinkelser ble rekrutteringsproblemer, samarbeidsproblemer og uklare styringssignaler fra statlige myndigheter oppgitt å være de vanligste årsakene. Også her var det mulig å skrive andre kommentarer i fritekst. Syv av respondentene benyttet denne muligheten, og det som

gikk igjen i kommentarene var mangel på lokaliteter / bygningsmessige forhold, avstand til øhd-sengene samt motstand mot å kjøpe tilbudet i annen kommune.

På spørsmål om hvor mange kommuner som samarbeider om øhd-tilbudet, viser svarene at det er stor spredning i UNN området. Totalt er det 11 tilbud, 5 kommuner driver dette i egen regi, de resterende samarbeider om dette (se tabell side 21). Holder vi de som driver tilbudet i egen regi utenfor er det 6 kommuner som er definert som vertskommuner. Tilbudene er ulike i størrelse og varierer fra 1 til 5 senger.

Det er ulikt hvor øhd-sengene er lokalisert, men de fleste oppgis å være i tilknytning til legevakt eller sykehjem/lokalmedisinsk senter. Når det gjelder spørsmål om hvordan legetjenesten er organisert viser svarene at de fleste har egne leger som ivaretar legedekningen på dagtid, mens det er legevaktslegene som ivaretar beredskapen på kveld, natt og helg. Varianten hvor fastlegen har ansvar på dagtid mens legevakt har ansvaret på kveld, natt og helg er også vanlig.

Studien viser at kommunene har oppfylt plikten til å etablere øhd-sengene svært ulikt, både organisatorisk og med tanke på hvor tilbudet er lokalisert. Etableringen er stort sett gjennomført uten forsinkelser. De fleste kommunene har valgt en modell hvor man samarbeider med andre kommuner. Det betyr at styringsutfordringer knyttet til interkommunalt samarbeid og horisontal tjenesteproduksjon også er faktorer som påvirker bruken og oppslutningen rundt tilbudet.

4.4.3 Om bruken av øhd-tilbudet

Denne delen av spørreundersøkelsen var det kun kommuneoverlege og enhetsleder som skulle besvare, til sammen 36 respondenter. Ordfører og rådmann ble automatisk utelatt.

På spørsmålet «*Er dette nye senger, eller en omdefinering av senger som allerede eksisterte*» svarer 53 % at dette er nye senger, 34 % svarer at dette er omdefinering av eksisterende senger og 13 % svarer «vet ikke».

Når det gjelder beleggprosenten i øhd-tilbudet varierer svarene fra 0 til over 100 %. Noe av forklaringen på den store variasjonen er at flere av tiltakene var helt nyoppstartet og derfor ikke hatt sine første pasienter. Viktig å merke seg er at mange av de kommunene som

samarbeider med andre kommuner svarte at det kun er vertskommunen som har oversikt over bruk og beleggsprosent. En kommune rapporterte at de ikke benyttet tilbudet i det hele tatt, og hele 14 (av 36) respondenter svarte «vet ikke». Av de som hadde oppdaterte tall var gjennomsnittlig beleggsprosent på 48 %.

På spørsmål om gjennomsnittlig liggetid rapporteres den til å være 2-3 døgn. Verd å merke seg er at 17 av 36 svarer «vet ikke» på spørsmål om liggetid.

Når det gjelder hvem som legger inn pasientene i øhd-sengene sier respondentene at pasientene i all hovedsak legges inn av fastleger og legevaktsleger, i forholdet 60/40. Fire respondenter opplyser at pasienter av og til legges inn av sykehjem eller omsorgssenter. To respondenter opplyser at sykehus står for noen av innleggelsene knyttet til utskrivningsklare pasienter, angitt til ca. 20 % av belegget.

Både tallene knyttet til beleggsprosent, gjennomsnittlig liggetid og hvem som legger inn pasientene ser ut til å samsvare med funn i nasjonale rapporter.

På spørsmålet «*Har sengene bidratt til å redusere forbruk av sykehussenger?*» svarer 65 % ja, 11 % nei og 24 % «vet ikke». De aller fleste (73 %) mener at øhd-tilbudet har de pasientkategoriene som tilbudet var planlagt for, kun 5 % svarer «nei» på dette spørsmålet mens 22 % sier «vet ikke».

En interessant problemstilling har vært hvorvidt tilbudet brukes likt av vertskommune og omkringliggende kommuner. Av 36 respondenter svarer 15 «vet ikke». Av de resterende svarer 12 at det er en overrepresentasjon fra vertskommunen, 4 at tiltaket brukes likt og 5 mener det er en overrepresentasjon fra omkringliggende kommuner.

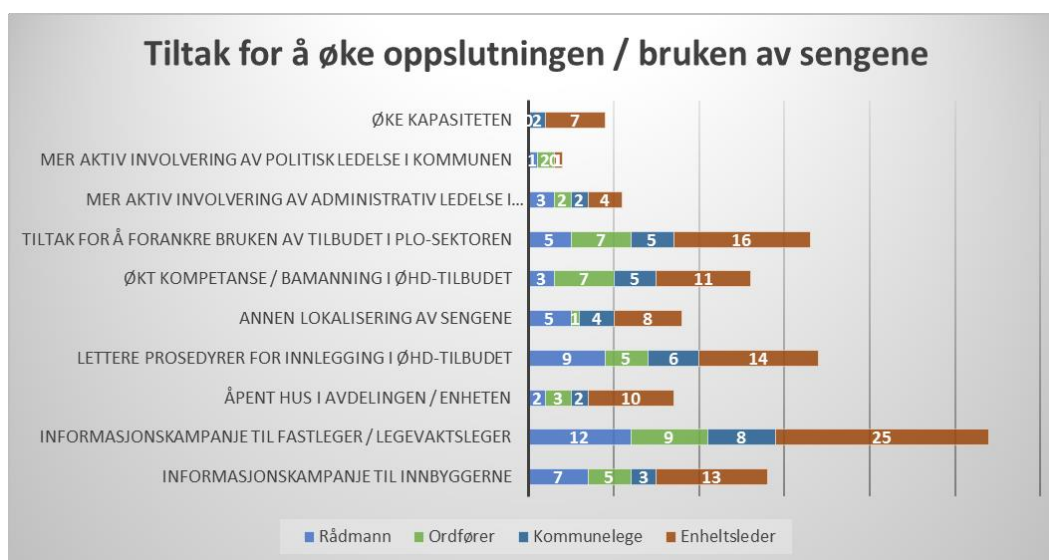
De respondentene som mente at tilbudet ble ulikt benyttet kunne i fritekst si hva de trodde årsaken til dette var. 27 respondenter svarte og følgende utsagn gikk igjen.

- ulike vurderinger blant innleggende leger
- at det er god kapasitet og kompetanse i eget sykehjem
- velger å behandle pasientene selv
- at inntakskriterier og inklusjonskriterier er for snevre og tungvinte
- mangel på retningslinjer for hvordan plassene skal brukes
- at tilbudet er lite kjent blant fastleger / legevaktsleger

Oppsummert finner vi at det er lite kunnskap om den faktiske bruken av sengene både knyttet til liggedøgn, pasientkategori og hvorvidt innleggelsen erstatter en sykehusinnleggelse eller ei. Dataene indikerer også at det er forskjell på bruken av øhd-sengene mellom vertskommuner og omkringliggende kommuner.

4.4.4 Tiltak for å øke oppslutningen

Undersøkelsen ble avsluttet med spørsmål knyttet til respondentens egne vurderinger av tilbudet og forslag på tiltak for å øke bruken av det. Denne bolken svarte samtlige på. I første spørsmål ble respondentene bedt om å prioritere hvilke fem av 10 foreslåtte tiltak de hadde mest tro på. Som figuren nedenfor viser, var det relativt stor spredning mellom de 10 foreslåtte tiltakene.



Figur 7. Tiltak for å øke oppslutningen / bruken av sengene, prioriter de 5 viktigste. Tabellen viser antall svar.

Figuren viser at informasjonskampanje til leger topper listen. Forankring i pleie- og omsorgssektoren, lettere innleggelsesprosedyrer, økt kompetanse samt informasjon til innbyggerne følger deretter. Figuren viser også at det er relativt stort samsvar mellom svarene fra de ulike grupper av respondenter.

Avslutningsvis ble respondentene bedt om å ta stilling til 6 ulike påstander knyttet til øhd-tilbudets lokalisering og framtidige utvikling. Påstandene skulle vurderes på en skala fra 1 – 10, hvor 1 er «fullstendig uenig», 5 er «delvis enig» og 10 er «helt enig».

Innledningsvis ble det presentert to påstander; «Øhd-tilbudet vil i årene framover styrkes og videreutvikles» og «øhd-tilbudet vil i årene framover reduseres». Svarene viser at de fleste

tror at øhd-tilbudet vil styrkes og videreutvikles. Snitt for de som mener dette er 7,1 mens snitt for de som tror tilbudet vil reduseres er 3. Det er legene som har mest tro på at tilbudet vil styrkes og videreutvikles, med et snitt på 7,6, mens enhetslederne har noe mindre tro på det med 6,9 i snitt.

Den neste påstanden var «*Øhd-tilbudet vil i løpet av de nærmeste årene få nye, egne lokaler*». Et snitt på 4,6 viser at omtrent halvparten av respondentene tror på dette. Svarene på denne påstanden skiller seg imidlertid ut fra de andre svarene da det er langt større variasjon her enn for de øvrige påstandene. Mange rådmenn har svart positivt med et snitt på 6,4, mens det er ordførerne som har svart lavest med et snitt på kun 2,3.

Hva betyr det at det er så vidt stor forskjell på administrativ og politisk ledelse?

Når det gjelder årsak til at øhd-tilbudet brukes mindre enn forutsatt er utsagnet «*årsaken er at tilbudet ligger i en annen kommune*» det som skårer høyst. Deretter følger «*årsaken er at tilbudet ligger i motsatt reisevei av sykehus*» og «*årsaken er at tilbudet er samlokalisert med sykehjemmet*» som de neste.

Respondentene ble til slutt gitt muligheten til å kommentere andre forhold knyttet til etablering og bruk av øhd-sengene. 19 av respondentene benyttet denne muligheten, og nedenfor er opplistet noen av de utsagn som gikk igjen;

- omfang av unødvendige sykehusinnleggelse er dårlig dokumentert
- skepsis og utrygghet hos pasientene til å skulle bli lagt inn i et slikt tilbud
- har hatt tilsvarende tilbud lenge uten at det da het øhd-tilbud
- nytt tilbud tar tid å innarbeide
- vedtak om maksimal liggetid på 72 timer er en hindring

Spørreskjema med svaralternativer følger som vedlegg 2 og en opplisting av respondentenes fritekstkommentarer følger som vedlegg 3.

Denne delen av undersøkelsen viser at respondentene har klare ideer og formeninger om hvilke tiltak som kan øke bruken av tilbudet. Respondentene har tro på at tilbudet vil videreutvikles og styrkes framover. Men også her vises geografiske ulikheter, spesielt knyttet til avstand. Svarene viser også at forslagene er svært tiltaksrettet og at det er lite fokus på hvorvidt implementering, strategi og forankring kan være med å forklare det lave belegget.

4.5 Sammenfatning av studiens resultat

Sekundærdata viser at øhd-sengene som reform ikke kan sies å være implementert som planlagt. Dette fordi funn i studien viser at øhd-tilbudet på nasjonalt nivå ikke brukes i det omfang eller på den måten som var forutsatt. Belegget er lavt og det er lite kunnskap om hvilke pasienter som benytter tilbudet. Det er også usikkert om øhd-sengene bidrar til å redusere antall sykehusinnleggelser.

Spørreundersøkelsen viser at forholdene i Troms og Ofoten på de fleste områder samsvarer med nasjonale funn. Spørreundersøkelsen dokumenterer lavt belegg, manglende kunnskap om innhold og bruk samt usikkerhet om tilbudet har effekt, spesielt knyttet til antall sykehusinnleggelser.

Gjennom spørreundersøkelsen har vi fått mer kunnskap om etablering og forankring av øhd-tilbudet i Troms/Ofoten kommunene. Undersøkelsen viser at mange av kommunene utsatte etableringen i det lengste, noen hadde kun gjort vedtak om etablering men ikke startet opp innen fristen 1.1.2016. Respondentene kjenner intensjonen med øhd-sengene relativt godt, men var bare delvis med i planleggingen. Tiltaket er ikke godt beskrevet i kommunens strategiske planer eller i særlig grad innarbeidet i helse- og omsorgstjenestene.

Undersøkelsen viser også at vertskommune og omkringliggende kommuner bruker tilbudet ulikt. Respondentene mener vertskommunene bruker tilbudet i større grad enn omkringliggende kommuner. Mange opplyser at de ikke får data om bruken av øhd-sengene fra vertskommuner.

Når det gjelder forslag på tiltak for å øke bruken av øhd-sengene er svarene i samsvar med det en finner i nasjonale rapporter. Også respondentene i Troms og Ofoten påpekte at det var lite samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene knyttet til bruk av øhd-sengene.

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling samt funn fra sekundærdata og spørreundersøkelse tas følgende hovedfunn med til diskusjonskapitlet.

- Øhd-sengene brukes ikke i et omfang og på en måte som samsvarer med intensjonene.
- Det er lite kunnskap om faktisk bruk av øhd-sengene.
- Øhd-tilbudet er ikke godt forankret i kommunenes strategisk planer.
- Øhd-tilbudet utnyttes ikke effektivt og bidrar ikke til reduksjon i antall sykehusinnleggelser, det er ikke samsvar mellom produktivitet og ressursbruk.
- Det må iverksettes målretta tiltak for å øke bruken.

5.0 Drøfting

Oppgavens forskningsspørsmål er todelt; for det første hvorvidt øhd-sengene i Troms og Ofoten brukes i tråd med intensjonene. Hvis svaret på dette er nei, blir neste spørsmål også todelt; hva er årsaken til at så er tilfelle og hvilke tiltak bør prioriteres for å øke bruken av øhd-sengene. I dette drøftingskapitlet velger jeg å følge denne inndelingen med fokus på hovedfunnene beskrevet i forrige kapittel og teorier presentert i kapittel 2.

5.1 Ulike interesser og informasjonsasymmetri

Første del av forskningsspørsmålet var om øhd-sengene i Troms og Ofoten brukes i tråd med intensjonene? For å svare på dette spørsmålet må man først definere hva som er intensjonen med tiltaket. Intensjonen er at øhd-tilbudet skal være like godt eller bedre for pasientene enn et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten ville vært. Øhd-tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehusene. Dette betyr at oppgaver og ansvar skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som nå skal ivareta pasienter som tidligere ville blitt lagt inn akutt i sykehus (Helsedirektoratet. 2014).

Finansieringsmodellen gav føringer for omfanget av ordningen, blant annet ved at HOD definerte forventet antall liggedøgn fra hver kommune. Undersøkelsen viser at beleggsprosenten er langt lavere enn stipulert. I tillegg viser undersøkelsen at ikke alle pasientene som legges inn i øhd-seng ville blitt innlagt på sykehus hvis øhd-tilbudet ikke fantes. Samlet sett betyr det at øhd-sengene bare i begrenset omfang reduserer antall sykehusinnleggelser. I tillegg bekrefter undersøkelsen at øhd-plassene også brukes til andre pasientgrupper enn det som var intensjonen med tilbudet. Spesielt gjelder dette utskrivningsklare pasienter.

Funnene fra spørreundersøkelsen samsvarer godt med funn i andre rapporter / evalueringer omtalt i forrige kapittel. Det gir grunnlag for å si at svaret på første del av problemstillingen er «nei». Bruken av øhd-sengene i Troms og Ofoten skiller seg ikke fra hva som er tilfellet i resten av landet, hvilket betyr at tiltaket ikke brukes i tråd med intensjonene. Sagt på en annen måte; reformen er ikke gjennomført som planlagt.

5.1.1 Motstand og motvilje fra agent?

Hvis vi ser på svarene fra spørreundersøkelsen i lys av prinsippal-agentteori, ser vi en situasjon hvor prinsippalen (staten) pålegger agenten (kommunen) å etablere et øhd-tilbud. Prinsippalen definerer også hva tilbudet skal inneholde (antall og type pasienter) og hva de er villig til å

betale for å få dette i drift. Agenten er pålagt å etablere øhd-sengen innen en gitt frist, men har en viss grad av frihet knyttet til hvordan tiltaket skal organiseres. I vårt tilfelle er det én prinsipal, men 30 ulike og selvstendige agenter som alle får samme pålegg.

Spørreundersøkelsen viste at en stor del av kommunene ventet svært lenge med å etablere tiltaket. Noen så lenge at de faktiske ikke fikk startet opp før etter fristen som prinsipalen hadde satt var overskredet. Allerede knyttet til etableringen kan man derfor ane en viss motstand og motvilje fra agent. Agentene har løst oppgaven forskjellig og de fleste øhd-tilbudene drives ikke i tråd med prinsipalens intensjoner. I teorikapitlet pekte jeg særlig på to forhold som kan gjøre et prinsipal-agentforhold problematisk.

5.1.2 Ulike interesser mellom prinsipal og agent

For det første er det ikke sikkert prinsipalen kan observere agentens handlinger i tilstrekkelig grad (Hagen. 1990). I arbeidet med denne masteroppgaven har det slått meg hvor lite kunnskap det er knyttet til bruken av øhd-sengene. Dette mener jeg er godt dokumentert både gjennom de rapporter som er omtalt i oppgaven og de svar som er framkommet i spørreundersøkelsen. Riksrevisjonens rapport slår tydelig fast at prinsipal (staten) har lite kunnskap om hvordan øhd-sengene faktisk brukes. Det foreligger ingen nasjonal, systematisk innhenting av data og indikatorer som dokumenterer utvikling og bruk av øhd-sengene. I min spørreundersøkelse ser vi det samme, blant annet gjennom at svært mange svarer «vet ikke» på spørsmålene som er knyttet til faktisk bruk av øhd-sengene.

En konsekvens av manglende informasjon kan være skjulte handlinger og moralsk hasard / moralsk risiko. Et slikt problem kan oppstå når to eller flere parter inngår en avtale. Dette kan vise seg i form av opportuniste etter avtaleinngåelse og kan oppstå fordi en av avtalepartene i egen vinnings hensikt og for å imøtekomme egne mål kan opptre i strid med den inngåtte avtalen, mot den andres interesse og til den andres kostnad (Pedersen. 3.9.2014). Når det gjelder øhd-sengene var det en forutsetning at det skulle foreligge en signert avtale mellom prinsipal og agent før tilskuddsbeløp ble overført. Dette ble gjort ved at kommunen og det sykehuset kommunen soknet til måte inngå egne lovpålagte samarbeidsavtaler. Disse avtalene skulle signeres av begge parter, men var ikke gyldig før de var godkjent av HOD.

Hovedproblemet knyttet til moralsk risiko er at prinsipalen ikke kan observere agentens innsats. Jeg mener derfor at noe av forklaringen på hvorfor øhd-sengene ikke utnyttet i tråd

med intensjonene kan skyldes at styrende myndigheter (prinsipalen) har mangelfull informasjon om innsats, kostnads- og produktivitetsforhold knytte til øhd-tilbudene. Dette kan illustreres ved at bare en del av pasientene som tilfredsstillter kriteriene for innleggelse i øhd henvises til tilbudet, resten henvises til sykehusene som før. I tillegg brukes en del av øhd-plassene som en del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Flere kommuner opplyser at det legges inn pasienter i øhd som ellers ikke ville blitt lagt inn i sykehus. Flere kommuner tar med andre ord øhd-sengene i bruk til andre pasienter enn hva prinsipal har lagt til grunn for finansieringen av tilbudet. Dette mener jeg er et bilde på det som i teorien benevnes opportunistisk adferd, og som i hovedsak forklares med at prinsipal ikke vet hva agent gjør.

5.1.3 Asymmetrisk informasjon

Den andre hovedproblemstillingen innenfor prinsipal-agentteori, er påstanden om at resultatet av agentens innsats skyldes tilfeldige faktorer som er utenfor agentens kontroll. Disse faktorer skyldes ofte tvetydig eller asymmetrisk informasjon mellom partene. Prinsipalen desentraliserer beslutningsproblemet til agenten. Det gjelder da for prinsipalen å finne et incitamentssystem for agenten som er slik at agenten treffer de beslutninger som på optimalt vis fremmer prinsipalens interesser. Prinsipal-agentteorien peker på at det i forholdet mellom stat og kommune også eksisterer et incitaments- og risikodelingsproblem. Staten kan for eksempel dekke tap som er selvforskyldte, og kommunene kan utnytte dette dersom det er påregnelig at staten dekker underskuddet (Hagen. 1990).

Mange kommuner ventet i det lengste med å etablere tilbudet de var pålagt å ha på plass innen 1.1.16. Samtlige kommuner fikk likevel pengene til dette i rammeoverføringen fra staten. Tilskuddet skulle dekke kostnadene med tiltaket uavhengig av om tilbudet var på plass eller hvordan det ble benyttet. Prinsipal (staten) betaler for ordningen, men det har ingen konsekvenser for agent (kommunene) hvordan de løser oppgaven.

I forholdet mellom vertskommuner og omkringliggende kommuner ser vi de samme konsekvenser av tvetydig eller asymmetrisk informasjon. I dette forholdet er de omkringliggende kommunene prinsipaler, som gjennom avtale med en vertskommune kjøper øhd-tjenesten til en avtalt pris. Vertskommunen blir da agent for de andre kommunene. I spørreundersøkelsen framkommer det at vertskommunene i større grad benytter seg tilbudet enn hva de omkringliggende kommunene gjør. Enkelte kommuner oppgir at de ikke benytter

seg av vertskommunenes tilbud i det hele tatt, selv om de betaler vertskommunen for oppgaven.

Årsaken til dette er sammensatt og handler også om avstander, geografiske forhold etc.

I et prinsipal-agentforhold er det imidlertid nærliggende å forklare forholdet som en konsekvens av mangelfull eller asymmetrisk informasjon. Prinsipal (omkringliggende kommune) dekker tap og agent (vertskommune) kan utnytte dette dersom det er påregnelig at prinsipal dekker underskuddet. Prinsipal betaler for ordningen, men det har ingen konsekvens for agent hvordan oppgaven løses.

5.2 Dekobling i styringssirkelen

For å vite om organisering og utforming av helsepolitikken faktisk har den effekten som er forutsatt, må effektiviteten av tiltakene måles. Studien viser at det pr. i dag er svært lite kunnskap om hvilken effekt øhd-sengene faktisk har og at det sannsynligvis er for lite kjennskap om bruken til at slik måling kan foregå. Vi vet altså ikke om reformens intensjon er begrunnet i tro og ideologi eller faktisk kunnskap. Det foregår også en diskusjon i fagmiljøene hvorvidt tilbudet er overvurdert eller ei.

I en ideell styringsprosess er visjon og mål (strategi), plan/budsjett, handling og evaluering koblet tett sammen i en styringssirkel (se figur side 9). Hvis det er ulike interesser og mål i beslutningsprosessene kan det oppstå styringsproblemer som skyldes brudd i koblingene mellom de ulike fasene. Et slikt brudd eller dekobling gir oftest et styringsproblem og oppstår gjerne når det ikke er samsvar mellom det organisasjonen sier den gjør og det den faktisk gjør (Nyland og Pettersen. 2010).

Spørresundesøkelsen gir grunnlag for å drøfte om det er samsvar mellom det kommunene sier de gjør og det de faktisk gjør. I avtalene som ligger til grunn for øhd-tiltakene er intensjonen med tiltaket relativt detaljert beskrevet, inkludert antall liggedøgn. Spørreundersøkelsen viser imidlertid at sengene ikke brukes i det omfang som var forutsatt og at de brukes på en annen måte enn hva som ligger i avtalen. Dette kan sees på som en dekobling, man sier at man gjør en ting mens man i praksis gjør noe annet.

Mange av respondentene mener øhd-sengene i stor grad lever sitt eget liv, spesielt omtales dette fra kommuner som kjøper tilbudet hos vertskommuner. Disse kommunene bruker tilbudet i mindre grad enn vertskommunen, samtidig vet de lite om hvordan øhd-sengene

faktisk brukes. Men de har likevel oppfylt «sin plikt» gjennom å ha avtale med en vertskommune som har et godkjent tilbud.

Svarene fra spørreundersøkelsen viser at tiltaket mangler forankring i kommunene samtidig som det beskriver et brudd i styringssirkelen. Studien viser at øhd-tilbudet er ikke godt nok integrert hverken i strategi, handling eller planprosesser i kommunene.

5.3 Endringene mangler forankring

Studien har vist at øhd-tilbudet ikke blir brukt i tråd med intensjonene og også pekt på at øhd-tilbudet er dårlig forankret i kommunene. Neste del av problemstillingen var å finne ut hva årsaken til dette kunne være. Spørreundersøkelsen var derfor utformet slik at flere av spørsmålene var viet tema som kunne belyse dette. Disse spørsmålene var konsentrert rundt to tema, det ene tema handlet om kjennskap til tilbudet og hvordan det var forankret, det andre var knyttet til etablering og driften av tilbudet.

I kapittel 4 er sentrale evalueringsrapporter knyttet til øhd-tilbudet oppsummert. I disse vises det til ulike forklaringer på hvorfor tiltaket ikke brukes i tråd med intensjonene. Disse forklaringene er svært tiltaksorientert og fokuserer ikke på om selve prosessen knyttet til etableringen kan være med på å forklare lav bruk av øhd-sengene. Gjennom spørreundersøkelsen var målet å undersøke om det var samsvar mellom forklaringsfaktorer som er oppsummert i kapittel 4 og det som er de faktiske forhold i kommunene rundt UNN. Spørsmålene skulle også kartlegge om måten endringsprosessen var gjennomført på kunne være med på å forklare den dårlige utnyttelsen av øhd-sengene.

Kotter sier at de tre første trinnene i endringsprosesser som lykkes har som mål å skape forståelse av krise og behov for endring. Man må sørge for å etablere aksept for at endringen er nødvendig. Hvis man er tilfreds med situasjonen ser man ikke behovet for endring. Ser man ikke behovet er man heller ikke motivert for endring. Dessuten sier Kotter at «mange nok» må se dette behovet og at minst tre av fire i ledelsen er positiv til endringsprosessen. I motsatt fall er faren for motkrefter stor (Thorsvik. 13.1.2015).

5.3.1 Liten involvering og manglende endringsforståelse

Plikten til å etablere øhd-senger ble presentert som ett av flere tiltak i Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen fokuserte særlig på tre utfordringer som Norge sto ovenfor; endring av demografi med en stor økning av eldre, en kraftig økning av livsstilsbaserte sykdommer

samt en økonomisk vekst innenfor helsesektoren som ikke er bærekraftig. Med dette som fokus beskrev Samhandlingsreformen et utfordringsbilde som nettopp hadde til hensikt å skape en forståelse av krise og et behov for endring. Spørsmålet er om denne forståelsen ble skapt også i kommunene?

I spørreundersøkelsen ble det valgt ut fire grupper respondenter som alle var sentrale ledere i kommunen knyttet til etablering av øhd-sengene (ordfører, rådmann, kommuneoverlege samt enhetsleder). Kotter hevder at det er nødvendig å etablere en sterk gruppe med makt, kompetanse og legitimitet til å lede og gjennomføre endringsprosessen. Denne gruppen må lage en strategi for hvordan endingen skal gjennomføres, de må gjøre strategien kjent og sørge for at andre i organisasjonen slutter opp om denne (Thorsvik. 13.1.2015).

Respondentene i spørreundersøkelsen er de mest sentrale aktørene i en kommune for å etablere nettopp en slik gruppe.

Spørreundersøkelsen viser at respondentene hadde relativt god kunnskap om intensjonen med øhd-sengene. De hadde med andre ord skjønt alvoret og forstått hvorfor tiltaket skulle opprettes. Når det kommer til i hvor stor grad de var involvert i etableringen er det et lavere skår på dette spørsmålet. Spesielt ordførere skårer lavt på dette spørsmålet, noe som sannsynligvis kan forklares med at mange ordførere ble valgt inn som nye ordførere etter kommune- og fylkestingsvalget i 2015. De var ikke ordførere når øhd-sengene ble etablert, og fulgte av den grunn ikke prosessen så nært⁶. Imidlertid skårer også de andre respondentgruppene lavt når det kommer til involvering.

Spørreundersøkelsen viser at sentrale personer i kommunene var for lite engasjert i øhd-etableringen til at den nødvendige endringsprosessen skulle bli vellykket.

Kotter hevder en konsekvens av dette kan være at det etableres motkrefter. Når det gjelder forståelsen for og nødvendigheten av øhd-tiltakene ser vi tydelige og sterke motkrefter til dette, både fra faglig ståsted og fra politisk og administrativ side i kommunene⁷.

5.3.2 Lav grad av motivasjon

De tre neste trinn i Kotters teori har som hensikt å oppmuntre til og sette hele organisasjonen i stand til endringen. I denne fasen må lederne framstå som gode rollemodeller og man må

⁶ Mange av ordførerne som valgte å ikke svare på spørreundersøkelsen begrunnet avgjørelsen med det.

⁷ Se vedlegg 3 hvor tilbakemeldinger fra respondentenes fritext er listet opp.

bruke alle anledninger man finner til å motivere ansatte til å slutte opp om endringsarbeidet. For å skape denne motivasjonen bør man sette opp kortsiktige og realistiske mål og skape blæst når man når målene. Man bør involvere flest mulig i endringsarbeidet og hvis nødvendig endre selve organisasjonen (Thorsvik. 13.1.2015).

Spørreundersøkelsen viser at øhd-tilbudet er relativt dårlig beskrevet i kommunenes strategiske planer. Videre ser vi at tilbudet bare delvis er implementert i kommunene. Her skårer ordfører og kommuneoverlege høyst, mens enhetsleder og rådmann skårer lavere. En nærliggende forklaring på dette kan være at ordfører og kommuneoverlege anså oppdraget som utført straks tiltaket ble etablert. I god tro skårer de derfor høyt på implementering. Rådmann og enhetsleder kjenner kanskje bedre til hvordan tilbudet faktisk brukes, og skårer lavere på dette. Vi ser at respondentene også skårer lavt på spørsmål om hvor aktivt de har bidratt til bekjentgjøring og markedsføring av tiltaket, spesielt skårer rådmann og ordfører lavt her.

Når sentrale stikkord for at endringen skal lykkes er motivasjon, kortsiktige mål, skape entusiasme, om nødvendig endre organisasjonen – må sentrale aktører i kommunen ha en klar strategi for hvordan man skal oppnå dette. Studien viser at respondentene, og særlig sentrale roller som ordfører og rådmann skårer lavt på om de har bidratt til bekjentgjøring og markedsføring. Da vil det ifølge Kotter være svært vanskelig å få til nødvendig entusiasme og motivasjon andre steder i organisasjonen.

Det faktum at mange kommuner kom svært sent i gang med øhd-tiltaket kan forklares med den labre oppslutningen sentrale aktører i kommunene hadde knyttet til motivasjon, entusiasme kortsiktige mål etc. Når sentrale rollemodeller ikke leder an, er det vanskelig å få resten av organisasjonen med seg.

5.3.3 Manglende implementering

Spørreundersøkelsen viser også at det i hovedsak var faglig og administrativ ledelse som var aktive i planleggingen. Svarprosenten på spørreundersøkelsen bekrefter dette, hvor de aller fleste enhetslederne (87 %) svarte på undersøkelsen. Responsen fra de andre gruppene var betydelig lavere. Når vi samtidig vet at det er de andre gruppene, spesielt ordfører og rådmann som er de mest sentrale i en kommune når det kommer til strategi, planer og mål, kan dette være med å forklare hvorfor øhd-tilbudet ikke er godt implementert i kommunenes strategier og planer.

De to siste trinn i Kotters teori handler om å implementere endringene og deretter vedlikeholde disse. Man må ikke ta seieren på forskudd men holde trykket oppe og endre det som ikke passer (Thorsvik. 13.1.2015). Svarene fra spørreundersøkelsen tyder på at kommunene på mange vis sa seg fornøyd i det øyeblikket øhd-tilbudet var vedtatt. Det er lite som tyder på at det jobbes aktivt for å bekjentgjøre tilbudet og på den måten holde trykket oppe. Slik sett er det nærliggende å tenke at flere av kommunene har tatt seieren på forskudd.

Det er heller ingen svar eller kommentarer som peker i retning av å endre organisasjonen for å få til de nødvendige endringer. I flere av kommentarene og diskusjonene omkring etablering og lokalisering av øhd-sengene er kommunestrukturdebatten trukket inn. En del hevder at plikten til å etablere øhd-senger må sees i sammenheng med regjeringens ønske om å slå sammen kommuner til færre og mer robuste enheter. Når Kotter hevder at et suksesskriterium er å gjøre nødvendige endringer i organisasjonen for å få til ønsket endring, er det vanskelig å se at slike endringer er gjort knyttet til etablering av øhd-sengene i Troms og Ofoten. Tvert i mot ser vi at organisering i interkommunale samarbeid snarere er med på å sementere dagens kommunestruktur. Øhd-sengene brukes som argument både for og imot sammenslåinger i den pågående kommunestrukturdebatten. Studien finner ikke at det er gjort organisatoriske endringer for å implementere eller forankre samhandlingsreformen.

5.4 Samfunnsøkonomiske effektivitetstap

Ressursbruken kan illustreres gjennom kostnader pr. liggedøgn. Riksrevisjonen gjør et poeng av at i 2014 var det statlige tilskuddet pr liggedøgn for de 103 øhd-tilbudene som hadde vært i drift i ett år kr. 13 222,-. Det er vesentlig høyere enn både den normen som ble lagt til grunn ved utformingen av tilskuddsordningen, og de 4 255 kronene kommunene må betale for hvert overliggerdøgn i spesialisthelsetjenesten. Etter revisjonens vurdering må beleggprosenten økes vesentlig fra dagens nivå dersom øhd skal bidra til en bedre samlet ressursutnyttelse i helsetjenesten (Riksrevisjonen. 2016:90). Samme regnestykke for Troms og Ofoten viste omtrentlige samme forhold (side 21) med en døgnpris for på 12 558,- for øhd-sengene.

Samtidig viser både forskningsrapporter og spørreundersøkelsen at øhd-sengene har potensiale til å redusere antall sykehusinnleggelser ytterligere. Hvor stor denne effekten er og hvorvidt tiltaket vil være kostnadseffektivt vet vi ikke. Forutsetningen var BEON-prinsippet

(beste effektive omsorgsnivå) hvor billige øhd-senger skulle erstatte de langt dyrere sykehussengene. Skal man få til dette må i så fall beleggsprosenten økes betydelig. Hvis vi tar utgangspunkt i Helsedirektoratets beregning av antall liggedøgn i Troms/Ofoten (9 281) og tildelte midler (kr. 44 210 324,-) gir det en døgnpris på 4 764,-. Dette er omtrent samme pris som det kommunene må betale til sykehusene hvis de ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det betyr at beleggsprosenten må opp på stipulert nivå for at tiltaket kan sies å være kostnadseffektivt.

Øhd-tilbudet har også som mål å redusere forbruket av sykehussenger. Det betyr at det ikke bare er beleggsprosenten som må økes, i tillegg må det være de riktige pasienter som benytter tilbudet. Rapporter og spørreundersøkelsen viser at dette ikke det tilfellet i dag. For at øhd-tilbudet i framtiden skal være kostnadseffektivt må derfor bruken av sengene bli i tråd med intensjonene både med tanke på belegg og pasientgrupper.

Mange ser på øhd-sengene som en del av NPM-tenkningen i dagens helsevesen. Det som kjennetegner NPM er blant annet delegering av budsjettfullmakter, ofte kombinert med mål- og resultatstyring samt bruk av kontrakter for å regulere forholdet (Nyland og Pettersen, 2010). Når tiltaket lider under manglede styring, usikkerhet om insitamentene er riktige og stor faglig uenighet om hvor stort potensiale tiltaket egentlig har, er det vanskelig å snu bruken av øhd-sengene «over natta».

Omtalte rapporter og spørreundersøkelsen bekrefter at vi i dag vet for lite til å slå fast om det er mulig å etablere et øhd-tilbud hvor det er samsvar mellom produktivitet og ressursbruk.

5.5 Implikasjoner

Siste del av studien var å kartlegge hva kommunene selv mente kunne være de riktige og viktigste tiltakene for å øke bruken av øhd-sengene. Dernest undersøke om disse tiltakene samsvarte med anbefalinger fra nasjonale rapporter.

Når det gjelder respondentenes forslag på tiltak for å øke bruken av øhd-sengene er svarene i samsvar med det som er å finne i nasjonale rapporter. Tiltakene som foreslås er relativt konkrete og de som topper listen er;

- informasjonskampanje til fastleger / legevaktsleger
- lettere prosedyre for innleggelse

- tiltak for å forankre bruken
- økt kompetanse og bemanning
- informasjonskampanje til innbyggerne

Studien viser at respondentene melder om ulik bruk av sengene mellom vertskommune og omkringliggende kommuner. De mener vertskommunene bruker tilbudet i større grad enn omkringliggende kommuner, og mange av respondentene opplyser at de ikke en gang får data om bruken av øhd-sengene fra vertskommuner. Både nasjonalt og i Troms/Ofoten pekes det på at det er lite samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene knyttet til bruk av øhd-sengene. Det er derfor naturlig å foreslå informasjonskampanjer og markedsføringstiltak av øhd-tilbudene som tiltak for å øke bruken. Dette vil sannsynligvis være fornuftig og vil antakelig bidra positivt til videreutviklingen av tilbudene.

Disse tiltakene er imidlertid kun innrettet mot drift og innhold i øhd-tilbudet. Studien viser at årsakene til hvorfor øhd-tilbudene ikke er implementert som planlagt også kan forklares med manglende forankring, integrering og oppslutning blant de mest sentrale aktørene i kommunene. Undersøkelsen dokumenterer at selve prosessen har vært for dårlig, spesielt når man ser på Kotters beskrivelse av hva som kjennetegner de endringsprosessene som lykkes. I tillegg til informasjonskampanjer etc mener jeg tiltak for å inkludere øhd-sengene sterkere i kommunenes strategi og planer må være viktig. Det klarer man ikke uten først å ha en god plan for å skape entusiasme og positivisme rundt tiltaket.

Mellom linjene kan man også lese at manglende samarbeid mellom kommuner og sykehus oppfattes som et hinder. Tiltaket er beskrevet som en kommunal plikt, og det er opp til kommunene hvordan dette organiseres og drives. Øhd-tiltaket må i langt større grad integreres i planlagte, helhetlige pasientforløp. Da må alle nivåer i helsevesenet samarbeide omkring dette – både primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og fastlegene.

6.0 Konklusjon

Oppgavens problemstilling var hvorfor reformer som tar sikte på effektivisering ikke nødvendigvis blir gjennomført som planlagt. For å spisse denne ble forskningsspørsmålet formulert slik; *Brukes øhd-sengene i Troms/Ofoten i tråd med intensjonene? Hvis ikke, hva er årsaken til det og hvilke tiltak bør prioriteres for at øhd-sengene skal brukes i tråd med intensjonene?*

Studien viser at øhd-sengene i Troms og Ofoten pr. i dag ikke brukes i tråd med det som var intensjonene for tiltaket. Det er svært lite kunnskap om den faktiske bruken av sengene både knyttet til liggedøgn, pasientkategorier og hvorvidt bruken av øhd-sengene reduserer antall sykehusinnleggelser. Kommunene har oppfylt plikten til å etablere øhd-sengene svært ulikt, både organisatorisk og hvordan tilbudet er lokalisert. De fleste kommunene har valgt en modell hvor man samarbeider med andre kommuner gjennom interkommunale løsninger. Studien viser at det er forskjell på bruken av øhd-sengene mellom vertskommuner og omkringliggende kommuner.

Studien viser at ledelsen i kommunene kjente intensjonene med øhd-sengene relativt godt, men at ledelsen har vært langt mindre involvert når det kommer til planlegging og implementering av tiltaket. Øhd-sengene er bare delvis beskrevet i kommunenes strategiske planer, og ledelsen i kommunen har bare delvis bidratt til bekjentgjøring og implementering av tiltaket. Likevel har de tro på at tilbudet vil videreutvikles og styrkes framover.

Gjennom bruk av relevant teori drøfter studien hvordan disse funnene kan forklares og konkluderer med at både implementering og bruk av øhd-tiltaket er svakt forankret i kommunene. Det er også for lite kunnskap om bruk av tilbudet til å si noe om hvilken effekt øhd-sengene faktisk har, både fra et faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv.

De tiltak som foreslås for å øke bruken av øhd-sengene er svært tiltaksorienterte og handler i stor grad om informasjon til pasienter, pårørende, innleggende leger etc. Dette er viktige tiltak, men studien viser at det har vært for lite fokus på endringsledelse og forankring av tilbudet i den kommunale organisasjonen. Den manglede forankringen har bidratt til motkrefter og likegyldighet til tilbudet.

Når det kommer til oppgavens tittel *Er øhd-sengene den stygge andungen som vil vokse seg attraktiv?* tror jeg svaret på dette er Ja. Kommunene har tro på tilbudet, men skal dette lykkes må det både jobbes aktivt med informasjon og kunnskap om tilbudet samtidig som tiltaket må få en langt sterkere forankring i kommunenes planer og strategier.

7.0 Litteraturliste

- Forskningsrådet. 2016. *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Oslo, Lysaker: Norges forskningsråd. 2016.
- Grimsmo, Anders. 2015. *Samhandlingsreformen – hva nå?* Lederartikkel, Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 17. 2015, 135. Lastet ned 28.4.2016.
- Hagen, Kåre P. 1990. *Prinsipal-agentteori: Implikasjoner for offentlig styring og politikk*. Bergen: Senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring. 1990.
- Helsedirektoratet. 2014. *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell*. Oslo: Helsedirektoratet, avd. for omsorgstjenester. 2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2008. *St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling- på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD). 2008.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2011
- Jacobsen, Dag I og Thorsvik, Jan. 2013. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget. 2013.
- Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen og Per Arne Tufte. 2011. *Forskningsmetode for økonomiske-administrative fag*. 3. utgave. Oslo: Abstrakt forlag. 2011.
- Kotter, J. P. (1995): *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. Harvard Business Review. Bodø: Artikkelsamling, endringsledelse OR315E, Universitetet i Nordland. 2015.
- Nyland, Kari. Forelesning. *Virksomhetsstyring*. Tirsdag 27.10.15. Universitetet i Nordland.
- Nyland, Kari og Pettersen, Inger J. 2010. *Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold?* Artikkel fra <https://www.magma.no/oekonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold> lastet ned 21.4.16 kl. 16.00.
- Pedersen, Pål. Forelesning. *Samfunnsøkonomi og helseplanlegging*. Onsdag 3.9. 2014. Universitetet i Nordland, Bodø.
- Pettersen, Inger J., Jon Magnussen, Kari Nyland og Trond Bjørnenak. 2015. *Økonomi og helse, perspektiver på styring*. 2. utgave. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Riksrevisjonen. Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Riksrevisjonen. 2016. Bergen: Fagbokforlaget

Skinner, Marianne S. 2015a. *Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 10/2015. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, øst.

Skinner, Marianne S. 2015b. *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold – oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de fire første årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, øst.

Thorsvik, Jan. Forelesning. *Endringsledelse*. Tirsdag 13.1 2015. Universitetet i Nordland, Bodø.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1. E-post til Questback-undersøkelsen

Om bruken av Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Jeg holder på å avslutte masterutdanning i helseledelse (MBA) i regi av Nord Universitet / Helse Nord, og er i gang med selve masteroppgaven. I denne oppgaven vil jeg fokusere på bruken av de nye kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenhetene, med spørsmålet *«Brukes ØHD-sengene i Troms/Ofoten i tråd med intensjonene? Hvis ikke, hva er årsaken til det – og hvilke tiltak kan iverksettes?»*

Her finner du spørreskjemaet:

<https://response.questback.com/universitetssykehusetnordnor/ohjelp2016>

Som et viktig og sentralt virkemiddel i Samhandlingsreformen, ble kommunene pålagt å etablere kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). ØHD-tilbudet skal bidra til bedre ressursutnyttelse ved at kommunen tilbyr et godt alternativ til sykehusinnleggelse.

Flere rapporter peker på at de største hindringene for god utnyttelse av ØHD-sengene er at fastleger og legevaksleger ikke kjenner tilbudet godt nok, at det er tungvinte innleggelsesrutiner, at det er problematisk at tiltaket er plassert i sykehjem og at tilbudet ligger i motsatt reisevei av sykehuset.

Jeg ønsker å finne ut om disse faktorene også gjelder i Troms/Ofoten-området, eller om det kan være andre årsaker.

Jeg håper derfor du vil være snill å svare på vedlagte spørreskjema, beregnet tidsbruk er ca 10 minutter. Svarene vil anonymiseres, og vil ikke være identifiserbar pr kommune utover det som allerede rapporteres inn til Helsedirektoratet knyttet til bruk av ØHD-sengene.

Likelydende spørreskjema sendes til alle 30 kommunene i Troms/Ofoten (UNN-området) v/ ordfører, rådmann, kommuneoverlege samt pleie- og omsorgsleder / etatsleder.

Skulle du ha spørsmål, er det bare å ta kontakt på e-post eller telefon 917 36 289.

På forhånd takk!

PS. Fint om du rekker å svare før påske.

Med vennlig hilsen

Magne Nicolaisen

8.2 Vedlegg 2. Spørreundersøkelsen

Om bruken av Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Som et viktig og sentralt virkemiddel i «Samhandlingsreformen», ble kommunene pålagt å etablere kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). ØHD-tilbudet skal bidra til bedre ressursutnyttelse ved at kommunen tilbyr et godt alternativ til sykehusinnleggelse.

Kommunene rundt UNN (Troms og Ofoten) har nå etablert ØHD-tilbud, og vi ønsker å vite litt mer om bruk av- og erfaringer med tiltaket.

Dette spørreskjema er delt inn i fire bolker; 1- bakgrunnsinformasjon, 2- om etableringen av tiltaket, 3- om bruken av tiltaket og 4- dine vurderinger om videre utvikling av tiltaket.) Avhengig av din stilling / funksjon, er det ikke sikkert du blir bedt om å svare på alle spørsmålene.

Beregnet tid på å svare på hele undersøkelsen er ca. 10 minutter.

1. **Hvilken kommune svarer du for?**
2. **Hva er din stilling/funksjon?**

For de neste spørsmålene skal du angi på en skala fra 1 til 5.

1: ikke i det hele tatt, 2: i svært liten grad, 3: delvis, 4: godt, 5: i svært stor grad

3. **Hvor godt kjenner du bakgrunnen / intensjonen for etablering av ØHD-sengene?**
4. **Hvor involvert var du i planlegging og etablering av ØHD-tiltaket?**
5. **I hvor stor grad er bruk av ØHD-sengene beskrevet i kommunens strategiske planer?**
6. **Hvor aktivt har du bidratt til bekjentgjøring / markedsføring av ØHD-tiltaket etter at det ble vedtatt etablert?**
7. **I hvor stor grad mener du ØHD-sengene er implementert i organisasjonskulturen i kommunens helse- og omsorgstjeneste (omsorgstrappen)?**
8. **Når etablerte din kommune tilbud om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold?**
9. **Hvem mener du var sentral, eller involvert i planleggingsfasen av ØHD-tilbudet?**
10. **Er det noen av forholdene nedenfor som har forsinket etableringsfasen?**
11. **Hvor mange kommuner samarbeider om ØHD-tilbudet?**
12. **Er din kommune vertskommune i samarbeidet?**
13. **Hvordan er tilbudet organisert?**

14. **Hvordan er legetjenesten organisert?**
15. **Hvor mange senger omfatter tilbudet?**
16. **Er dette nye senger, eller en omdefinering av senger som allerede eksisterte?**
17. **Hva er beleggsprosenten for ØHD-sengene?**
18. **Hvordan er beleggsprosenten beregnet?**
19. **Hva er gjennomsnittlig liggetid ved tilbudet?**
20. **Hvem henviser pasienter til ØHD-opphold?**
21. **Har sengene bidratt til å redusere forbruk av sykehussenger?**
22. **Får dere de pasientgruppene/pasientkategoriene som var forventet ut fra innleggelseskriteriene?**
23. **Hvis interkommunalt samarbeid, bruker alle kommunene tilbudet i like stor grad?**
24. **Hvis de samarbeidene kommunene ikke bruker tilbudet likt, hva tror du kan være hovedårsaken til det?**

Riksrevisjonen har nylig presentert en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. En av utfordringene de peker på, er at bruken av ØHD-tilbudene varierer, men i snitt er lav. De ønsker svar på hvordan bruken kan bli mer i tråd med intensjonene, både med henblikk på belegg og målgruppe.

Andre rapporter har pekt på at den største hindringen for god utnyttelse v ØHD-sengene er at fastleger og legevaksleger ikke kjenner tilbudet godt nok, at det er tungvinte innleggelsesrutiner, at det er problematisk at tiltaket er plassert i sykehjem og at tilbudet ligger i motsatt reisevei av sykehuset. Vi ønsker å finne ut om disse faktorene også gjeldende i Troms/Ofoten-området.

25. **Nedenfor er opplistet 10 ulike tiltak som er foreslått iverksatt for å øke bruken av øhd-sengene. Kan du rangere de 5 tiltakene du har mest tro på i prioritert rekkefølge, velg tallet 1–5 i nedtrekksmenyen bak de tiltakene du har mest tro på**
 - Informasjonskampanje til innbyggerne
 - Informasjonskampanje til fastleger og legevaksleger
 - Åpent hus i avdelingen/enheten
 - Lettere prosedyrer for innlegging i ØHD-tilbudet
 - Annen lokalisering av sengene
 - Økt kompetanse / bemanning i ØHD-tilbudet
 - Tiltak for å forankre bruken av tilbudet i PLO-sektoren
 - Mer aktiv involvering av administrativ ledelse i kommunen
 - Mer aktiv involvering fra politisk ledelse i kommunen
 - Øke kapasiteten
 - Annet (spesifiser)

26. På en skala fra 1 – 10, hvor 1 er «fullstendig uenig», 5 «delvis enig» og 10 er «helt enig», ta stilling til følgende utsagn:

- ØHD-tilbudet vil i årene framover styrkes og videreutvikles.
- ØHD-tilbudet vil i årene framover reduseres.
- ØHD tilbudet brukes mindre enn forutsatt fordi det er samlokalisert med sykehjemmet.
- ØHD tilbudet brukes mindre enn forutsatt fordi det ligger i en annen kommune
- ØHD-tilbudet brukes mindre enn forutsatt fordi det ligger i motsatt reisevei av sykehus.
- ØHD-tilbudet vil i løpet av de nærmeste årene få nye, egne lokaler

33. Hva skal til for å øke interessen for- og bruken av ØHD-sengene

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørreundersøkelsen!

8.3 Vedlegg 3. Spørreundersøkelsens fritekst-besvarelser.

Til spørsmål 9. Hvem mener du var sentral, eller involvert i planleggingsfasen av ØHD-tilbudet?

- Løkta.
- Interkommunal legevaktordning.
- Tromsø ved interkommunalt samarbeid.
- Interkommunalt prosjekt.
- Distrikts medisinsk senter.
- Enhetsleder helse.
- Interkommunal legevakt.
- Det ble nedsatt en interkommunal gruppe av fagfolk som jobbet sammen en driftsplan.
- Kommunens prosjektgruppa samt et par av kommunens virksomhetsledere.
- Hjemmetjenesten og fagforeningene.
- Brukerorganisasjonene, tillitsvalgte og verneombud

Til spørsmål 10. Er det noen av forholdene nedenfor som har forsinket etableringsfasen?

- Mangel på lokaler
- Bygningsmessige forhold
- Der var motstand mot at kjøbe ØHD plassen i en annen kommune
- Avstand
- Vet ikke
- For lite kjent og implementert
- Prosjektet nådde sitt mål om oppstartstidspunkt.

Til spørsmål 11. Hvor mange kommuner samarbeider om ØHD-tilbudet?

- Ingen – driver det i egen regi
- Ennå ikke avklart
- Vet ikke
- Ingen – driver det i egen regi
- Ingen – driver det i egen regi
- Ingen – driver det i egen regi
- Vet ikke
- Ingen – driver det i egen regi
- Vet ikke
- Vet ikke
- Ennå ikke avklart
- Ingen – driver det i egen regi
- Vet ikke
- Vet ikke
- Ingen – driver det i egen regi
- Ingen – driver det i egen regi
- Ingen – driver det i egen regi
- Ingen – driver det i egen regi

- Vet ikke

Til spørsmål 17. Hva er beleggsprosenten for ØHD-sengene?

- Tilbudet er nettopp startet opp. Vi er helt i oppstartfasen og det er umulig å si noe konkret om belegg foreløpig. 50%.
- ca. 60 % 2014
- Har ikke eksakte tall, men vertskommunen oppgir disse i sin besvarelse.
- 78% For 2014
- For kort driftstid for å si noe om dette
- Lenvik har tallene
- Usikker, ganske lav
- Spør Narvik REO som har sengene. Vi har kjøpt senge plass for 500.000 kr (rammebevillingen våres). Vi ved ikke hvor mange liggedøgn vi får for dette.
- 0 % for Evenes i hele 2015
- 2014: 70 % hele året. 2015: 50% hele året. 2016: har ikke data. 50%?"
- Nyoppstartet.
- Vel 50 % sept -14 til aug -15.
- vanskelig å oppgi i prosent, men vi har et ca snitt på 2-4 ØHD innleggelser pr.mnd dette varierer litt.
- Har ikke statistikk, fås fra Bardu kommune.
- Vi hadde 2 pasienter i perioden 01.09.14 til 31.08.15.
- Vi brukte opp mot kvoten vår i 2015
- Kan ikke svare på dette
- Vet ikke %- men vet at det var ledig kapasitet i 2015.
- Beleggsprosent i 2015: 60%
- Se tidligere oversendelse fra Randi
- Befinner meg på påskeferie og har ikke tall tilgjengelig. Vi har 4 sykestuesenger, ØHD senger og i snitt er det nok rimelig fullt belegg. Til tider er det mer enn 4 pasienter og det veier nok opp for de perioder det evt. er færre enn 4.
- Hele 2015
- Har ikke fått tilbudet på plass
- 2013: 101,03 %, 2014: 99.18%, 2015: 99.8 %"
- Vet ikke
- Avtale tredd i kraft 03.11.14 med narvik kommune ved døgnopphold REO. iløpet av 2015 ble plass brukt til 2 pasienter- 6 døgn tilsammen. Ikke brukt 2016."
- Statistikk for høsten 2015 er ikke offentliggjort. Bruken har tiltatt.
- Vet ikke
- 2014: Beleggsprosent 70, %, 421 innleggelsene hvorav 117 mindre enn 1 døgn. 2015: Beleggsprosent 48,55, 367 innleggelser, hvorav 70 mindre enn 1 døgn"
- Se svar fra Bardu kommune hvor legevakt er plassert
- i perioden 1.6 - 31.12.15: 12,1%, 1.1-30.3.16: 27,4%.
- 45 % i 2015
- Har ikke sett statistikk
- Fra 01.01 -20.03.16, beleggsprosenten var 25 %.
- Har ikke tallmaterialet klart!

- Besvart av enhetsleder
- 01.01.16 - 31.01.16 33 innleggelse, Gjennomsnitt 9,7, Median 7, Modalverdi 6, Variasjonsbredde 49, Beleggsprosent 60%"
- Vi har ikke oversikt over belegget før rapport fra Harstad kommune foreligger.

Til spørsmål 19. Hva er gjennomsnittlig liggetid ved tilbudet?

- Tilbudet presenteres som 1-3 døgn.
- 2-3 døgn
- Se Bardu
- 3 dager
- For kort driftstid for å si noe om dette
- Lenvik har tallene
- Ca 1 døgn
- ? Vi har brukt det 2 gange på 2 måneder. Dvs 6 liggedøgn
- 0
- 2,1 døgn
- Planlagt til 2 døgn
- Ca 3 døgn
- 3-5 døgn, utover dette blir innleggelsen gjort om til etterbehandlingsplass
- vet ikke
- Rundt 7-8 dager
- 4
- 1 døgn
- 4 døgn
- Se Randi
- Har ikke tallene tilgjengelig
- Vet ikke.
- har ikke fått tilbudet på plass
- 4,6 døgn i 2015
- Vet ikke
- 3 døgn
- 1 - 2 døgn?
- vet ikke
- 2-5 døgn
- Se svar fra Bardu kommune
- 3
- Vet ikke, vertskommune beregner dette. Men det er innefor de rammer for antall liggedøgn som er satt.
- Har ikke sett statistikk
- 3 døgn
- Se ovenfor
- Svart på av enhetsleder
- 9,7 døgn i denne perioden
- Variabelt

Til spørsmål 24. Hvis de samarbeidene kommunene ikke bruker tilbudet likt, hva tror du kan være hovedårsaken til det?

- Ulik sykehjemsdekning og kapasitet. Sørreisa har rel.lavt forbruk.
- Vår kommune har hatt mulighet å tilby oppfølging i kommunen og det er valgt fremfor disse sengene
- Vi tilbyr hjelp til pasienter hjemme/ sykehjem
- Pasienter blir sendt kun ved akutt behov
- For kort driftstid for å si noe om dette
- Inntakskriterier og avstand.
- Informasjonsutveksling mellom fastlegene i øvrige kommuner og legene i vertskommunen Bardu.
- Forskellig befolkningsgrunnlag. Vi har langt til værstskommunen. Politisk motstann mot at bruke Narvik. I øvrigt er våres avtale med Narvik midlertidig. Det er ikke sikkert politikerne vil akseptere at kjøre videre. De ønsker lokal KAD plass, hvilket er rimelig urealistisk.
- avstand for innbyggerne i Evenes, ønsker ikke reise dit.
- avstand fra legesenter til NArvik (urimelig å reise først til Evenskjer på legetilsyn, deretter tilbake gjennom Evenes og videre til Narvik. Kortere til Harstad.
- de gangene vi tar kontakt er det uengighet om pasienten tilhører der
- Vi har ingen samarbeid med andre kommuner sånn sett
- Mangel på definerte retningslinjer på hvordan disse plassene skal brukes
- Det er vanskelig å vite, da det er fastleger som legger inn. Men ut fra signaler jeg har fått opplever faslegen at innklusjonskriteriene er for strenge og da velger legen å legge pasienten direkte inn på sykehus. Og så tror jeg at tiltaket ikke har vært godt nok kjent hos alle fastlegene.
- Det vet jeg ikke
- usikkert
- bedre tilgang til lege/ legedekning.
- stengte veier/ uvær.
- Kan være knyttet til individuelle vurderinger hos den enkelte fastleger,- og bevissthet rundt bruk av KAD.
- Kommunens kapasitet ift korttidsplasser og fleksibilitet ift å tilby korttidsopphold og avlastningsopphold.
- Kapasitet og kompetanse i sykepleietjenesten ift å handtere utfordringer i eget hjem.
- Lødingen bruker 100% +
- Tjeldsund og Skånland ca 75%
- Kvæfjord ca 50%
- Tendensen er økende bruk
- Har svart ja på spm, fordi både vertskommune og flere samarbeid kommuner benytter sengene i ca samme omfang. Vår kommune har imidlertid en lavere forbruksprosent enn de andre kommunene. Usikker på årsak til denne skjevheten i forbruk.
- Ikke fått tilbud på plass
- Avstand gjør sykehus til et sammenlignbart tilbud.

- ingen av svarene ovenfor stemmer helt for vår del. En av kommunen har et ganske stort underforbruk av plassene. Mens de andre stort sett bruker dem forhold til folketallet. Verts kommunen har noen år hatt et overforbruk. Men i og med at beleggsprosenten er så lav er det stor restkapasitet.
- Vi er usikker på hvorfor kommunen bruker tilbudet ulikt, og jobber med nye inklusjonskriterier samt implementering av disse i alle kommunen.
- At bla legene ikke er bevisst nok på å bruke tilbudet. Geografi kan også spille inn samt hver kommunes tilgjengelighet på korttids / avlastn plasser.
- Det er ikke bekjentgjort i stor nok grad i samarbeidskommune at de har et slikt tilbud.
- Uklar forståelse av innleggelsesrutiner, inklusjons / eksklusjonskriterier.
- Fastlegene velger heller korttidsopphold ved egne lokale sykehjem
- Jeg kjenner ikke til statistikken. I hovedsak er sengene så lite brukt at det ikke har oppstått noen diskusjon og prioritering mellom kommunene
- Vet ikke
- Sykehjemmet i Storfjord har erfaring og praksis fra tidligere hvor de har gitt tilbud selv tidligere. Pasienter får korttidsopphold i kommunen.
- Tre av samarbeidskommunene har benyttet tilbudet aktivt siste tre mnd, en kommune har ikke benyttet tilbudet.
- Har snakket med dem og de sier at de pr nå har hatt ledig kapasitetet i egen kommune.
- Dårlig informasjon

Til spørsmål 33. Hva skal til for å øke interessen for- og bruken av ØHD-sengene

- Unødvendig bruk av sykehus er ikke et stort problem.
- Sentralisering av tilbudet gir det få fortrinn fremfor sykehus.
- Det er et kostbart tilbud for en liten kommune. Vi tar øyeblikkelig hjelp selv på vårt lokale sykehjem o bruker ikke KAD som driftes av annen kommune
- Noen spørsmål kan ikke besvares godt fordi tilbudet ble etablert for noen uker siden og vi mangler erfaringer med bruken osv.
- Vi har hatt sykestuesenger siden 60-70 tallet og KAD er en del av denne funksjonen, ja selve forløperen for KAD sengene. Det har fungert godt i alle år. KAD er ikke noe nytt for oss!
- Siden ØHD-sengen ikke er lokalisert verken på/sambygget med sykehuset eller i tilknytning til kommunens øvrige helse- og omsorgstjeneste synes pasienter og pårørende at det er uhensiktsmessig med opphold på ØHD-sengen. Noen brukere har uttrykt skepsis til å bli innlagt på et sykehjem i Harstad. Fra vår organisasjon uttrykkes det noe frustrasjon med at vi ikke får tilstrekkelig informasjonsflyt (parientopplysninger) med ØHD-tilbudet i Harstad. det gis også uttrykk for at vi savner rutinebeskrivelser samt rapportering på benyttelse.
- Hva som er forskjell på KAD senger og sykehus er lite kjent i befolkningen og hvis jeg var pasient vllt jeg følt meg utrygg i et slik tilbud. Jeg tror jeg ville ha foretrukket å få en vurdering på sykehus før jeg evt. godtok et slikt tilbud. I tillegg er det et spørsmål om vi trenger 3 "nivåer" med senger for medisinsk behandling, når vi har mangel på helsepersonell allerede. Kommunikasjon mellom disse nivåene er også en utfordring og også hvem som har ansvaret for å oppfølging etc. Kommunikasjon og

oppfølging er den største utfordringen for å sikre helhetlig og god behandling og et ledd til i kjeden tror jeg ikke vil bedre dette.

- Utfordringer her er at sykehuset i Harstad er mest brukt og vi har avtale med Narvik. Vi har ETS legetjeneste som er Harstadorientert mht. andre avtaler, og de har ikke fått KAD under huden ennå. Legevakten ligger på Evenskjer, slik at de som er innom der først kjører mot Harstad.
- Nye tilbud trenger tid for å bli innarbeidet, og kommuneoverlegen har nå fokus på dette.
- 1 Maks liggetid: Føringsene om maks liggetid på 72 timer er en begrensning som også kan bidra til at pasienter heller legges inn på sykehus. Dette for å slippe å risikere en ekstra flytting fra KAD til sykehus dersom pasienten ikke kan reise hjem eller til annet kommunalt tilbud.
- 2 Legevakt og manglende kjennskap til pasienten: Mange av KAD-pasientene er gamle og har sammensatte lidelser. Legevaktsleger med mangelfull tilgang til helseopplysningene kan vegre seg for å benytte KAD, og legger inn på sykehus «for sikkerhets skyld».
- 3 KAD = sykehjem. Innbyggerne tenker i stor grad at KAD er det samme som sykehjem. Når tilbudet også ligger vegg-i-vegg med sykehus, er motstanden mot plass her stor.
- Ettersom vi i mange år har hatt sykestue med 4 sengeplasser så ble denne spørreundersøkelsen litt vanskelig å svare på. Vi har våre ØHD senger etablert fra før og er veldig godt fornøyd med å ha disse sykestuesengene. Det er ikke ukjent at vi i Nord-Troms kommunene ønsker å fortsette drift av sykestuer i hver kommune.
- Til orientering. Som ny rådmann er jeg ikke godt nok kjent med ""detaljene"" rundt bruk av ØHD sengene. Beklager derfor manglende ufullstendig utfylling
- Har tidligere henvendt meg til leder av PLO og fått tilbakemelding at de er opplever at tilbudet fungerer bra. I sin rapportering til meg må de fast rapporterer om belegg
- Ballangen har ikke fått til noen avtale foreløpig
- Jeg mener at det er forskjellig behov fro ØHD-sengene i landet ut fra landsdel, avstanden til nærmeste sykehus og utfordrende vei strekninger. Det er viktig å vektlegge dette når man skal vurdere hvor stort behov en kommune har for denne type tilbud. Man kan ikke bare regne en seng per 7000 innbygger.
- Samarbeidet om KAD seng er relativt nytt for vår kommune. De erfaringene vi har så langt er veldig gode fra et faglig ståsted. Politisk er det store uoverenstemmelser og det er et stort ønske om å etablere en KAD seng i en omsorgsbolig uten den bemanningen som kreves. På bakgrunn den usikkerheten som oppleves er det vanskelig å besvare en del av spørsmålene på nåværende tidspunkt.
- Omfanget av unødvendige sykehusinnleggelse er dårlig dokumentert.
- Mange pasienter har problemstillinger som er uklare i tidlig fase og kan trenge utredning i sykehus.
- Interessant undersøkelse. Håper du kan sende masteroppgaven din til meg når du er ferdig.
- Vår erfaring er at det er få pasienter som faller inn i denne "mellomløsningen": For syk til å være hjemme - trenger ikke sykehus

- Spørsmålene i siste bolk med enig/uenig var vanskelig å svare korrekt på da det ligger forutsetninger bak som ikke gjelder. F.eks. har vi en utmerket lokalisering men skal allikevel ha ny lokalisering sammen med sykehuset. Vi har tilbudet i egen regi og derfor er jeg uenig i lokalisering i annen kommune grunnen, men det kan være at det på generelt grunnlag er delvis slik.
- Legens kompetanse, erfaring og trygghet er viktige faktorer for om de tør å legge inn pasienten på ØHD-seng. Usikkerhet og uerfarenhet fra (unge) leger gjør det utrygt å legge inn pasient på en ØHD-seng.