

Samhandlingsreformen

En analyse av reformens insentivvirkninger i Oslo kommune

**Jan Rydén Ormseth og
Knut Aamli Sundtjønn**

Veileder: Førsteamanuensis Kari Nyland

Masterutredning i økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Med utgangspunkt i kvalitative dybdeintervjuer gjør denne masterutredningen rede for virkningene av de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen og i hvilken grad disse virkningene samsvarer med reformens overordnede mål. Reformen er det ferskeste styringsgrepet fra nasjonalt hold for å møte eksisterende og tiltagende utfordringer i norsk helsesektor, og søker å oppnå atferdsendringer blant annet ved å gi kommunene insentiver. De to insentivene som skisseres er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Dette skal virke som insentiver for kommunene på den måten at de får overført midler og pålegges et betalingsansvar for oppgaver de tidligere var unntatt dette for.

Utredningen tar utgangspunkt i insentivteori, og fokuserer på insentiveffektene på bydelsnivå i Oslo kommune. Det presenteres ni funn som oppsummerer insentivvirkningene. Det konkluderes med en klar atferdsendring fra bydelenes side som følge av insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. I tillegg til reduserte liggetider på sykehus, observeres det en tydelig forbedring i samarbeidet med helseforetakene. Utredningen peker også på at insentivstyrken har medført en fokusforflytting mot oppgaver som belønnes, samt bieffekter som kan være uheldige sett fra et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Utredningen viser videre hvordan insentivet om kommunal medfinansiering virker svakt med hensyn til å endre bydelenes atferd, grunnet manglende pengeoverføringer og mindre samsvar mellom ytt innsats og oppnådd resultat. Samlet sett viser de presenterte insentivvirkningene at atferdsendring i varierende grad bidrar til å møte reformens hovedutfordringer.

Forord

Denne utredningen er et resultat av det selvstendige arbeidet som inngår som et avsluttende ledd i mastergraden i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Utredningen er skrevet innenfor hovedprofilen økonomisk styring (BUS).

Insentivsystemer og deres virkning er viet mye oppmerksomhet i flere av kursene innen profilen økonomisk styring, og vi har gjennom dette fattet vår interesse for fagområdet. Studien av insentivvirkningene i samhandlingsreformen har inkludert omfattende empiriske undersøkelser, og har gitt oss nyttig erfaring med å knytte faktiske observasjoner av atferdsendring til et teoretisk rammeverk. Vi håper vår utredning kan være en nyttig kilde til informasjon om virkningene av samhandlingsreformen i en tidlig fase, og inspirere til videre forskning rundt reformen.

Utredningens informasjonsinnsamling bygger i stor grad på kvalitative intervjuer og en stor takk rettes til alle som har tatt seg tid til å dele sine erfaringer og kunnskap om samhandlingsreformen med oss. Uten informantenes frivillige deltakelse og velvillige informasjonsdeling ville det ikke vært mulig å gjennomføre denne utredningen. Vi vil spesielt takke Kari Jorunn Kværner, Professor II ved UiO, for hennes engasjement og bistand i en tidlig fase av arbeidet.

Vi vil også rette en stor takk til veileder Kari Nyland for nyttige innspill og konstruktive tilbakemeldinger underveis i arbeidet med utredningen.

Bergen, desember 2012

Jan Rydén Ormseth

Knut Aamli Sundtjønn

Innholdsfortegnelse

FIGUROVERSIKT.....	7
TABELLOVERSIKT	7
1. INNLEDNING	8
1.1 INTRODUKSJON	8
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	10
1.3 AVGRENSNING AV UTREDNINGEN	11
1.4 UTREDNINGENS STRUKTUR OG OPPBYGGING.....	12
2. TEORI	13
2.1 ØKONOMISK STYRING	13
2.1.1 <i>Normativ tilnærming</i>	13
2.2 PRINSIPAL-AGENT TEORI	16
2.3 UTFORMING AV INSENTIVKONTRAKTER	18
2.3.1 <i>Eksplisitte og implisitte kontrakter</i>	19
2.3.2 <i>Intertemporale aspekter</i>	19
Positivt implisitt insentiv – karrieremotiv	20
Negativt implisitt insentiv – mothakevirkning	20
2.3.3 <i>Prinsipper for utforming av kontrakter</i>	21
Kontrollerbarhetsprinsippet.....	21
Insentivintensitetsprinsippet.....	21
2.4 ØKONOMISK STYRING I OFFENTLIG SEKTOR	23
2.4.1 <i>Utfordringer ved å bruke styringsteori i offentlig sektor</i>	24
2.4.1.1 Multiple prinsipaler	24
2.4.1.2 Multiple oppgaver	26
2.4.1.3 Mangel på konkurranse	27
2.4.1.4 Måleproblemer i det offentlig	27
2.4.1.5 Profesjonsdominans og uklare ansvarsforhold	29
2.4.2 <i>Institusjonell teori</i>	30
2.5 NEW PUBLIC MANAGEMENT	30
3. METODE	33
3.1 METODE FOR DATAINNSAMLING	33
3.1.1 <i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	33
3.1.2 <i>Primær- og sekundærdata</i>	35
3.1.3 <i>Intervjuer som forskningsmetode</i>	36
3.2 VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	37
3.2.1 <i>Data i utredningen: Kvalitative primærdata</i>	37
3.2.2 <i>Data i utredningen: Kvantitative sekundærdata</i>	38
3.3 INNSAMLING AV DATA GJENNOM KVALITATIVE DYBDEINTERVJUER	38
3.3.1 <i>Utvelgelse av informanter i kvalitative undersøkelser – snøballmetoden</i>	38
3.3.2 <i>Valg av intervjuobjekter</i>	39
3.3.3 <i>Tabell over intervjuobjekter</i>	41

3.3.4	Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	42
3.4	EVALUERING AV VÅRE METODISKE VALG	42
3.4.1	Pålitelighet.....	43
3.4.2	Troverdighet (begrepsvaliditet)	44
3.4.3	Overførbarhet (ekstern validitet)	46
3.4.4	Bekreftbarhet (objektivitet)	47
4.	KONTEKST.....	48
4.1	SAMHANDLINGSREFORMEN.....	48
4.2	KOMMUNAL MEDFINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN	50
4.3	KOMMUNAL BETALING FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.....	52
4.4	FORMÅLET MED INSENTIVENE.....	55
4.5	OSLO KOMMUNE	56
4.6	SAMHANDLINGSREFORMEN I LYS AV NPM-TANKEGANGEN.....	58
	(1) Desentralisering	59
	(3) Incentivsystem basert på markedsløsninger	60
	(4) Fokus på ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet	60
	(5) Påvirkningsmulighet over egne prestasjoner.....	60
	(7) Helhetlig styring basert på output	61
5.	EMPIRI.....	63
5.1	FORSKNINGSSPØRSMÅL 1.....	63
	<i>Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.....</i>	<i>63</i>
	5.1.1 Kortere liggetid.....	63
	5.1.2 Økning i rapporteringen av utskrivningsklare pasienter	66
	<i>Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.....</i>	<i>70</i>
5.2	FORSKNINGSSPØRSMÅL 2.....	72
	<i>Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.....</i>	<i>72</i>
	5.2.1 Helsetilstanden til den utskrivningsklare pasienten	72
	5.2.2 Tidlig utskrivning og flere reinnleggelser?	74
	5.2.3 Økt krav til kompetanse.....	75
	5.2.4 Prinsipp om likeverdige parter og trekking av B-meldinger	76
	5.2.5 Vridningseffekter.....	78
	Nedprioritering av pasienter innen psykisk helse?	79
	Pasienter i eget hjem nedprioriteres?.....	80
	<i>Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.....</i>	<i>81</i>
5.3	FORSKNINGSSPØRSMÅL 3.....	82
	5.3.1 Økt behov for koordinerte tjenester	82
	Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter	82
	Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten	84
	5.3.2 Økt grad av forbygging.....	86
	Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter	87
	Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten	88
	5.3.3 Økonomisk bæreevne	90
	Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter	91
	Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten	92

6. ANALYSE	94
FORSKNINGSSPØRSMÅL 1	94
<i>Funn 1: Sterk atferdsendring som følge av betalingsplikten forutskrivningsklare pasienter</i>	<i>94</i>
<i>Funn 2: Sterk økning i rapporteringen av utskrivningsklare pasienter</i>	<i>96</i>
<i>Funn 3: Kommunal medfinansiering er et svakt insentiv og medfører ingen atferdsendring</i>	<i>98</i>
FORSKNINGSSPØRSMÅL 2	102
<i>Funn 4: Pasientene forlater sykehuset i dårligere helsemessig forfatning</i>	<i>102</i>
<i>Funn 5: Et ensidig insentiv medfører uheldige konsekvenser</i>	<i>104</i>
<i>Funn 6: Prioritering av oppgaver som belønnes</i>	<i>105</i>
FORSKNINGSSPØRSMÅL 3	106
<i>Funn 7: Økt samarbeid og klarere ansvarsforhold mellom bydel og helseforetak</i>	<i>107</i>
<i>Funn 8: Forebygging på dagsorden, men svak atferdsendring og effekt</i>	<i>109</i>
<i>Funn 9: Det er uklart hvorvidt reformen bidrar til bærekraftig utvikling i helsekostnader</i>	<i>110</i>
7. AVSLUTNING.....	113
7.1 KONKLUSJON	113
<i>Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter styrer atferd</i>	<i>113</i>
<i>Kommunal medfinansiering har svak insentivvirkning</i>	<i>114</i>
7.2 UTREDNINGENS BEGRENSNINGER.....	115
7.3 OVERFØRINGSVERDI	116
7.4 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	117
LITTERATURLISTE	119
VEDLEGG.....	128
A. INTERVJUGUIDE	128
B. ORGANISASJONSKART FOR OSLO KOMMUNE	133
C. KRITERIESETT FOR FO3	134

Figuroversikt

Figur 1: Styrings sirkelen av Anthony & Young (2003).....	14
Figur 2: Helseinstitusjonenes interesser (Pettersen & Bjørnenak, 1997).....	25
Figur 3: Informasjonstyper. Basert på Johannessen m.fl. (2011).....	35
Figur 4: Data-/informasjonstyper. Basert på Ringdal (2001).....	36
Figur 5: Pengeoverføringer fra sykehusene til kommunene i samhandlingsreformen.....	53
Figur 6: Prosessdetaljer gitt av Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, Kap.3 §§ 7-11 (Helsedirektoratet, 2011b)	54
Figur 7: Utvikling liggedøgn somatikk for Oslo Kommune, jan-aug 11 og jan-aug 12 pr. bydel.....	64
Figur 8 Utvikling liggedøgn innen somatikk for Oslo Kommune, des11-jan12 pr. bydel.....	64
Figur 9: Antall UK-meldinger somatikk i Oslo, jan-aug 11 og jan-aug 12 pr. mnd.	66
Figur 10: Antall UK-meldinger somatikk for Oslo, jan-aug 11 og jan-aug 12 pr. bydel.....	67
Figur 11: Antall UK-meldinger somatikk i Oslo, jan-aug 11 og jan til aug 12 pr. sykehus ..	67
Figur 12: Utvikling i helseutgifter for perioden 1997-2011, hentet fra SSB (2012).....	90

Tabelloversikt

Tabell 1: Sammenfatning av styringsdimensjoner (Ouchi, 1977).....	16
Tabell 2: New Public Management sine syv dimensjoner skissert av Hood (1995).....	31
Tabell 3: Lokalsykehus for bydelene i Oslo	68

1. Innledning

I dette kapitlet vil vi begynne med å forklare bakgrunnen for og formålet med utredningen. Deretter vil problemstilling og forskningsspørsmål bli beskrevet og forklart, før vi klarlegger avgrensningen av utredningen. Til slutt i kapitlet skisseres den videre strukturen.

1.1 Introduksjon

Helsetjenesten utgjør en grunnpilar i den norske velferdsstaten, og skal være et grunnleggende gode for landets innbyggere, da sykdom og lidelse ofte er utenfor individets kontroll. Prinsipper om likhet og rettferdighet står sterkt og det er av sentral betydning at alle skal ha lik tilgang til medisinsk behandling, pleie og omsorg (NOU, 1997:7). Med en stadig økende befolkning, flere eldre mennesker og ny kompetanse som kan behandle stadig flere typer sykdommer, er det opplagt at etterspørselen etter helsetjenester vil være økende i årene som kommer (NOU, 2010:13). Helsetjenester skal tilbys uavhengig av brukernes betalingsevne og skal være gratis i behovsøyeblikket (NOU, 1997:7). Med begrensede økonomiske rammer og økende etterspørsel, er det en overordnet målsetting å få mest mulig helse ut av hver krone¹. For å tilpasse seg disse endringene er helsesektoren i stadig utvikling og det nyeste styringsgrepet fra politisk hold er samhandlingsreformen. Reformen trådte i kraft den 1. januar 2012, med det formål å sikre en mer hensiktsmessig ressursutnyttelse ut ifra både et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, 2008-2009, s. 13) beskriver innledningsvis tre ulike utfordringer innen helsesektoren, som reformen skal bidra til å møte. Disse er:

1. Behov for bedre koordinering av helsetjenester:

”Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester”

¹ Statsminister Jens Stoltenberg sa blant annet følgende om helsesatsingen: ”[...] Det vil føre til bedre pasientbehandling og mer helse for hver krone” (Regjeringen, 2008).

2. Behov for økt grad av forebygging:

”Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.”

3. Utviklingen av utgifter til helsetjenester er ikke bærekraftig:

”Demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne”

Den nevnte utviklingen gir klart uttrykk for at det i fremtiden vil kreves en mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren, og samhandlingsreformen er ment som et steg i den retningen. For å oppnå de ønskede effektene av samhandlingsreformen, er det avgjørende for regjeringen å kunne påvirke aktørenes atferd i ønsket retning. Det påpekes i stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen (2008-2009) at et viktig virkemiddel for å få til en slik endring, er etablering av økonomiske insentiver:

”Et sentralt element i samhandlingsreformen for å løse de helsemessige utfordringene, er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.”

- St.meld.nr.47 (2008-2009, s. 97)

De to økonomiske insentivene som er innført som en del av reformen er:

- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (20 %)
- Kommunalt betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra sykehus fra dag én

De to finansieringsordningene innebærer en pengeoverføring fra sykehusene til kommunenivå, noe som skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats med utgangspunkt i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv (St.meld.nr.47, 2008-2009). Det vil være sentralt å vurdere hvorvidt disse pengeoverføringene fungerer som reelle insentiver og fører til ønskede effekter. Vi ser det som hensiktsmessig å se de to insentivene i sammenheng, da de sammen er ment å besvare de samme tre ovennevnte utfordringene. Det står:

”Regjeringens analyse er at det er de samme mangler og svakheter som gjør seg gjeldende både i forhold til de samfunnsøkonomiske utfordringene og de mer pasientrelaterte utfordringene. [...] Dette gjør at det i stor grad vil være de samme tiltakene som vurderes å svare på alle utfordringene”.

- St.meld.nr.47 (2008-2009, s. 21)

Denne utredningen vil derfor gå nærmere inn på de to nevnte økonomiske insentivene og se på hvilke endringer disse har ført med seg, og hvorvidt de møter utfordringene som skisseres i reformen. Utredningen tar utelukkende for seg effekter på kommunalt nivå og vil se på endringene i Oslo kommune. Øvrige avgrensninger gis av avsnitt 1.3.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Ut ifra formålet med utredningen ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

Hva er de foreløpige virkningene av insentivene i samhandlingsreformen for Oslo kommune?

For å svare på denne problemstillingen har vi tatt utgangspunkt i tre forskningsspørsmål, hvor de to første har som hensikt å belyse hvilke praktiske implikasjoner de to insentivene har hatt, mens det siste vurderer hvorvidt insentivene svarer på utfordringene i samhandlingsreformen. Det første forskningsspørsmålet er:

Hvilke foreløpige effekter kan spores av insentivene i samhandlingsreformen?

Dette spørsmålet har som formål å belyse den kommunale tilpasningen som følge av innføringen av insentivordningene. Både kvantitative og kvalitative metoder vil bli benyttet for å illustrere de kortsiktige tilpasningene til Oslo kommune. Framtidseffektene vil begrenses til å se på hvilke tilpasninger som er foretatt, eller allerede nå kan ses konturene av, for å møte samhandlingsreformens utfordringer.

Det andre forskningsspørsmålet er som følger:

Hvilke utfordringer og potensielle vridningseffekter medfører insentivene?

Bakgrunnen for dette spørsmålet er å se hvordan insentivet gir effekter utover det som intuitivt følger av reformen. Forekomster av eventuelle vridningseffekter, uønskede tilpasninger eller ikke-tilsiktete virkninger er således av interesse.

Det siste forskningsspørsmålet vi vil se på er:

I hvilken grad bidrar insentivene til å nå de overordnede målene i samhandlingsreformen?

Det spørsmålet er naturligvis interessant, da det er nettopp dét som er utgangspunktet for innføringen av de to insentivene; å møte de helsemessige utfordringene i samfunnet. Vi vil drøfte funnene fra de to første forskningsspørsmålene opp imot de overordnede målene og se hvorvidt funnene er i tråd med disse.

1.3 Avgrensning av utredningen

Det teoretiske bakteppet for utredningen vil være teori om økonomisk styring og desentralisering av ansvar til kommune-/bydelsnivå, med medførende prinsipal-agent problemer. Vi ønsker å se hvordan reformen kan ses i lys av tankegangen bak New Public Management når kommuner pålegges en større del av ansvaret for helsemessige oppgaver, samt i hvilken grad insentiver bygger opp under et slikt ansvar. Videre vil vi se på hvordan insentivordningene i reformen brukes som et virkemiddel for å lede agenten mot ønsket atferd, og virkningene av dette. Vurdering av disse insentivene fra et insentivteoretisk perspektiv, og de praktiske virkningene av disse, vil være hovedfokuset i utredningen. Vi vil avgrense det teoretiske styringsperspektivet til å omhandle normativ styringsteori, men vil likevel trekke inn enkelte deskriptive momenter knyttet til offentlig sektor generelt og helsesektoren spesielt, i den utstrekning det er nødvendig for å analysere virkninger av reformen.

Denne utredningen vil kun ha fokus på samhandlingsreformens to økonomiske insentiver, noe som medfører at andre forhold ved reformen holdes utenfor. Det vil dermed ikke tas stilling til hvorvidt det er bevilget tilstrekkelig med midler til ordningen, men drøfte insentivvirkningene og vurdere om pengeoverføringen har eller kan bidra til å forvalte helsekronene på en mer effektiv måte. Det medfører også at ordninger, som etableringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, som gradvis skal innføres fra 2013-2016, og vil finansieres med ytterligere pengeoverføringer fra sykehus til kommune samt noe friske midler, faller utenfor denne utredningen.

Finansieringsordningene som er bakgrunnen for insentivene er utformet slik at penger flyttes fra helseforetak til kommune. En slik omlegging vil nødvendigvis også medføre tilpasningsbehov og endret atferd fra helseforetakene sin side. Denne utredningen drøfter imidlertid kun de kommunale virkningene, slik at insentivvirkninger i helseforetakene i størst mulig grad holdes utenfor utredningen. Likefullt bygger denne utredningen på et bredt

informasjons- og informantgrunnlag, med blant annet informanter fra ulike helseforetak, for å sikre en balansert fremstilling.

Oppgaven vil videre avgrenses til kun å belyse implikasjoner av insentivene for Oslo kommune. Ettersom ulike kommuner vil ha forskjellige forutsetninger og utfordringer knyttet til innføringen av reformen, vil en geografisk og omfangsmessig avgrensning være uunngåelig. Oslo kommune er inndelt i 15 bydeler med en stor grad av autonomi, men likefullt stor sosiodemografisk ulikhet, noe som gir et bredt grunnlag for å vurdere insentiveffekter. Størrelsen på kommunen vil likevel medføre noen unike muligheter og utfordringer man ikke uten videre kan anta vil være gjeldende for andre kommuner. Overføringsverdien til andre kommuner drøftes til slutt i utredningen.

1.4 Utredningens struktur og oppbygging

Utredningen deles inn i syv kapitler. I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Her vil det innledningsvis presenteres generell teori om økonomisk styring samt prinsippal-agent teori, før mer spesifikk teori om insentiver med fokus på offentlig sektor blir skissert. Deretter vil utredningens metodiske fremgangsmåte beskrives, begrunnes og evalueres i kapittel 3.

Videre vil samhandlingsreformen og de to insentivene presenteres i mer detalj og settes inn i en økonomistyringskontekst i kapittel 4, hvor vi også beskriver relevante forhold ved Oslo kommune. Denne konteksten vil danne bakteppet for den påfølgende empirien og analysen. Innhentet informasjon basert på vår metodiske fremgangsmåte presenteres i kapittel 5, sortert etter forskningsspørsmålene. I kapittel 6 knyttes funn i empirien sammen med teoretiske aspekter og refleksjoner rundt disse. Utredningens avslutning inneholder en kortfattet konklusjon på problemstillingen, samt begrensninger, overførbarhet og forslag til videre forskning.

2. Teori

I dette kapitlet vil oppgavens bakenforliggende teori bli belyst. Vi vil begynne med å belyse teori om økonomisk styring for å sette samhandlingsreformen inn i en helhetlig styringskontekst. Vi vil så se på den underliggende prinsippal-agent teorien, som vil danne grunnlaget for vår etterfølgende beskrivelse av insentivkontrakter og optimal utforming av slike kontrakter. Deretter vil denne teorien drøftes i lys av spesielle kjennetegn ved offentlig sektor, og kapitlet avsluttes med en beskrivelse av reformbølgen i offentlig styring kalt New Public Management.

2.1 Økonomisk styring

Kort sagt kan man si at økonomi går ut på å benytte knappe ressurser på best mulig måte (Opstad, 2003), mens økonomistyring kan defineres som den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsetninger (Pettersen et al., 2008).

I teoretisk kontekst er det vanlig å skille mellom normativ og deskriptiv tilnærming til økonomistyring. I normativ tilnærming vektlegges ideelle styringsformer ut ifra et teoretisk perspektiv - hvordan ting bør eller skal være - mens deskriptiv tilnærming forsøker å belyse de reelle forholdene (Opstad, 2003). Som beskrevet i avgrensningen, vil det normative perspektivet stå i fokus i denne utredningen.

2.1.1 Normativ tilnærming

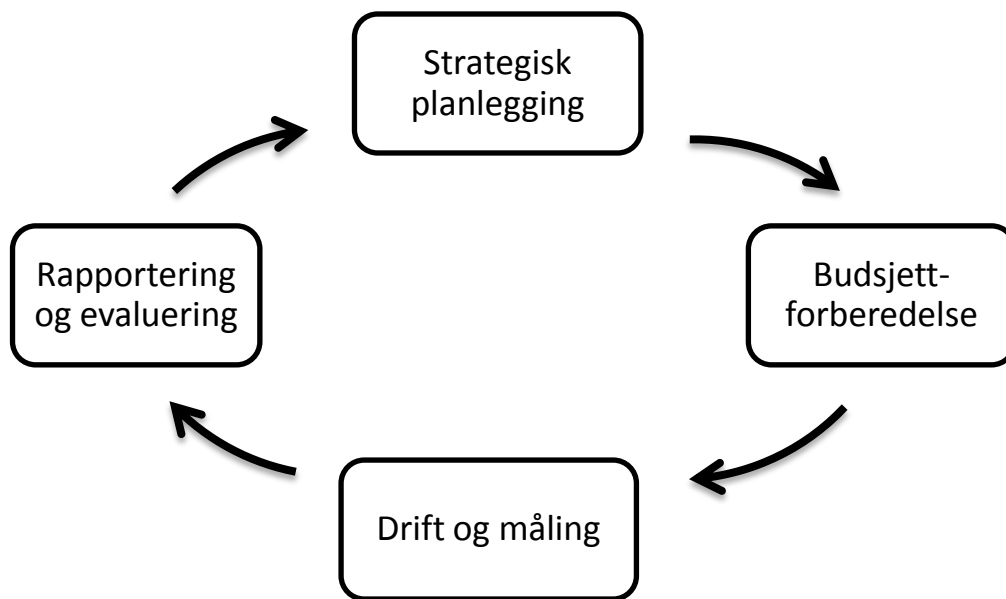
En normativ tilnærming beskriver altså den teoretisk optimale metoden å gjøre noe på. Med dette som utgangspunkt finnes det mange definisjoner av økonomisk styring. En mye brukt definisjon gis av Anthony:

“The process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization’s objectives.”

- Anthony, R. N. (1965, s. 17)

Økonomistyring handler altså om å bruke ressurser på en mest mulig effektiv måte for å realisere organisasjonens mål. Av dette følger det at man må kartlegge muligheter og behov, og sammenstille disse med den kostnadene de medfører samt nytten de gir. For at forutsetningene for en god økonomistyring skal være oppfylt, må denne vurderingen hvile på gode planleggings- og beslutningsprosesser, i tillegg til en organisasjonskultur som er åpen for og støtter opp under forbedringsforslag (Opstad, 2003).

Den normative tilnærmingen blir ofte skissert gjennom den ideelle styringssirkelen:



Figur 1: Styringssirkelen av Anthony & Young (2003)

Den strategiske planleggingen fastsettes på grunnlag av de overordnede målsetningene til organisasjonen. Målsetningene oversettes gjennom forhandlinger til budsjetter, som gir lederne fullmakt til å disponere ressurser for å nå målene (Anthony & Young, 2003). Grad av måloppnåelse skal så vurderes kontinuerlig gjennom måling og oppfølging (ibid.) Det siste steget i styringssirkelen innebærer å overføre prestasjoner til regnskapsinformasjon som rapporteres til det øverste strategiske nivået i virksomheten. Denne informasjonen er gjenstand for oppfølging og evaluering gjennom avviksanalyser (ibid.). Den økonomiske styringsprosessen gjentas i kontinuerlige sykler, ofte kalt læringssirkler (Busch et al., 2009; Anthony & Young, 2003).

Hvordan den praktiske styringen blir gjennomført for å etterleve prinsippene fra den ideelle styringssirkelen vil variere, og blant annet avhenge av virksomhetens egenart og gjeldende

rammebetingelser (Busch et al., 2009). Busch m.fl. (2009) klassifiserer økonomistyringsprinsipper på bakgrunn av fire ulike kategorier:

1. Målstyring
2. Regelstyring
3. Verdistyring
4. Markedsstyring

Målstyring (1) bygger på forutsetningene om at det inngås en kontrakt om en ønsket fremtidig tilstand (mål), og at utfører får ansvaret for å realisere dette målet. De fleste budsjettssystemer bygger på en viss grad av målstyring, ved at budsjettansvarlig har ansvaret for å forvalte budsjettene for å oppnå bestemte mål. En forutsetning er at målet kan spesifiseres og måles, samt at de som er ansvarlig for å realisere målet blir gitt tilstrekkelig handlingsrom for å nå dette. Ved regelstyring (2) etableres det formelle regler for å regulere organisatorisk atferd. Denne type styring er svært vanlig i de tilfeller hvor utforming av mål og evaluering av måloppnåelse vanskelig lar seg gjennomføre. Med verdistyring (3) menes regulering gjennom uformelle normer og verdier, med fokus på å utvikle en funksjonell organisasjonskultur som regulerer organisatorisk atferd. Verdier som opparbeides skal gi et bilde av hvilke mål som prioriteres høyt i virksomheten. Markedsstyring (4) innebærer en sammenligning mellom tilsvarende enheter, hvor differanser enten premieres eller straffes avhengig av utfall. Et slikt styringsverktøy kan sammenlignes med benchmarking og er en markedstilnærming, hvor synliggjøring av avvikende prestasjoner skal virke som et insentiv for de ulike enhetene. (Busch et al., 2009).

Det er imidlertid ikke slik at det ene styringsverktøyet ekskluderer det andre, og i praksis benytter de fleste virksomheter en kombinasjon av målstyring, regelstyring og verdistyring, i tillegg til ulike former for markedsstyring. Hvilken kombinasjon av styringsverktøy det er mest hensiktsmessig å benytte vil avhenge av organisasjonens art og en helhetlig vurdering av metodens sterke og svake sider i den aktuelle konteksten. (ibid.). Ouchi (1977) beskriver de nevnte styringsfilosofiene langs to ulike dimensjoner. Den ene dimensjonen går på resultatets grad av målbarhet. Med dette menes hvorvidt resultatene enkelt kan måles. Den andre dimensjonen går på grad av programmerbarhet, som beskriver i hvilken grad oppgavene lar seg påvirke av lederatferd. (ibid.) Dette kan sammenfattes i en tabell:

Tabell 1: Sammenfatning av styringsdimensjoner (Ouchi, 1977)

	Oppgavens programmerbarhet	
Resultatets målbarhet	<i>Perfekt</i>	<i>Ikke perfekt</i>
<i>Høyt</i>	Mål-/regelstyring	Målstyring
<i>Lavt</i>	Regelstyring	Verdistyring

Effektiv normativ styringsteori forutsetter gode samarbeidsrelasjoner. Det vil derfor være nødvendig å se nærmere på ulike aspekter ved prinsipal-agent forholdet og utfordringer ved kontraktsutforming.

2.2 Prinsipal-agent teori

For å forstå hvordan offentlig sektor fungerer, er det relevant å se den fra et prinsipal-agent perspektiv. Prinsipal-agent teorien bygger på sterke forenklinger av virkeligheten, men fremhever likevel nyttige mekanismer for å forstå samspillet mellom aktører ved delegering av ansvar (Ross, 1973). Teorien er ofte brukt til å forklare atferd innad i en organisasjon, men kan også forklare samspillet mellom ikke-integrerte organisasjoner (Gibbons, 1998).

Prinsipal-agent problemet er et klassisk problem i økonomisk teori som har vært i vinden helt siden Adam Smiths tid. Da handlet diskusjonene blant annet om hvordan man kan sikre at produksjon blir gjennomført på den mest effektive måten, hvordan utnytte fordelene ved spesialisering og viktigheten av å ivareta knappe ressurser på den meste hensiktsmessige måten. Selv om markedet kan finne ut av den mest effektive måten å produsere varer på vil det fortsatt være et problem knyttet til om hvert individ utfører sin forhåndsavtalte oppgave.(Pratt & Zeckhauser, 1985).

Ross (1973) og Jensen og Meckling (1976) var tidlig ute og omtalte et prinsipal-agent forhold som et samspill der en eller flere personer (prinsipal) engasjerer en annen person (agent) til å utføre oppgaver på deres vegne og delegerer beslutningsmyndigheten helt eller delvis til den underordnede. Dersom begge parter er nyttemaksimerende, er det god grunn til å tro at agenten ikke alltid vil handle på en måte som er optimal for prinsipal (Jensen & Meckling, 1976). Prinsipal og agent er ofte på ulike nivåer i en organisasjon, og interessene

deres er således ofte ikke fullstendig sammenfallende. Det antas derfor i teorien at det inngår en kontrakt mellom prinsipalen og agenten der agenten blir kompensert for sine handlinger (Ross, 1973; Eisenhardt, 1989). Ut i fra kontrakten velger agenten om han vil delta og hvor mye innsats som legges ned i arbeidet.

Grunnet utfordringene knyttet til interessemotsetninger mellom prinsipal og agent, kan det fort oppstå målkonflikter mellom hva prinsipalen ønsker at agenten skal gjøre og hva som faktisk gjøres. Målkonflikter i relasjonen er spesielt problematisk når det er knyttet usikkerhet til spillet mellom aktørene, og det er særlig tilfelle når aktørene har asymmetrisk informasjon (Arrow, 1985; Holmstrøm, 1979). Det skilles mellom to hovedtyper av prinsipal-agent problemer knyttet til denne informasjonsasymmetrien, og det er skjult handling (moralsk hazard) og skjult informasjon (adverse selection) (Arrow, 1985).

Skjult handling forekommer når prinsipalen ikke kan observere handlingene til agenten, men kan gjøre observasjoner for eksempel knyttet til resultatet av handlingen (ibid.). I et prinsipal-agent forhold vil ikke agenten bære den fulle økonomiske konsekvensen av sin atferd, og dette gir opphav til problemer vedrørende handlinger som ikke kan observeres (Hendrikse, 2003). Den vanligste formen for skjult handling er innsatsen til agenten, både hvor høy innsatsen skal være og hvordan den allokeres mellom oppgaver. Innsats er en kostnad for agenten, men er av verdi for prinsipalen fordi det øker sannsynligheten for et fordelaktig resultat. I situasjoner med skjult handling setter prinsipalen en kontrakt der belønning avhenger av observert resultat, men dette kan være problematisk da andre faktorer enn agentens handlinger også påvirker resultatet. (Arrow, 1985). Dette belyses mer omfattende senere i oppgaven der insentivutforming forklares.

Problemer knyttet til skjult informasjon forekommer når agenten har gjort observasjoner som prinsipalen ikke har. Agenten vil da bruke dette i sine beslutninger, mens prinsipalen ikke kan finne ut av om agenten har brukt informasjonen på best mulig måte i forhold til egne interesser. Prinsipalen kan med andre ord observere agentens handlinger, men vet ikke bakgrunnen for handlingene, eller om det er tilfeldige forhold som også påvirker resultatet. (ibid.).

Jensen og Meckling (1976) påpeker at prinsipalen kan begrense agentens opportunistiske atferd ved å etablere hensiktsmessige insentiver for agenten, og ved å overvåke agentens atferd. En naturlig konsekvens av problemet med skjult handling er at prinsipal investerer i å

overvåke agentens handlinger, og bruker denne informasjonen til utforming av en kontrakt. Som regel er full overvåkning av agenten umulig eller svært kostbart, slik at imperfekte estimater tas i bruk under kontraktsutformingen (Holmstrøm, 1979). Dermed blir utfordringen å strukturere en avtale som fører til at agenten vil handle i prinsipalens interesser selv om deres handlinger og informasjon ikke er tilgjengelig for prinsipalen (Pratt & Zeckhauser, 1985).

Prinsipal-agent teori setter fokus på tilstedeværelsen av egeninteresse innad i og mellom organisasjoner, og bekrefter viktigheten av insentiver (Perrow, 1986). Viktigheten av insentiver og nærværet av egeninteresse ved desentralisering av ansvar er godt illustrert i følgende sitat fra Huckleberry Finn:

”Well, then says I, what’s the use you learning to do right when it’s troublesome to do right and ain’t no trouble to do wrong, and the wages is just the same“

- Huckleberry Finn²

Prinsipal-agent teorien gir oss interessante perspektiver som danner bakgrunnen for hvorfor gode insentivkontrakter, for å lede atferd i ønsket retning, er viktig å utforme.

2.3 Utforming av insentivkontrakter

Insentiver kalles gjerne økonomens viktigste verktøy, og blir beskrevet slik i Kerr sin klassiske artikkel ”On the folly of rewarding A, while hoping for B” (1975):

”Whether dealing with monkeys, rats or human beings, it is hardly controversial to state that most organisms seek information concerning what activities are rewarded, and then seek to do (or at least pretend to do) those things, often to the virtual exclusion of activities not rewarded.”

- Kerr, S. (1975, s.1)

Et økonomisk insentiv er en innretning hvor agenten blir kompensert for å gjøre spesifikke handlinger, og brukes av prinsipal for å signalisere hva som skal fokuseres på. Insentivene har til hensikt å lede agenten til å allokere tid, innsats og ressurser på ulike oppgaver (Kerr, 1975). Dersom insentivene virker etter hensikten skal oppgaver som er i tråd med

²The Adventures of Huckleberry Finn, Mark Twain (1884), sitat hentet fra (Milgrom & Roberts, 1992, s. 206).

organisasjonens mål, utføres på en mest mulig effektiv måte til så lave kostnader som mulig, noe som gjerne kalles målkongruens (Milgrom & Roberts, 1992). For at dette skal være mulig må man identifisere mål og fastsette kriterier som agentene vurderes etter. En må også ha et godt evalueringssystem hvor en skiller mellom gode og mindre gode prestasjoner (ibid.).

2.3.1 Eksplisitte og implisitte kontrakter

Kontrakter mellom prinsipal og agent kan enten være i form av eksplisitte kontrakter eller implisitte kontrakter. En eksplisitt kontrakt er en formell, juridisk avtale som er skriftlig nedfelt og rammene er klart satt. En implisitt kontrakt eller relasjonskontrakt dreier seg om at det er underforståtte og tillitsbaserte forventninger mellom partene. En slik kontrakt vil håndheves ved interaksjon over tid, og overholdes ved ønske om å opprettholde en god relasjon. (Baker et al., 2002). Det er vanlig å kombinere eksplisitte kontrakter basert på objektive mål med relasjonelle kontrakter. I mange tilfeller vil ikke implisitte kontrakter være sterke nok til at agenten følger dem, og da kan en eksplisitt kontrakt være et gunstig supplement. På den andre siden kan en implisitt kontrakt med subjektiv prestasjonsevaluering dempe skjevhetene ved de objektive målene i en eksplisitt kontrakt (Baker et al., 1994).

2.3.2 Intertemporale aspekter

Et prinsipal-agent forhold vil ofte vare over flere perioder slik at agenten handler på prinsipalens vegne flere ganger. Dette kan sies å være tilfellet for forholdet mellom kommunene og staten, hvor staten årlig overfører rammebevilgninger til kommunene gjennom statsbudsjettet (Finansdepartementet, 2012). Det fremheves i litteraturen at langvarige forhold kan medføre at usikkerheten mellom partene blir noe mindre og uønsket atferd er lettere å avdekke (Holmstrøm, 1979). Som et resultat at dette vil kontrakts- og overvåkningskostnader kunne reduseres tillegg til at det bidrar til å bygge tillit, lette flyten av informasjon og gir noen risikospredningsfordeler (Pratt & Zeckhauser, 1985). Likevel vil det ved fravær av fullstendig informasjon og perfekte kontrakter, være muligheter for strategiske tilpasninger i relasjonelle forhold.

Meyer og Vickers (1997) peker på at slike dynamiske relasjoner kan ha positive og negative effekter med hensyn til en agents innsats i et prinsipal-agent forhold. Forfatterne fremhever

to ulike implisitte effekter som vil ha betydning for hvordan optimale kontrakter bør utformes.

Positivt implisitt insentiv – karrieremotiv

Dersom høy innsats og produktivitet i dag gir opphav til forventinger om høyere belønning i fremtiden, forklarer Meyer og Vickers (1997) at det foreligger et positivt implisitt insentiv. Ved tilstedeværelse av positive implisitte insentiver vil dermed agenter belønnes i fremtiden som følge av økt innsats i dag.

Enkelte forskere, som Fama (1980), argumenterer for at positive implisitte insentiver erstatter behovet for eksplisitte insentivkontrakter. Med hans sterke tro på det disiplinerende markedet, hevder han at tilstedeværelsen av slike insentiver vil overflødiggjøre eksplisitte kontrakter. Fra et teoretisk perspektiv påpeker imidlertid Holmström (1999) at fraværet av eksplisitte kontrakter vil føre til for høy innsats tidlig i relasjonen, med etterfølgende lavere innsats.

Negativt implisitt insentiv – mothakevirkning

Implisitte insentiver trenger ikke nødvendigvis bidra til økt innsats. Det motsatte vil være tilfellet dersom dagens innsats blir møtt med skjerpene krav i fremtiden. Dersom agenten vet eller frykter at dette er tilfellet, vil vedkommende kunne velge lav innsats i dag for å øke sannsynligheten for fremtidig belønning av høy innsats (Meyer & Vickers, 1997). Dersom agentens innsats i første periode blir lagt til grunn for prinsipalens vurdering av oppgavens vanskelighetsgrad og etterfølgende belønningskrav, muliggjøres manipulasjon av insentivprogrammet fra agentens side. Slik strategisk tilpasning som oppstår når insentivkontrakten endrer seg etter hvert som resultatene av agentens handlinger blir kjent, kalles mothakeeffekten (Burgess & Ratto, 2003), og er velkjent i offentlig sektor.³

Dersom faren for mothakevirkninger er til stede, står den utførende etat ovenfor et dilemma. Når høy grad av måloppnåelse blir belønnet i dag, samtidig som dette medfører et strammere budsjett for neste år, vil naturlig nok insentivstyrken for å yte høy innsats i dag reduseres. Det er derfor sentralt å ikke utelukkende anvende dagens prestasjon som fremtidig belønningsgrunnlag, eller forsikre agenten om at fremtidig innsats og belønning ikke blir lidende som følge av høy innsats i dag.

³ Skisseres blant annet i utredning om behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten (NOU, 2003:1)

2.3.3 Prinsipper for utforming av kontrakter

Ved utforming av insentivkontrakter er det flere kriterier som må ligge til grunn for å sikre at agentens innsats maksimeres og er i tråd med organisasjonens mål.

Kontrollerbarhetsprinsippet

Et viktig prinsipp ved utforming av optimale kontrakter er at en agent kun skal holdes ansvarlig for resultater vedkommende har innflytelse (kontroll) over (Hall, 2002). Hall peker på agentens mangel på kontrollmulighet over produserte resultater som hovedproblemet ved utforming av insentivkontrakter. Problemet oppstår dersom prinsipal ikke er i stand til å vurdere om det observerte resultatet stammer fra agentens produktivitet, eller om det skyldes andre ukontrollerbare faktorer, som markedssvingninger. Han beskriver videre at enhver reduksjon av støy som bidrar til bedre samsvar mellom handling og observert resultat, er meningsfull. For at agentens innflytelse skal maksimeres, må variansen mellom det som måles og agentens handlinger minimeres. Dersom agentens innflytelsesmulighet ikke er til stede, vil agentens motivasjon for å nå prinsipalens fastsatte mål reduseres. Derfor vil det være optimalt for både prinsipal og agent at det velges måleindikatorer som i størst mulig grad påvirkes av agentens handlinger. Dette vil også være med på å svekke agentens risiko. (ibid).

I sin omtale av prestasjonsmål skiller Hall (2002) mellom brede og smale målsetninger, hvor smale prestasjonsmål fokuserer på færre målbare indikatorer. Han understreker at utfordringene knyttet til kontrollerbarhet er større ved brede prestasjonsmål, ettersom det er vanskeligere å se sammenhengen mellom målt og faktisk atferd. På den andre siden forklarer han at utfordringene knyttet til vridningseffekter er større ved smalere prestasjonsmål, da det muliggjør strategisk tilpasning fra agenten, som med større enkelhet kan fokusere sin innsats mot oppgavene som belønnes. (ibid.).

Insentivintensitetsprinsippet

Ved utarbeidelsen av insentivkontrakter, ligger det implisitt at agenten påføres risiko. Som beskrevet tidligere oppstår prinsipal-agent problemet blant annet som følge av at prinsipalen ikke direkte kan overvåke alt agenten gjør. Av dette følger det at prinsipalen kun vil belønne agenten for den atferden som observeres, og denne tilsvarende ikke nødvendigvis den som ytes. Usikkerheten som oppstår omkring agentens innsats kalles i litteraturen risikokostnader (Hall, 2002; Milgrom & Roberts, 1992). På bakgrunn av disse risikokostnadene kan man

utforme en optimal kontrakt etter insentivintensitetsprinsippet. Insentivintensiteten avgjør styrken på insentivet, på bakgrunn av agentens innsats og de usikkerhetene som er knyttet til agentens innsats (Milgrom & Roberts, 1992). Styrken på insentivene bestemmes av hvor stor del insentivordningen er av agentens totale belønning. Større usikkerhet omkring agentens innsats (høyere varians) gir en lavere insentivintensitet, noe som tilsier at optimal belønning basert på innsats da bør reduseres. (ibid.).

I henhold til insentivteori kan faktorene som er avgjørende for hvorvidt insentiver er hensiktsmessig, og hvilken styrke insentivene bør ha, oppsummeres i fire punkter. De fire faktorene som bestemmer rammene for optimalt kontraktdesign er (ibid.):

- Informativitetsprinsippet. Agentens kompensasjon bør baseres på klarest mulig ytelsesmål, ettersom kostnaden ved å bruke insentiver øker med usikkerheten som oppstår vedrørende måling av agentens innsats. Milgram og Roberts (1992) kaller dette informativitetsprinsippet, og vil påvirkes av agentens risikovillighet. Dersom agenten er risikoavers vil agenten forlange en betydelig risikopremie.
- Prinsipalens utbytte. Dersom agentens endrede handling som følge av insentivordningen er mye verdt for prinsipal, bør insentivintensiteten være høy. Hvis agenten utfører flere oppgaver på vegne av prinsipalen, og en eller flere av disse ikke kan måles pålitelig, bør insentivintensiteten være lav.
- Målingsnøyaktighet. I hvilken grad prinsipalen har mulighet til å måle agentens prestasjoner er avgjørende for hvor omfattende insentivene kan være. Dersom det er flere faktorer som kan påvirke resultatet av agentens handling vil målenøyaktigheten være lav. Det samme vil være tilfellet dersom resultatet av agentens handlinger vanskelig lar seg måle. I slike tilfeller vil agentens risikokostnader være høye, noe som vil redusere sannsynligheten for at agenten handler etter prinsipalens ønsker.
- Agentens insentivfølsomhet. Dersom agenten responderer sterkt på økonomiske insentiver, og oppgavene som utføres kan måles pålitelig, bør insentivintensiteten være høy. Dersom dette ikke er tilfellet bør prinsipal heller vurdere andre styringsverktøy enn insentivkontrakter.

Den generelle insentivteorien som er nevnt ovenfor er opprinnelig utviklet for privat sektor (Dixit, 2002), og det vil således være relevant å se på spesielle kjennetegn ved offentlig

sektor og forstå teorien i lys av dette. Det er flere egenskaper ved offentlig sektor som skiller seg fra det private, og det er viktig å ha disse klart for seg når insentivene i samhandlingsreformen skal vurderes.

2.4 Økonomisk styring i offentlig sektor

Offentlig virksomhet skiller seg fra privat virksomhet på flere grunnleggende punkter. Når det gjelder økonomisk styring, er det spesielt store forskjeller vedrørende hvilke mål man arbeider mot og hvordan disse målene fastsettes (Busch et al., 2009).

I private virksomheter er hovedsakelig eieren den mest dominerende interessenten, mens det er befolkningens interesser som står i fokus hos offentlige institusjoner. Private eiere har som sitt primære mål å sikre en tilfredsstillende avkastning på egen investert kapital, mens staten har mål knyttet til velferd, rettferdighet, sosial likhet osv. (Busch et al., 2009). I reglementet for økonomistyring i staten (2003) står det:

”Departementet skal sikre seg at alle virksomheter har tilfredsstillende intern kontroll slik at fastsatte mål og resultatkrav følges opp, [...] [at] ressursbruken er effektiv [...] [og] at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater.”

- Finansdepartementet (2003, §4)

Disse retningslinjene ligger til grunn for offentlig forvaltnings uttalte mål om å ivareta hensynet til kvalitet, tilgjengelighet, rettferdighet og samfunnsøkonomisk effektivitet i offentlige tjenester (Regjeringen, 2012b). Styringsutfordringene skiller seg ytterligere fra privat virksomhet da det også poengteres at offentlig sektor skal tilby gode tjenester, valgfrihet og medbestemmelse (ibid.). Slike styringsprinsipper impliserer at interesser må avveies, og det vil i mange tilfeller medføre optimale løsninger som i stor grad skiller seg fra privat tankegang om å maksimere avkastning.

Utover de overordnede forskjellene vedrørende målsetninger, er også rammebetingelsene fundamentalt forskjellige fra privat til offentlig sektor. Private aktører opererer i et konkurransepreget marked, hvor ulike tilbydere konkurrerer om å tilby produkter og tjenester til forbrukere som står mer eller mindre fritt til å velge det de ønsker. Den offentlige forvaltningen er i liten grad avhengig av dette markedet, og produserer med få unntak varer og tjenester som stilles til befolkningens rådighet uten direkte krav til motytelser. (Busch et

al., 2009). Ettersom etterspørselen etter offentlige tjenester ikke reguleres i et marked, er det ikke mulig for det offentlige å måle verdiskaping på samme måte som en privat bedrift kan måle salgsinntekter, kostnads- og resultatutvikling (Nyland & Pettersen, 2010; Busch et al., 2009). Anthony og Young (2003) poengterer at mangelen på en tilsvarende markedsløsning er årsaken til at prestasjonsmålingen i det offentlige primært foregår sentralt, og er grunnlaget for at offentlig forvaltning historisk har vært preget av regelstyring (jf. innledende drøftelse om styringsprinsipper).

2.4.1 utfordringer ved å bruke styringsteori i offentlig sektor

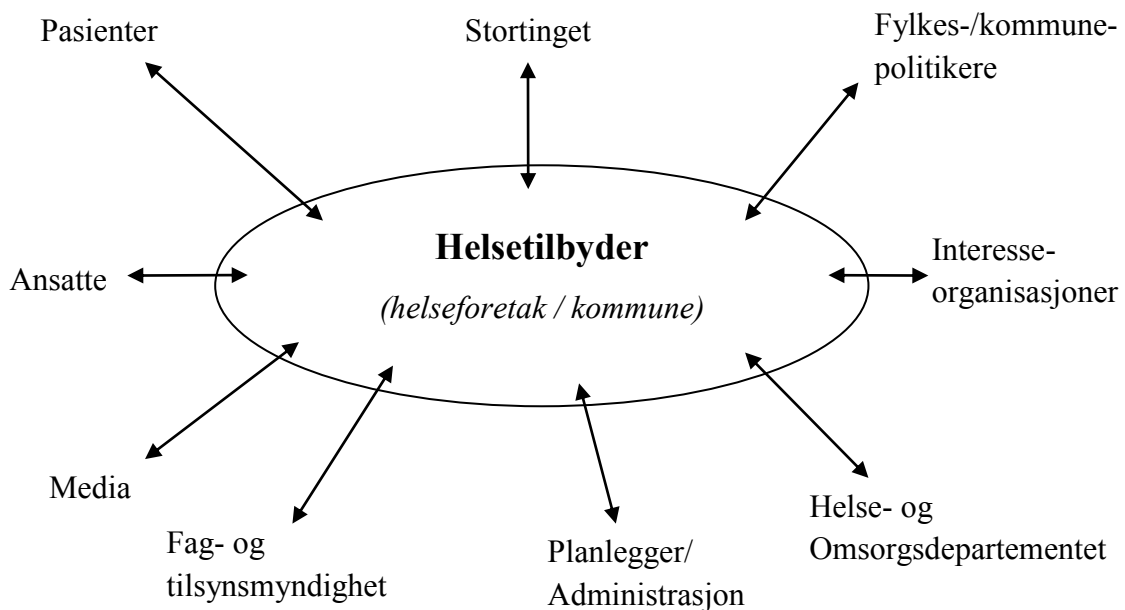
På bakgrunn av tidligere nevnte forskjeller mellom privat og offentlig sektor, er det ikke åpenbart at normativ økonomistyringsteori uproblematisk lar seg overføre til praksis. Egenartene ved offentlig sektor gjør at det kan være utfordrende å komme med løsninger som bidrar til en optimal ressursutnyttelse, og som ifølge Dixit (2002) og Burgess & Ratto (2003) er med på å problematisere bruken av insentivkontrakter. Forfatterne peker på at faktorer som multiple prinsipaler, multiple oppgaver, fravær av konkurranse, motiverte agenter og måleproblemer påvirker insentivvirkningen. Det understrekes at mange av forskjellene ikke er absolutte, men at de i ulik grad kan være til stedet i offentlig sektor (Dixit, 2002). I de neste avsnittene vil vi gå nærmere inn på ulike aspekter ved offentlig sektor som kompliserer bruken av økonomisk teori, og spesielt rette et blikk mot helsesektoren.

2.4.1.1 Multiple prinsipaler

Handlingene til et utøvende organ i offentlig sektor berører ofte mange personer som kan være i en posisjon til å påvirke resultatet som prinsipaler, og agentene må dermed ta hensyn til flere ulike interessenter når beslutninger fattes (Burgess & Ratto, 2003). Generelt kan man hevde at politikere på ulike nivåer, fagforeningene, media og brukerne av tjenestene er prinsipaler som utøvende etat må ta hensyn til (Propper & Wilson, 2003; Dixit, 2002). Det fører til at målsetningene for offentlig sektor, kontra privat sektor, der eierens interesser er dominerende, blir komplekse og sammenhengen mellom agents valg og utfall mer usikker (NOU, 2003:9).

Ettersom det er staten som har ansvaret for en rekke viktige samfunnsoppgaver, vil ulike individer og grupper være opptatt av å ivareta forskjellige interesser og mål. Basert på dette, som gjerne kalles heterogenitet eller mangfold, kan organisasjoner oppfattes som

koalisjoner, hvor hver aktør handler ut ifra en rasjonell egeninteresse og kan inngå samarbeid på tvers av organisasjonen for å oppnå dette (Christensen et al., 2004). Pettersen m.fl. (2008) eksemplifiserer disse interessekonfliktene i helsesektoren ved å se på et enkelt sykehus, hvor alle de ulike avdelingene ønsker mest mulig moderne og spesialisert utstyr til sin avdeling. Dette ønskes uavhengig av sykehusets overordnede mål, og disse målene kan igjen avvike fra overordnede målsetninger for sykehus- og helsesatsingen på landsbasis. De ulike interessentene skisseres ofte i en interessentmodell. Pettersen og Bjørnenak (1997) skisserer helseinstitusjonenes interesser i en slik modell:



Figur 2: Helseinstitusjonenes interesser (Pettersen & Bjørnenak, 1997)

Modellen gir et bilde av de til enhver tid aktuelle interessentene i ulike beslutningsprosesser i helsesektoren. For en sektor med mange interesser, som har med ulik bakgrunn, preferanser og kunnskapsnivå, vil det knytte seg problemer til å utforme insentivkontrakter som tar hensyn til alle berørte parter.

Utfordringene ved insentivutforming i situasjoner med multiple prinsipaler er godt dekket i litteraturen, hvor blant annet Holmstrøm og Milgrom (1988) skisserer hvordan en optimal lineær kontrakt utformes i en situasjon med to prinsipaler. Dixit (1997) utvider denne modellen til å gjelde multiple prinsipaler. Innsikten fra modellene deres er at prinsipalene vil tilby et positivt insentiv på elementer de er interessert i, og negativt på de resterende dimensjonene. Dette fører til at det oppstår negative eksternaliteter for prinsipaler som ikke

har sammenfallende interesser, ettersom deler av agentens innsats brukes på oppgaver som ikke skaper verdi for alle prinsipalene (Burgess & Ratto, 2003). Dette medfører at det i tilfeller med mange prinsipaler er mer komplekst å utforme insentiver, og insentivene blir svakere for agenten, fordi prinsipaler ofte bare er interessert i deler av resultatet og disse samsvarer ikke alltid med hverandre. (Burgess & Ratto, 2003; Dixit, 2002).

2.4.1.2 Multiple oppgaver

En konsekvens av multiple prinsipaler som verdsetter ulike handlinger, er at etater i det offentlige og derunder helsetilbyderne, ofte har mange oppgaver som må fokuseres på (Dixit, 2002).

I den klassiske prinsipal-agent modellen forutsettes det at agenten kun har en oppgave å forholde seg til, men tilfellet for offentlig sektor er at agenten i realiteten ofte har mange oppgaver som er viktige. Dette byr på problemer med kontraktsutforming ettersom det er umulig å skrive fullstendige kontrakter der alle relevante aspekter ved agentens atferd spesifiseres (Prendergast, 1999). Som et resultat av dette kan agenten strategisk allokere sin innsats i retning av oppgaver som belønnes, og dermed nedprioritere andre oppgaver som kan være viktige, men som er vanskelig å belønne i en kontrakt (ibid.). I valget mellom flere oppgaver, der innsatsen ikke kan overvåkes direkte av prinsipal, vil en rasjonell aktør tilpasse seg slik at den aktiviteten som på marginen gir best utbytte velges (Milgrom & Roberts, 1992). Derfor må prinsipal sørge for at alle viktige aktiviteter er lønnsomme for den ansatte å bedrive, ellers stimulerer ordningen til at noen oppgaver nedprioriteres (Holmstrøm & Milgrom, 1991). Argumentet er simpelthen at du som prinsipal får den innsatsen du betaler for (Kerr, 1975). Dersom aktiviteter som ikke kan måles, og dermed ikke belønnes, er av betydning slik at kostnadene ved at agenten nedprioriterer oppgavene er høye, bør insentivene revurderes (Burgess & Ratto, 2003).

Det er altså en risiko ved økonomiske insentiver ettersom de vrir oppmerksomheten, og dette kan føre med seg negative effekter. De negative effektene av et insentiv kalles vridningseffekter, og feilslåtte insentiver kan føre til gale beslutninger, intriger, ikke-kooperativt samarbeid, sabotasje og generelt utilsiktede og dysfunksjonelle prioriteringer av alle slag i organisasjonen (Baker G. , 2000). Studier har vist at slik ineffektiv respons på insentivkontrakter er til stede, og grunnet slik atferd er det antatt at det i jobber med komplekse oppgaver og store muligheter for strategisk tilpasning, er få insentivkontrakter (Prendergast, 1999).

Negative vridningseffekter kan begrenses ved å etablere flere ulike prestasjonsmål i insentivkontrakten (Holmstrøm & Milgrom, 1991; Feltham & Xie, 1994). Alternativt kan det brukes mer subjektive evalueringsmetoder som gir rom for skjønnsmessige vurderinger av hvorvidt målene er nådd eller ikke (Prendergast, 1999). Økt antall prestasjonsmål kan øke agentens vilje til å utføre flere oppgaver som fører til at innsatsen som legges ned i større grad sammenfaller med prinsipalens interesser. I tillegg kan det redusere agentens risiko ved at flere utfall av agentenes handlinger kan gi belønning (Feltham & Xie, 1994).

2.4.1.3 Mangel på konkurranse

Et spesielt kjennetegn ved offentlige institusjoner er mangelen på konkurranse. Dixit (2002) nevner ulike forhold det er verdt å belyse. For det første er de fleste offentlige etater etablert som subsidierte eller fullfinansierte monopoler, og vil i mange tilfeller ikke ha naturlige konkurrenter. I Norge forplikter regjeringen seg til å tilby alle innbyggere tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, 2012a). Dette sikres gjennom Pasientrettighetsloven (1999), mot betaling av en mindre egenandel.⁴ Befolkningen står fritt til å kjøpe tilsvarende tjenester i det private markedet ved selv å betale for behandlingen. Selv om dette muliggjør konkurranse blant kjøpesterke grupper i befolkningen, vil ikke dette i nevneverdig grad påvirke helseforetakenes posisjon som monopolist i markedet, da det offentliges tjenester er tilnærmet kostnadsfrie for forbrukeren.

Den tilnærmede monopolistposisjonen gjør at konkurranse på pris- og etterspørselssiden er minimal. Den manglende konkurransen fører til at insentivet om effektivitet av overlevelseshensyn elimineres, noe flere forskere mener bidrar til manglende kostnadsfokus og ineffektivitet (Dixit, 2002; Williamson, 1998).

2.4.1.4 Måleproblemer i det offentlig

Som nevnt innledningsvis har offentlig forvaltning målsetninger knyttet til kvalitet, tilgjengelighet, rettferdighet og samfunnsøkonomisk effektivitet (Regjeringen, 2012b). Slike målsetninger er vanskelig kvantifiserbare, noe som gir spesielle utfordringer knyttet til resultatmåling i offentlig sektor (Burgess & Ratto, 2003). Ser man disse målsetningene i lys av antall interessenter gitt av interessentmodellen i Figur 2, blir temaet resultatoppnåelse i offentlig sektor enda mer komplekst.

⁴ Betaling av egenandel reguleres gjennom forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester (2011).

I den grad multiple prinsipaler har mål som kommer i konflikt med hverandre, innvikler dette måleproblemet seg ytterligere. Med overlappende og til dels motstridende mål, vil det være komplisert å identifisere en klar årsakssammenheng mellom innsats og resultat (Propper & Wilson, 2003). Dette bidrar også til å underbygge et annet kjent fenomen, nemlig at det ofte i offentlige organisasjoner kun vil være mulig å måle effektivitet og måloppnåelse på aggregert nivå (Nyland, 2003; Burgess & Ratto, 2003). Holmström (1982) forklarer fordelene med aggregerte mål, men presiserer også at det er åpenbare svakheter dersom det er lav korrelasjon mellom ytt innsats og målbart resultat.

Ifølge Burgess & Ratto (2003) vil den primære måten for å kontrollere atferd i slike situasjoner være overvåkning. Forfatterne peker på at slik overvåkning ofte tar utgangspunkt i brukernes erfaringer og rapporterte klager. De forklarer videre at kontroll og overvåkning er kostbart, men nødvendig, for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser.⁵ I deres forskning peker forfatterne på at avanserte informasjonssystemer kan være for kostbart for offentlige organisasjoner, men at teambasert belønning kan være en mulig løsning på agentproblemer dersom resultater kan måles pålitelig på aggregert nivå.

Spesielle kjennetegn ved helsesektoren gjør at måleproblemen utspiller seg i enda større grad her enn i andre offentlige sektorer. Helsebegrepet er svært sammensatt og det er vanskelig å komme opp med et klart definert mål på hvor god helsevesenets innsats er. En uklar sammenheng mellom innsats, kvalitet og måloppnåelse, på bakgrunn av måleproblematikken, gjør det vanskelig å slå fast hvilke grep som må til for å drive helsesektoren i riktig retning. Dette ble formulert slik av Donabedian:

*"We cannot make progress in producing care more efficiently unless we can **measure** the product, and the product cannot be measured properly if its **quality** is not known."*

- Donabedian (1983, s.3)

Begrepet "helsens paradoks" nevnes ofte i denne sammenhengen (Barsky, 1988). Det økonomiske aspektet ved dette paradokset beskriver at nettoeffekten av ulike helsetiltak ofte er uklare (NOU, 1998:18). Vi kan for eksempel tenke oss at det investeres mer i forebygging for å bedre den generelle folkehelsen og øke levealderen i befolkningen. Vellykket

⁵ Felles administrativt regelverk for økonomistyring i staten har som formål å sikre at statlige midler brukes effektivt (Regjeringen, 2012c).

forebygging vil kunne redusere antall sykehusinnleggelseser og øke antall yrkesaktive år, noe som øker statens inntektsgrunnlag. På den andre siden vil økt levealder medføre økt sannsynlighet for alderssykdommer og andre kostnader knyttet til en aldrende befolkning. Den økonomiske nettoeffekten av forebygging er dermed uklar. Denne kompleksiteten bidrar til mangelen på tydelige veivisere for hvordan finansiering og organisering skal utformes på en optimal måte innen helsesektoren.

I tillegg vil det i forbindelse med helsetjenester i stor grad være mangel på en fasitløsning knyttet til hvordan man skal behandle pasienter med en bestemt diagnose, og for å fastslå hvilken effekt behandlingen har hatt. Det vil for eksempel være vanskelig å fastslå om det er den faktiske behandlingen som har medført de observerte effektene, eller om andre eksogene forhold kan ha medvirket, da det tidvis observeres store individuelle forskjeller (Opstad, 2003).

Resultatet av gjennomgående store måleproblemer i helsesektoren kan være at insentivutforming kompliseres i større grad enn i andre sektorer. Som nevnt tidligere vil insentivkontrakter ha liten virkning på agentens atferd dersom innsats og måloppnåelse ikke kan måles pålitelig.

2.4.1.5 Profesjonsdominans og uklare ansvarsforhold

Opstad (2003) beskriver at profesjonsdominans er til stede i helsesektoren. Dette kan potensielt bli et problem ettersom det er helsepersonellet som sitter med lokal kunnskap og erfaring omkring hva som virker, mens det er andre som innfører rammebetingelser og bevilger penger. Da det er helsepersonell som besitter ekspertisen, men ikke nødvendigvis gagnes personlig av endringer, innehar disse en særlig sterk posisjon. Et tverrfaglig samarbeid kan eksempelvis føles som en utfordring av legens makt. (ibid.). Sterk profesjons kan være med å komplisere insentivvirkningene, og gi opphav til et vanskelig samarbeidsklima mellom ulike parter i helsesektoren.

Et annet kjennetegn ved offentlig sektor som kan påvirke målstyring og insentivordninger er tilstedeværelse av uklare ansvarsforhold. Ettersom helsetjenester tilbys på nasjonalt plan, ved tilskudd til spesialisthelsetjenesten, regionalt- og lokalt plan kan det lett oppstå uklarheter omkring hvem som i realiteten sitter med ansvaret (Opstad, 2003). Kommunene får bevilget penger og har ansvaret for oppfølging av egne innbyggere, men dersom pengesummen de tildeles oppfattes som for liten til å gjøre tilstrekkelige tiltak, vil de kunne føle at staten har ansvaret (ibid.).

2.4.2 Institusjonell teori

I normativ styringsteori legges det vekt på å forene interessentenes interesser gjennom bruk av insentiver. Som skissert i avsnittene over, er det en rekke utfordringer knyttet til dette. Selv om vår utredning har fokus på slike normative perspektiver, er det likevel verdifullt å nevne et moment fra deskriptiv teori som kan være med på å forklare insentivutforming og -bruk.

Dette momentet, kalt institusjonell teori, utfyller den generelle økonomiske tankegangen om at kun de mest effektive organisasjonene vil overleve på sikt (DiMaggio & Powell, 1983). For å være levedyktige over tid, må organisasjoner i tillegg etablere og opprettholde en aksept og støtte i samfunnet (ibid.). Med en stadig voksende offentlig sektor generelt, og vekst i helseutgifter spesielt, kombinert med problemene knyttet til resultatmåling, vil behovet for slik legitimering i omgivelsene være spesielt viktig (Busch et al., 2009). Med legitimitet i offentlig sektor menes det å skape en forståelse og aksept for de avgjørelser som fattes og den praksis som utføres (ibid.). Busch m.fl. (2009) peker spesielt på to årsaker til at legitimering er sentralt i offentlig sektor. På den ene siden er det sentralt å oppnå en aksept blant institusjonens interessenter, for å sikre at brukere og andre berørte parter har tillitt til den underliggende driften. Det andre motivet retter seg mot demokratiske beslutningsprosesser, hvor beslutningstakerne er avhengig av gjenvalg.

Christensen m.fl. (2004) poengterer at legitimitet er spesielt viktig i politiske beslutningsprosesser, ettersom politikere i større grad er avhengig av aksept og oppslutning. En må dermed vurdere hvorvidt politiske vedtak fattes på bakgrunn av behovet for legitimitet, noe som kan gå ut over ønsket om best mulig ressursutnyttelse. Vedtak som fattes for å sikre legitimitet kan således være gjenstand for vikarierende motiver, og lede til samfunnsøkonomisk irrasjonelle beslutninger (Meyer & Rowan, 1977).

2.5 New Public Management

For å møte de offentlige styringsutfordringene, og som en reaksjon på en sterkt økende offentlig sektor, oppsto det på 1980-tallet en tankegang og et sett med styringsprinsipper som fikk betegnelsen New Public Management (NPM). Denne reformbølgen introduserte en ny og mer helhetlig tankegang om hvordan offentlig sektor skal styres, og har etter hvert fått

bred oppslutning i store deler av verden (Boston et al., 1996; Lane, 2000). Det overordnede målet med reformen er at det offentliges ressurser skal anvendes mest mulig effektivt. Gjennom utstrakt bruk av desentralisert ansvar, blant annet ved bruk av kontrakter, skal det sikres at ledere på alle nivåer har insentiv om å løse sine lokale oppgaver på en mest mulig effektiv måte, slik at det samlede ressursforbruket minimeres. (Lane, 2000).

Det følger av dette hovedprinsippet at NPM i stor grad baserer seg på prinsipal-agent teori, hvor staten (prinsipal) utformer kontrakter for hva underliggende etater (agenter) skal foreta seg. Kontrakten skal sikre at agenten oppfører seg på en måte som er forenelig med prinsipalens ønsker, og dermed virke som et insentiv for effektiv bruk av fellesskapets ressurser. (ibid.).

NPM legger spesielt vekt på at offentlig forvaltning skal øke fokuset på effektivitet, konkurranse, resultatmåling, markedet og brukerne (Christensen & Lægried, 2001). Ved et styringssett basert på disse prinsippene skal offentlige styringsprinsipper i større grad etterligne det private, noe som ifølge reformatorene vil øke effektiviteten og redusere kostnadene i offentlig sektor.

Selv om NPM ikke kan beskrives som en helhetlig styringsteori, er det en rekke momenter som går igjen blant tilhengerne. Hood (1995) sammenfatter de sentrale bidragene lags syv dimensjoner som beskrives i etterfølgende tabell.

Tabell 2: *New Public Management sine syv dimensjoner skissert av Hood (1995)*

New Public Management (Hood, 1995)
1. Desentralisering og separate organisasjonsenheter
2. Økt konkurranse, både mellom separate offentlige enheter og private aktører
3. Styringssystemer og insentiver i tråd med markedsbaserte løsninger
4. Ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet
5. Aktiv ledelse med reell påvirkningskraft over egne prestasjoner
6. Fokus på eksplisitte mål (målbare eller kontrollerbare)
7. Helhetlig styring basert på endelig output (istedenfor detaljerte delmål)

Organisering av norsk helsevesen har delvis blitt inspirert av NPM gjennom organisering i selvstendige enheter med egne budsjetterammer (Opstad, 2003). På 2000-tallet har det blitt gjennomført reformer som i stor grad bygger på en bedriftsorientering av helseforetakene. Sykehusene har blitt foretaksorganisert og frikoblet fra forvaltningen, samtidig som eierstyringen følger en kontraktslogikk som fokuserer på resultatkrav (Pettersen et al., 2008). Før sykehusreformen i 2002 var det til sammen 79 selvstendige sykehusforetak, mens det i 2012 er 27 helseforetak fordelt på fire regionale helseforetak (Regjeringen, 2012d). I forbindelse med reformen har man sett en økende grad av fusjonering og spesialisering av helseforetakene, hvor blant annet tidligere selvstendige enheter har blitt subenheter av andre foretak (Pettersen et al., 2008). Inndeling i selvstendige enheter med eget resultatansvar kan være i tråd med NPM sine ideer.

Gjennom ordninger som fritt sykehusvalg⁶, liberalisering av det offentliges muligheter til å kjøpe tjenester av private aktører⁷ og økende sammenligninger av effektivitet i og mellom helseforetakene (Helsedirektoratet, 2012a), har utviklingen gått i retning av mer intern og ekstern konkurranse i helsesektoren, med spesielt fokus på kostnadseffektivitet. Hvordan samhandlingsreformen føyer seg inn i en slik rekke og i hvilken grad reformen bygger på prinsippene bak NPM, vil skisseres i kapittel 4, hvor utredningens kontekst vil presenteres. Hovedfokuset i utredningen vil imidlertid være å se på den delen av NPM-utviklingen som omhandler bruken av insentiver for å styre atferd og hvorvidt det bidrar til bedre ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet.

⁶ Pasientrettighetsloven §2-4 (1999) lovfester pasientens rett til å velge hvilket sykehus vedkommende skal behandles ved.

⁷ Fra 1.1. 2002 fikk regionale helseforetak blant annet refusjon fra staten når de kjøper dagkirurgisk behandling hos private avtalespesialister (NOU, 2003:1).

3. Metode

Formålet med dette kapitlet er å gi leseren innsikt i metodene som benyttes for å innhente informasjon til de etterfølgende empiri- og analysekapitlene. Innledningsvis beskrives ulike metoder for datainnsamling. Deretter følger en begrunnelse for hvilke metoder vi har valgt å bruke og en grundigere gjennomgang av vår hovedmetode. Til slutt følger en evaluering av den metodiske tilnærmingen som er brukt i utredningen.

3.1 Metode for datainnsamling

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

- Aubert (1985, s.196)

Avhengig av behov og forskningstype, er det ulike metoder som praktiseres for å innhente data. Et hovedskille settes ofte mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Grønmo, 2004; Johannessen et al., 2011). I tillegg må en ved datainnsamling vurdere hvorvidt det skal anvendes primær- eller sekundærdata i analysen.

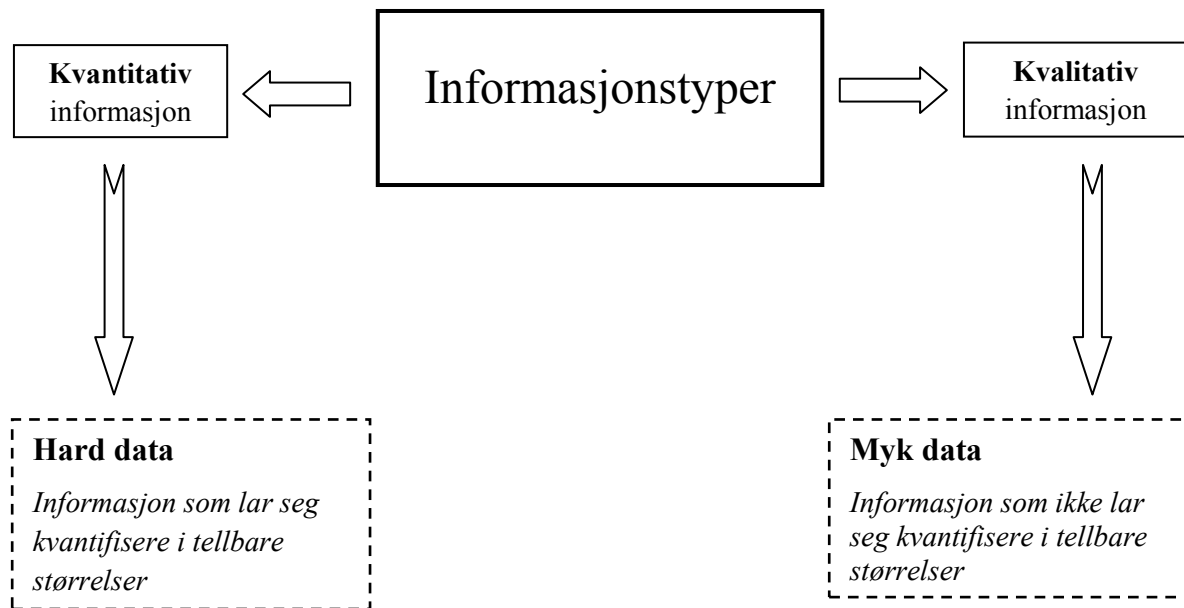
3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitative data kalles ofte myke data og lar seg ikke kvantifisere i tellbare størrelser, og er preget av fleksibilitet og åpenhet i innsamlingen (Johannessen et al., 2011). Kvalitative metoder er den mest hensiktsmessige datainnsamlingsmetoden å bruke dersom man ønsker å undersøke fenomener som man ikke kjenner særlig godt fra før, det er forsket lite på, eller når man undersøker fenomener man ønsker å forstå grundigere (ibid.). Det skilles ofte mellom eksplorerende og konfirmatorisk undersøkelser, hvor førstnevnte er utforskende og ønsker å avdekke nye forhold, mens konfirmatoriske undersøkelser ønsker å bekrefte eller avkrefte faktiske forhold, for eksempel gjennom testing av hypoteser (Ringdal, 2001).

Resultatet av kvalitative undersøkelser er en bredere forståelse enn det som kan observeres og måles, og kan dreie seg om hva som motiverer, samt meningen som ligger bak handlinger (Grenness & Askheim, 2008). De to metodene som i hovedsak brukes for innsamling av kvalitativ data, er observasjon og intervju (Johannessen et al., 2011). Ettersom kvalitative metoder krever relativt mye arbeid, er de ikke egnet for analyse av mange respondenter og er ikke nødvendigvis representative for større populasjoner (Grenness & Askheim, 2008).

Kvantitative data kalles gjerne for harde data, og er informasjon som lar seg kvantifisere i målbare størrelser. Det dreier seg ofte om telling og måling av et fenomen, og resultatet fremstilles ofte som tabeller eller grafer (Johannessen et al., 2011; Grønmo, 2004). Kvantitativ datametode er bedre egnet enn kvalitativ metode til å samle inn store mengder data, fra mange respondenter. Metoden har imidlertid begrensninger ved at det er liten mulighet til å tilpasse undersøkelsen til ulike respondenter og at opplegget er fastsatt før datainnsamlingen starter. Dette medfører at det ikke nødvendigvis er noen garanti for at informasjonen som samles inn er relevant for problemstillingen. (Johannessen et al., 2011; Holme & Solvang, 1991). I kvantitative metoder vektlegges bredde blant respondenter, og testing av generelle forhold hvor respondentenes svar sammenlignes i ettertid (Holme & Solvang, 1991). Dette ses også på som det største fortrinnet ved bruk av kvantitativ metode, ettersom generalisering av svarene gir forskeren mulighet til å teste sine hypoteser (Johannessen et al., 2011).

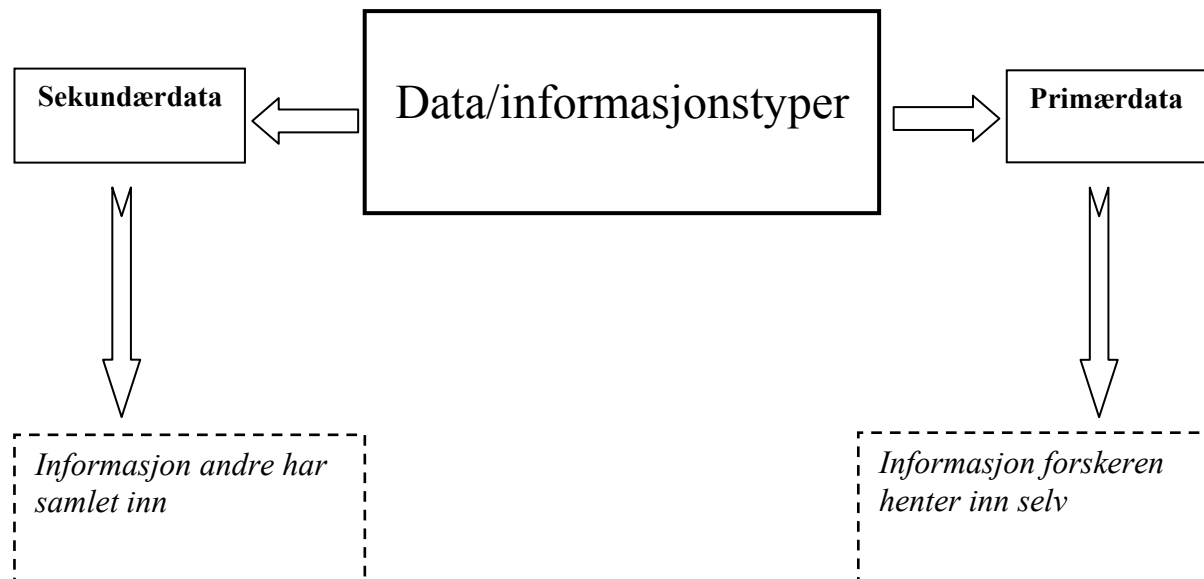
I forskningsarbeid er det ofte slik at kvantitative metoder brukes sammen med kvalitative metoder, og som Jick (1979) beskriver, kan metodene i mange tilfeller supplere hverandre. Ved bruk av kvalitative metoder får man en nærhet til situasjonen, noe som kan bidra til en bredere forståelse av meningen med tallene fra kvantitative metoder. Kvalitativ metode kan også brukes som en kritisk motpart til kvantitativ informasjonen, og således styrke påliteligheten til forskningen (ibid.). Kvantitativ metode kan på sin side være et supplement til kvalitativ metode dersom det kan bidra til å gi et konkret uttrykk for kvalitative ideer.



Figur 3: Informasjonstyper. Basert på Johannessen m.fl. (2011)

3.1.2 Primær- og sekundærdata

Ved datainnsamling er det vanlig å skille mellom to forskjellige former for informasjon. Primærdata er data forskeren har samlet inn selv til den spesifikke oppgavens formål, mens sekundærdata er informasjon andre har samlet inn, som regel til andre formål (Sekaran & Bougie, 2010; Ringdal, 2001). Fordelen med primærdata er at denne kan skreddersys til informasjonsbehovet man har, men nytteverdien av slike data må veies opp mot kostnadene med å innhente dem (Ringdal, 2001). På enkelte områder hvor det er forsket lite, vil forskeren være nødt til å samle inn mesteparten av informasjonen selv. Dersom det finnes tilgjengelig data som ved liten grad av bearbeiding kan omgjøres til eget formål, kan dette utgjøre et fullverdig substitutt til innhenting av primærdata (Saunders et al., 2012).



Figur 4: Data-/informasjonstyper. Basert på Ringdal (2001)

3.1.3 Intervjuer som forskningsmetode

Intervjuer er en fleksibel metode som gjør det mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser, og er den mest anvendte datainnhentingsmetoden innen kvalitative studier (Johannessen et al., 2011). Intervjuene har som hensikt å få frem beskrivelser av informantens holdninger og handlinger, for så å kunne anvende disse på den aktuelle problemstillingen. Det er flere fordeler ved å samle inn data gjennom kvalitative intervjuer (Johannessen et al., 2011; Grenness & Askheim, 2008):

- Informantene har større frihet til å uttrykke seg enn gjennom et strukturert spørreskjema. Erfaringer og oppfatninger kommer bedre frem når informanten kan snakke fritt innenfor pålagte rammer og påvirke hva som tas opp i intervjuet
- Informanten har mulighet til å rekonstruere hendelser
- Hvert intervju kan skreddersys til informantens situasjon
- Forskeren har mulighet til å samle inn informasjon utover det som kan spørres om i et spørreskjema. Det er mulig å få fram kompleksiteten og nyansene ved problemstillingen, og det er enklere å tilpasse spørsmål når nye og uforutsette temaer dukker opp
- Intervjuer fungerer bra som supplerende metode for å svare på problemstillinger eller belyse et tema fra et annet perspektiv

Intervjuer kan struktureres på forskjellige måter, og det skiller i hovedsak mellom tre ulike grader for hvor tilrettelagt intervjuene er (Fontana & Frey, 1994; Johannessen et al., 2011):

-
- I strukturerte intervjuer mottar alle respondentene nøyaktig de samme spørsmålene i samme rekkefølge, og det er på forhånd laget faste svaralternativer som intervjuer krysser av for.
 - Semistrukturerte intervjuer har en overordnet intervjuguide som danner utgangspunktet for intervjuet, men spørsmål, temaer og rekkefølge vurderes fortløpende.
 - Ustrukturerte intervjuer er et uformelt intervju der det stilles åpne spørsmål om et på forhånd angitt tema, og spørsmålene tilpasses til intervjuobjektene.

Selv om åpne spørsmål gir økt fleksibilitet er kan det være nyttig å ha en viss standardisering av spørsmålene og bruke en intervjuguide som et navigasjonsinstrument. Det sikrer en pedagogisk struktur og oppbygging av intervjuet, og gjør det enklere å systematisere og sammenligne svarene i ettertid på en informativ måte. (Johannessen, 2011; Grenness & Askheim, 2008).

3.2 Valg av forskningsdesign

Etter å ha identifisert variablene i problemstillingen og utviklet den teoretiske rammen, er neste trinn å utforme forskningen på en slik måte at nødvendige data kan samles inn og analyseres for å komme frem til en løsning (Sekaran & Bougie, 2010). Valg av metode, og hvordan informasjonsinnsamlingen gjennomføres, blir kalt forskningsdesign (Johannessen et al., 2011).

3.2.1 Data i utredningen: Kvalitative primærdata

På bakgrunn av vår problemstilling knyttet til virkningene av insentivordningene i samhandlingsreformen, vil det først og fremst være aktuelt å benytte kvalitative primærdata i vår analyse. Vårt hovedformål med datainnsamlingen var å oppnå en dyptgående innsikt i hvilke foreløpige effekter som kan spores, framfor en generalisering av effektene på overordnet nivå. Ettersom samhandlingsreformen nylig ble iverksatt og det er foretatt begrenset med forskning omkring reformen, vil den mest pålitelige måten å få tak i informasjon på være å innhente den selv. Således er det til vårt formål mer verdifullt å bruke en eksplorerende enn en konfirmatorisk tilnærming. Måten disse kvalitative dataene har blitt samlet inn på, er gjennom dybdeintervjuer med sentrale personer som påvirkes av

samhandlingsreformen. Under de nevnte forutsetninger egner dybdeintervjuer seg bedre til datainnsamling enn spørreskjemaer og observasjon. Dybdeintervjuene bidro med innsikt og gode refleksjoner rundt endringene som har funnet sted som følge av samhandlingsreformen, og disse kvalitative primærdataene danner hovedgrunnlaget for utredningens empiri og analyse.

3.2.2 Data i utredningen: Kvantitative sekundærdata

For å validere informasjonen som fremkommer av den kvalitative datainnsamlingen, har vi samlet inn tilgjengelig kvantitativ data. Vårt datagrunnlag stammer fra analyseavdelingen i Helse- og Velferdsetaten i Oslo kommune, som månedlig mottar data om, og fører statistikk over, antall utskrivningsklare pasienter og liggedøgn fra sykehusene. Tallgrunnlaget vi har fått tilgang på er månedsvise data fra perioden 2011, til og med august 2012. Tall fra tidligere periode eksisterer, men på grunn av mangelfull registreringen før 2011 er kvaliteten på dataene dårlig, og således ikke relevante å analysere. Disse dataene er i utgangspunktet ikke samlet inn for denne spesifikke utredningen, men formålet er likefullt forenelig med vårt, ved at de viser statistikk fra før og etter reformen ble innført. Disse dataene vil således regnes som sekundærdata i vår utredning, og vil brukes som et supplement til de kvalitative dataene.

3.3 Innsamling av data gjennom kvalitative dybdeintervjuer

Basert på begrunnelsene i forrige avsnitt er kvalitative dybdeintervjuer denne utredningens primære datainnsamlingsmetode. Vi har valgt å gjennomføre innsamlingen ved å ha forholdsvis mange intervjuer, for å belyse ulike syn og perspektiver på reformen. Nedenfor følger en beskrivelse av hvordan vi gikk frem for å velge informanter og gjennomføre intervjuene.

3.3.1 Utvelgelse av informanter i kvalitative undersøkelser – snøballmetoden

I kvantitative undersøkelser trekkes ofte utvalget tilfeldig, for å kunne gjøre statistiske generaliseringer (Johannessen, 2011), basert på teorien om at et utvalg kan representere den populasjonen den er trukket fra (Fisher, 1930). Tilfeldig utvalg forekommer også i kvalitative undersøkelser, men er ofte ikke hensiktsmessig (Patton, 1990). Patton beskriver i

sin bok det han kaller *purposeful sampling*, som innebærer rekrutteringen av informanter i kvalitative undersøkelser bør gjøres med et bestemt mål. Utvalget bør bestå av de informanter som er best egnet til å belyse det problemet forskeren står overfor.

Johannessen m.fl. (2011) poengterer at det på forhånd ofte er vanskelig å vite hva som bør legges til grunn for rekrutteringen, og hvor mange informanter som bør rekrutteres. Forfatterne legger vekt på at utvelgelsen bør skje på bakgrunn av *hensiktsmessighet* og ikke *representativitet*, som ved kvantitative undersøkelser.

Metodelitteraturen peker på en rekke metoder for datainnsamling (Johannessen et al., 2011; Patton, 1990; Ringdal, 2001). På bakgrunn av det ovennevnte har vi i stor grad basert informasjonsinnsamling og datagrunnlaget på den såkalte snøballmetoden. Denne metoden går ut på å rekruttere informanter på bakgrunn av deres kunnskap om det aktuelle temaet (Johannessen et al., 2011). Disse informantene kan igjen vise til andre personer med dyp innsikt om temaet som undersøkes, og er en vanlig metode ved deltagende observasjoner (ibid.).

3.3.2 Valg av intervjuobjekter

For å kunne belyse vår problemstilling på best mulig måte, har vi valgt å gå bredt ut i valg av intervjuobjekter. Vi anser det som hensiktsmessig å få informasjon fra informanter som sitter i ulike stillinger og har ulike perspektiver på endringene som har skjedd, for å kunne foreta en mest mulig objektiv vurdering. Av den grunn har vi snakket med sentrale nasjonale eksperter på samhandlingsreformen, personer i administrative stillinger i helseforetak, sentrale kommunale aktører, samt informanter fra flere bydeler med ulik sosiodemografisk sammensetning. Informantene fra kommunale nivåer vil følgelig være andelsmessig overrepresentert, da utredningen har fokus på de kommunale insentivvirkningene.

Etttersom reformen inneholder en pengeoverføring til kommunene og har et eksplisitt mål om overføring av ansvar til kommunene, er det på kommunalt nivå endringene og tilpasningsbehovet vil være mest omfattende. I Oslo kommune er det bydelene som har ansvaret for tilbudet av helse- og sosialtjenester. Hovedfokuset har dermed vært å intervju personer i sentrale stillinger i bydelene, som kan forklare hvordan deres bydel blir påvirket av de to insentivene samhandlingsreformen innfører. Valget av informanter fra hver bydel ble foretatt ut i fra hvem som jobbet tettest med implementering av endringene fra reformen, samt personer med et overordnet ressursfordelingsansvar. Vi har gjennomført

dybdeintervjuer med representanter fra fem av femten bydeler, samt flere kommunale instanser, noe vi bør gi et godt og representativt bilde av insentiveffektene. Bydelsinformantene er rimelig samstemte i sitt syn på insentivvirkningene, noe som tilsier at flere intervjuer trolig ikke ville ha tilført ny informasjon av betydning.

Informantene som ikke siteres direkte i oppgaven (objektene 9-13, jf. etterfølgende tabell), har bidratt med å skape forståelse for hensikten bak reformen og initiale nasjonale effekter ved denne, samt blitt brukt som en slags motvekt og kontrollinstans mot bydelenes syn.

Som nevnt over, har vi benyttet snøballmetoden som fremgangsmåte. Implikasjonene av dette er blant annet at flere av intervjuene er foretatt for å tilegne oss informasjon og høre synspunkter som kan være relevante å ta med seg inn i andre intervjuer av mer kritisk betydning for utredningen. Denne metoden har blant annet ført til tilgangen på tallmaterialet som vil presenteres i utredningens analysedel, samt bidratt til å komme i kontakt med andre verdifulle informanter.

3.3.3 Tabell over intervjuobjekter

Vi har intervjuet følgende personer:

Intervju-objekt	Dato	Tid	Informant	Stillingsnivå/ ansvarsområde	Område
1	10.09.2012	57 min	Bydelsinformant 1	Ledende stilling	Bydel
2	17.09.2012	59 min	Bydelsinformant 2	Samhandlings- koordinator	Bydel
3	27.09.2012	60 min	Bydelsinformant 3	Ledende stilling	Bydel
4	27.09.2012	55 min	Bydelsinformant 4	Ledende stilling	Bydel
5	02.11.2012	64 min	Bydelsinformant 5	Ledende stilling	Bydel
6	21.09.2012	52 min	Nasjonal informant	Ekspert på samhandlingsreformen	Nasjonal
7	28.09.2012	53 min	Sykehusinformant	Klinikkjef og samhandlingskoordinator	Sykehus
8	02.10.2012	51 min	Kommunal informant	Ledende stilling innen helse	Kommune

Informanter som har bidratt med verdifull informasjon og tanker rundt reformen, men som ikke siteres direkte i oppgaven:

Intervju-objekt	Dato	Tid	Informant	Stillingsnivå/ ansvarsområde	Område
9	13.09.2012	42 min	Nasjonal informant	Statlig helseetat	Nasjonal
10	15.09.2012	45 min	Helseinformant	Ledende stilling på lokalsykehus og professor i helseøkonomi	Sykehus
	28.09.2012	35 min			
	05.10.2012	33 min			
11	20.09.2012	43 min	Sykehusinformant	Lokalsykehus	Sykehus
12	25.09.2012	45 min	Kommunal informant	Helse- og Velferdsetaten	Kommune
13	26.09.2012	28 min	Kommunal informant	Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester	Kommune

3.3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervju

For å få størst mulig utbytte av intervjuene var det nødvendig å gjøre grundige forberedelser. Intervjuobjektene våre jobber tett med samhandlingsreformen til daglig, og det var avgjørende for oss i forkant av intervjuene å minimere kunnskapsgapet mellom oss og informantene. Dette ble gjort ved å studere stortingsmeldinger, rapporter og utredninger om samhandlingsreformen. Denne informasjonen ble satt i sammenheng med aktuell teori (kapittel 2), noe som danner grunnlaget for utarbeidelsen av intervjuguiden⁸.

Den utarbeidede intervjuguiden er relativt omfattende, og oppbygd på bakgrunn av overordnede temaer med påfølgende underspørsmål. Denne fungerte som en mal under gjennomføringen av intervjuene, men rekkefølgen på temaene og fokuset i intervjuene endret seg gradvis ut ifra informantenes opplysninger. På bakgrunn av dette anså vi det som tilstrekkelig å ha en overordnet intervjuguide, selv om vi intervjuet aktører fra ulike sektorer og med ulike stillinger. Intervjuformen er i tråd med den tidligere nevnte beskrivelsen av semistrukturerte intervjuer og er hovedkilden til datagrunnlaget i denne utredningen.

Våre intervjuobjekter ble på forhånd informert om det overordnede temaet for utredningen, men ble bevisst ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd, da dette ville muliggjort strategiske svar fra informantene. I de intervjuene vi anså det som hensiktsmessig ble samtalen, etter samtykke fra informanten, tatt opp, for å sikre rett gjengivelse av informasjonen ble gitt. I ettertid ble utdrag fra samtalen som vi ønsket å bruke i vår utredning sendt tilbake til informantene for godkjenning. En nasjonal informant ønsket ikke å bli direkte sitert i utredningen og vi tilpasset oss således dette ønsket.

3.4 Evaluering av våre metodiske valg

Ved bruk av undersøkelser som grunnlag for forskning, er det sentralt å vurdere kvaliteten av dataene som samles inn og måten disse samles inn på. Kvalitative former for forskning har åpenbare utfordringer i forhold til å sikre kvaliteten på selve undersøkelsen, vurdering av nytteverdien av resultatene og påvisning av kausale sammenhenger (Johannessen et al., 2011). Som evalueringskriterier for å møte disse momentene, opereres det med følgende

⁸ Intervjuguiden er å finne i sin helhet i vedlegg A.

begreper i litteraturen: pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet (Guba & Lincoln, 1989; Johannessen et al., 2011). I de etterfølgende avsnittene følger en kort beskrivelse av disse.

3.4.1 Pålitelighet

Pålitelighet, eller reliabilitet, knytter seg til hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og bearbeides, og handler om i hvilken grad man kan stole på de resultatene som presenteres (Johannessen et al., 2011). I kvantitative undersøkelser er det bred enighet om viktigheten av å teste dataenes reliabilitet (Yin, 2008; Guba & Lincoln, 1989; Johannessen et al., 2011). Mens det ved kvalitative undersøkelser benyttes standardiserte og strukturerte datainnsamlingsteknikker, vil kvalitative metoder i stor grad være samtalestyrt (Johannessen et al., 2011). Med denne grunnleggende forskjellen som utgangspunkt, vil en generell reliabilitetsvurdering av data gi liten mening, da det er samtalen, som kan være både verdiladet og kontekstavhengig, som styrer datainnsamlingen (ibid.). Påliteligheten kan imidlertid styrkes ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og gi en åpen og detaljert framstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen. Videre vil utarbeidelsen av en prosedyre for å spore dokumentasjonen av data, metoder og avgjørelser i gjennom prosjektet, bidra til å styrke påliteligheten ved kvalitative undersøkelser. (ibid.).

Ettersom dataene er innhentet selv (primærdata), og spesielt innsamlet i den hensikt å svare på våre forskningsspørsmål, vil datagrunnlaget anses som pålitelig. Semistrukturerte intervjuer, med veiledende spørsmål omkring forskningens problemstilling, sikrer at resultatene blir mer pålitelige enn ved ustrukturerte intervjuer (Johannessen et al., 2011). En intervjuguide med kategoriserte og forskningsrelaterte spørsmål vil videre forenkle sammenstillingen og relevansen data til analyseformål (ibid.).

Implikasjonene ved bruk av dybdeintervjuer som datainnsamlingsteknikk er sammensatte, og har både fordeler og ulemper i forhold til pålitelighet. På den ene siden vil det faktum at intervjuet foregår ansikt til ansikt muliggjøre oppklaring av uklarheter ved å stille oppfølgingsspørsmål, noe som styrker påliteligheten. Intervjusituasjonen sikrer også at informantens deltagelse og engasjement opprettholdes, noe som vanskelig lar seg vurdere ved for eksempel utsendelse av spørreskjemaer. Videre vil muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål åpne for en dypere belysning av interessante aspekter basert på informantens svar, noe som igjen øker påliteligheten av forskningen. (ibid.)

På den andre siden vil bruk av intervjuer kunne begrense informantens tilbøyelighet til å dele personlige oppfatninger og overbevisninger, grunnet intervjusituasjonens intime sfære (Johannessen et al., 2011). I vår undersøkelse vil informantenes bidrag anonymiseres, noe som bidrar til å sikre en åpen dialog og atmosfære under samtalen, noe som styrker påliteligheten.

Ettersom forskeren selv ikke er innsamleren av sekundærdata, vil dette kunne svekke påliteligheten av slike. En annen utfordring er at det kan være vanskelig å finne data som sammenfaller med det forskeren ønsker å undersøke (ibid.). Vår undersøkelse bygger blant annet på offentlige rapporter, notater og dokumenter, lover og stortingsproposisjoner. Vi mener at et slikt datagrunnlag må anses som troverdig, og ikke svekke påliteligheten til datagrunnlaget. Vedrørende tallgrunnlaget fra Helse- og velferdsetaten blir dette sendt til respektive bydeler for kontroll og godkjenning før disse bekreftes, noe som styrker påliteligheten av disse tallene.

3.4.2 Troverdighet (begrepsvaliditet)

Et sentralt spørsmål ved forskning er om det er sammenheng mellom det fenomenet som undersøkes, og de dataene som samles inn. Etter denne definisjonen er ikke kvalitative undersøkelser valide, da resultatene ikke kan kvantifiseres (Johannessen et al., 2011). Validitet kan imidlertid også vurderes ut ifra om de observasjonene man foretar, faktisk avspeiler de fenomener som interesserer oss. Spørsmålet blir dermed i hvilken grad forskerens framgangsmåter og funn reflekterer de faktiske forholdene. (ibid.)

I forbindelse med troverdighetsspørsmålet i kvalitative analyser, kan det forekomme metodefeil, såkalt actor-observer bias. Slike metodefeil kan være systematiske feil i innsamling, analyse, tolkning og publisering av data. Disse feilene kan være på bakgrunn av svakheter eller skjevheter i informantens svar, eller forskerens fortolkning av disse. (Johannessen et al., 2011). Det er ikke et mål i seg selv å eliminere slike bias. Ettersom forskeren åpenbart påvirker informanten og omgivelsene med sin tilstedeværelse, kalt intervju effekt, vil forskeren både bevisst og ubevisst kunne påvirke resultatene. Disse kan være ønskelig, i den grad det gir forskeren mulighet til å komme med oppfølgende og oppklarende spørsmål, men gir også mulighet for subjektiv påvirkning av intervjuobjektet. (ibid). En må derfor være klar over slike metodefeil og drøfte implikasjonene i konteksten av de funn som gjøres.

En kort beskrivelse av de mest relevante metodefeilene, og vår håndtering av disse, følger.

Publiseringsskjevhet: En rapport med positivt, negativt eller kontroversielt resultat anses å ha større verdi enn en rapport uten bemerkelsesverdige funn.

Vi har ingen agenda, egeninteresse av, eller blir premiært på bakgrunn av, eventuelle funn. Med dette utgangspunktet får leseren selv vurdere tilstedeværelsen av publiseringsskjevhet.

Utvalgsskjevhet: Systematiske skjevheter i informantutvalget. Enkelte objekter kan være underrepresentert, eller ikke tatt med i utvalget.

Våre bydelsinformanter er valgt på bakgrunn av ulik sosiodemografisk sammensetning, mens ulike lokalsykehus og sentrale kommunale og nasjonale kilder er valgt på bakgrunn av deres kunnskap og for å skape et nyansert bilde – alt dette for å redusere utvalgsskjevheten.

Klassifiseringsskjevhet: Når de informantene som er med i undersøkelsen ikke er egnet til å belyse problemstillingen.

Informantene i undersøkelsen jobber alle nært knyttet til samhandlingsreformen, og har (i ulik grad) blitt påvirket av denne. I bydelene, kommunen, sykehusene og på statlig nivå har vi vært målbevisste i forhold til å kontakte personer som kunne belyse de temaene som er av interesse for undersøkelsen.

Intervjuskjevhet/intervjueffekt: Dersom forskeren ikke behandler to grupper han studerer på en tilnærmet lik måte, og dermed ikke kan sammenligne resultatene i ettertid.

Det faktum at vi alltid har vært to personer til stede på hvert enkelt intervju, samt at informantenes svar og uttalelser har blitt sendt tilbake for godkjenning, skal sikre at uønskede intervjueffekter minimeres.

Hukommelsesskjevhet: Begrenset kognitiv kapasitet og individuell seleksjon av informasjon som varierer fra person til person.

Ettersom intervjuene har blitt tatt opp på bånd og senere transkribert, reduseres denne målefeilen.

I litteraturen vises det ofte til to teknikker som øker sannsynligheten for at resultatene forskeren frembringer er troverdige (Guba & Lincoln, 1981). Det ene er vedvarende observasjoner, som innebærer å tilbringe nok tid for å bli kjent med forskningsfeltet, og dermed er bedre rustet til å skille mellom relevant og irrelevant informasjon, samt å stille de riktige spørsmålene. Den andre metoden, kalt triangulering, går ut på å ta utgangspunkt i flere forskningsmetoder. Dette kan for eksempel innebære å benytte intervju, observasjoner og tallmateriale, for å belyse den samme problemstillingen.

Det taler i denne utredningens disfavør at kunnskapsnivået om reformen generelt, og Oslo kommunes helseorganisering spesielt, fra forfatterens side var begrenset forut for utredningen. Forbedring av troverdigheten på dette punktet er imidlertid selvbegrensende av tidsrammen for utredningen. Det kan likevel anføres at intervjuenes tidsmessig spredning, samt økende kunnskapsnivå utover i prosessen, ikke har medført særlige endringer med hensyn til utbytte av, eller informasjonen gitt ved, intervjuene.

I vår utvelgelse av intervjuobjekter har vi valgt å gå ut bredt, for å få et så representativt utvalg som mulig. Vi har valgt bydeler med ulik demografi, inntektsgrunnlag og helsemessige utfordringer, samt foretatt bevisste utvalg av informanter ut ifra deres roller og tilknytning til reformen. Utredningen er i tillegg underbygd med tilgjengelig relevant tallmateriale. Vi mener at dette, i tillegg til de øvrige tiltakene for å redusere skjevhetene nevnt over, bidrar til å styrke troverdigheten til utredningen.

3.4.3 Overførbarhet (ekstern validitet)

Overførbarhet går ut på om forskningsresultatene med enkelhet kan overføres til lignende fenomener. Ettersom all forskning har som utgangspunkt å trekke slutninger utover de umiddelbare opplysningene som samles inn, vil det være sentralt å se på generaliserbarheten av de funnene som er gjort. Det overordnede ønsket er å overføre kunnskap om et begrenset utvalg, til en større populasjon (Johannessen et al., 2011). Prinsippet om overførbarhet er også gyldig for kvantitativ forskning, dog på en noe annen måte. Istedenfor en generaliseringseffekt man ønsker ved en kvantitativ undersøkelse, håper man å oppdrive en overføringseffekt ved kvalitative undersøkelser (ibid.). Resultatene skal kunne bidra til å overføre kunnskap fra et utvalg til et annet med de samme karakteristikaene.

I vår undersøkelse er hensikten å belyse hvordan insentivene i samhandlingsreformen fungerer i Oslo kommune, samt i hvilken grad disse bidrar til å møte reformens skisserte

utfordringer. En kan derfor ikke uten videre anta at innsikten denne gir er overførbart til andre kommuner. Informasjonen som er tilegnet kan imidlertid benyttes til å vurdere hvordan denne typen insentiver virker og gi retning til hvordan de bør utformes. En mer utfyllende beskrivelse av overføringsverdi følger etter utredningens konklusjon.

3.4.4 Bekreftbarhet (objektivitet)

Bekreftbarhet handler om andre forskeres mulighet til å bekrefte de resultatene som er funnet gjennom lignende undersøkelser (Johannessen et al., 2011). Bekreftbarhet innebærer således et objektivitetskriterium, og skal sikre at leseren kan følge og evaluere forskningsprosessen. Ved å ha en selvkritisk holdning, og ved å knytte drøftelsen opp mot andre forskningsfunn eller litteratur, vil objektiviteten i forskningen bevares. (ibid.).

Gjennom hele forskningsprosessen har vi hatt fokus på å beskrive de oppfatningene og beslutningene som er foretatt underveis. Gjennom diskusjoner og selvgransking har vi drøftet de tolkningene som er gjort og avgjørelsene som er tatt i løpet av prosessen, uten påvirkning fra veileder, media eller andre interessenter. Ettersom reformen er ny av året, og tilstedeværelsen av forskning på området er begrenset, har muligheten til å støtte seg til andre forskeres funn vært begrenset, og blitt tillagt liten verdi. Det vil imidlertid være gjennomførbart for andre å utføre en tilsvarende forskning. Vi er av den oppfatning at en slik gjennomføring, gitt det samme fokus og forutsetninger, kan og bør gi tilsvarende resultater.

4. Kontekst

I dette kapitlet beskrives konteksten som setter rammene for utredningen. Her vil hovedmomentene i samhandlingsreformen skisseres, med særlig fokus på de to innførte økonomiske insentivene. De helsemessige utfordringene som beskrives i reformen, samt oppbygningen av og formålet med insentivene, vil stå sentralt. Avslutningsvis vil vi se reformen i lys av utviklingstrekk innen økonomistyring i offentlig sektor, og organiseringen og særtrekk ved Oslo kommune.

4.1 Samhandlingsreformen

Som en konsekvens av samhandlingsutfordringene og de stadig økende kostnadene i helsesektoren i Norge, ble samhandlingsreformen presentert den 29. juni 2009 (St.meld.nr.47, 2008-2009). Reformen bygger i stor grad på brede analyser av helseutfordringene foretatt av Wisløff-utvalget (NOU, 2005:3), men legger opp til flere strukturelle grep i helsesektoren enn utvalgets anbefalinger. I stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen (2008-2009) pekes det spesielt på tre hovedutfordringer som regjeringen gjennom de foreslåtte virkemidlene ønsker å adressere. Disse er:

Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester bevares ikke godt nok – stor grad av fragmenterte tjenester

Det pekes på at det per i dag er få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal ivareta pasientens behov for koordinerte tjenester. Det rettes spesielt fokus mot samarbeidet mellom primær- og sekundærhelsetjenesten, som har ulikt ansvarsområde, kompetanse og kjennskap til pasienthistorikk. Stortingsmeldingen poengterer at manglende koordinering av tjenester betyr dårlig og lite effektiv ressursbruk.

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

De samme koordinerings- og samarbeidsproblemene kommer til kjenne vedrørende forebygging. Ettersom det i all hovedsak er kommunenes oppgave å forebygge og begrense

sykdom, mens det er helseforetakene som behandler (og dermed profitterer av reduserte innleggelser), er det en mismatch mellom kostnad og nytte mellom de to helsenivåene. I stortingsmeldingen legges det også vekt på at forebygging og tidlig innsats ofte taper kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene i praktiske prioriteringssituasjoner.

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I likhet med de fleste vesteuropeiske land går den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge i retning av en økt andel eldre (Andreassen, 2010), samt flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Disse endringene gir store utfordringer i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge og øker behovet for samhandling ytterligere. Stortingsmeldingen peker videre på at nye løsninger må utarbeides for å møte de utfordringene som oppstår ved at den yrkesaktive delen av befolkningen er i tilbakegang. Dersom ikke utfordringene møtes, hevdes det at man enten vil få en utvikling som truer samfunnets økonomiske bæreevne eller vil måtte foreta prioriteringsbeslutninger som bryter med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen (St.meld.nr.47, 2008-2009).

I løsningsstrategien beskrives flere hovedgrep for å møte disse utfordringene. Klarere pasientrolle, ny fremtidig kommunerolle med fokus på forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløp, klare økonomiske insentiver, fokus på kjernekompetanse i spesialisthelsetjenesten og tydelige prioriteringer skisseres som de overordnede tiltakene. Reformen legger opp til at det skal bli en tyngdepunktsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten, uten at spesialisthelsetjenesten skal svekkes. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere, slik at ikke en av aktørene blir ensidig dominerende i arbeidet som gjøres. (ibid.).

I økonomisk kontekst er det spesielt to virkemidler som er interessante. Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen peker på at et sentralt element for å løse utfordringene Helse-Norge står ovenfor er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning. Den 18. november 2011 ble den endelige forskriften om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vedtatt (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2011). De to insentivene

skisseres nedenfor og danner grunnlaget for utredningens problemstilling. I stortingsmeldingen legges det vekt på at insentivene må ses i sammenheng, da begge insentivene er ment å svare på de tre nevnte utfordringene. Det står:

"De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området."

- St.meld.nr.47 (2008-2009, s. 15)

4.2 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Det ene av de to økonomiske insentivene som ble innført med samhandlingsreformen er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. I Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-3 (2011), fastsettes departementets rett, til gjennom en forskrift, å vedta bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011), fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, fastslår medfinansieringsandelen for kommunene til å være 20 % av kostnadene ved sykehusinnleggelse for sine folkeregistrerte innbyggere. For å finansiere dette innebærer ordningen en pengeoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Denne pengeoverføringen var i 2012 på 5 milliarder kroner, og fordeles til kommunene etter en kostnadsnøkkel basert på forbruket av sykehustjenester i 2010 (Regjeringen, Kommunal medfinansiering, 2011a).

Dermed får kommunene et økonomisk medansvar for behandlingen deres innbyggere mottar i spesialisthelsetjenesten. Satsen på 20 % er bestemt på bakgrunn av en avveining mellom insentiver og økonomisk risiko, hvor en lavere sats vil antas å redusere den økonomiske risikoen for små kommuner, men også redusere det økonomiske insentivet i ordningen (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Kommunal medfinansiering vil i 2012 være avgrenset til kun å gjelde pasientbehandling (både diagnostiske, terapeutiske og rehabiliterende tiltak) som også er omfattet av innsatsstyrt finansiering (ISF) (Helsedirektoratet, 2011a). ISF-ordningen gjelder i all

hovedsak behandlingsaktivitet som finner sted i somatiske sykehusavdelinger og polikliniske konsultasjoner⁹. Det innebærer at følgende tjenestetyper og -områder ikke danner grunnlag for kommunal medfinansiering i 2012, noe som også presiseres i forskriften om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011):

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

Innsatsstyrt finansiering fungerer på den måten at deler av budsjettet til regionale helseforetak bestemmes ut i fra hvor mange, og hvilke pasienter som får behandling etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG) (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2011). DRG-systemet deler sykehusaktivitet inn i en av 800-900 grupper kalt DRGer, hvor hver DRG representerer en type innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon som ligner på hverandre når det gjelder medisinsk innhold og ressursbruk (Helsedirektoratet, 2011a). Den enkelte DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva behandlingen koster i forhold til en gjennomsnittspasient. Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng, og gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2011). Det var også foreslått i samhandlingsreformen at den innsatsstyrte finansieringen skulle nedskaleres fra 40 til 30 prosent (St.meld.nr.47, 2008-2009), men denne foreslåtte reduksjonen er foreløpig ikke innført og vil således ikke utdypes videre i utredningen.

Den endelige avgrensningen av hvilke tjenestetyper som inngår i beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering avgrenses av DRG-systemet, hvor DRGer med hovedinnhold knyttet til følgende innleggelser og polikliniske konsultasjoner er ekskludert fra ordningen (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2011):

⁹Polikliniske konsultasjoner omfatter undersøkelse, behandling og/eller veiledning utført av sykehus som gjennomføres uten innleggelse på døgn- eller dagbasis.

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

4.3 Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Det andre økonomiske insentivet som innføres med samhandlingsreformen innebærer at kommunene overtar det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare (ofte referert til som UK) pasienter fra sykehusene på et tidligere stadium enn før. Tidligere var det slik at en pasient som var erklært utskrivningsklar kunne ligge på sykehus i inntil 10 betalingsfrie (karens)dager (7 dager for Oslo Kommune¹⁰), før tilhørende kommune måtte betale for oppholdet eller tilby et kommunalt pleietilbud. Betalingsatsen etter disse karensdagene har ved flere anledninger økt, og var før ordningen ble innført 1 600 kr. (2 000 kr. for Oslo Kommune) per liggedøgn (NOU, 2005:3).

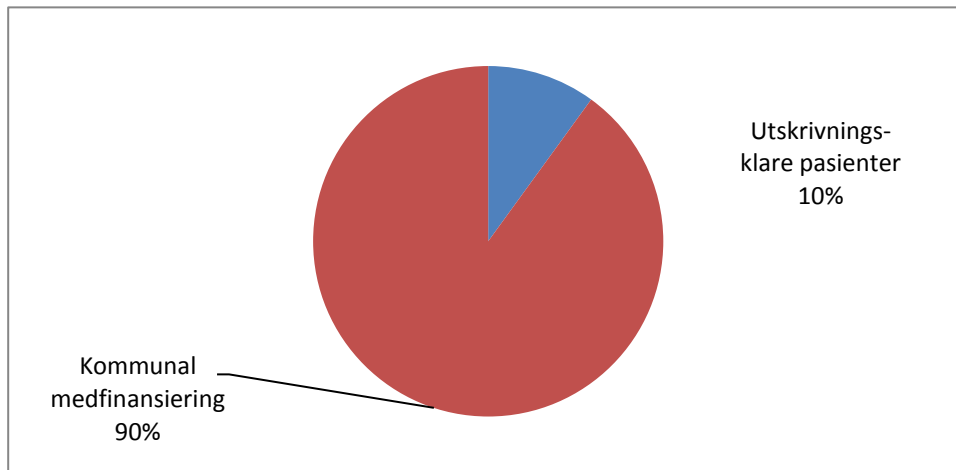
Detaljene i den nye betalingsordningen som trådte i kraft 1. januar 2012 er skissert i forskriften om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011), med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 (2011), og innebærer at kommunene nå må betale for egne pasienters liggedøgn på sykehus fra den dagen de er meldt utskrivningsklare. Døgnprisen fastsettes i statsbudsjettet og er for 2012 satt til 4 000 kr. per døgn. Satsen tar høyde for drifts- og kapitalkostnader, og er fastsatt på bakgrunn av en samlet vurdering av helseforetakenes kostnadsnivå knyttet til utskrivningsklare pasienter og en helhetlig vurdering av insentivstyrken (St.meld.nr.16, 2010-2011).

Som kompensasjon for betalingsansvaret får kommunene overført midler fra spesialhelsetjenesten tilsvarende de historiske sykehuskostnadene knyttet til utskrivningsklare pasienter (St.meld.nr.47, 2008-2009). Denne overføringen fastsettes ut i fra gjennomsnittlig antall utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2007-2009 multiplisert med kostnadsfaktoren per døgn (4 000 * 140 000), og var for 2012 på 560 millioner kroner (St.meld.nr.16, 2010-2011). Dermed kan kommunene velge å fortsette med omfanget av

¹⁰ Den tidligere ordningen inneholdt en avtalefrihet, hvor både betalingsatts og antall karensdager kunne endres gjennom lokale avtaler mellom kommune og helseforetak. Oslo kommune har hatt en særavtale med sine helseforetak om 7 betalingsfrie døgn og en døgnssats på 2 000kr.

utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale for dette, eller etablere egne kommunale tilbud (St.meld.nr.47, 2008-2009).

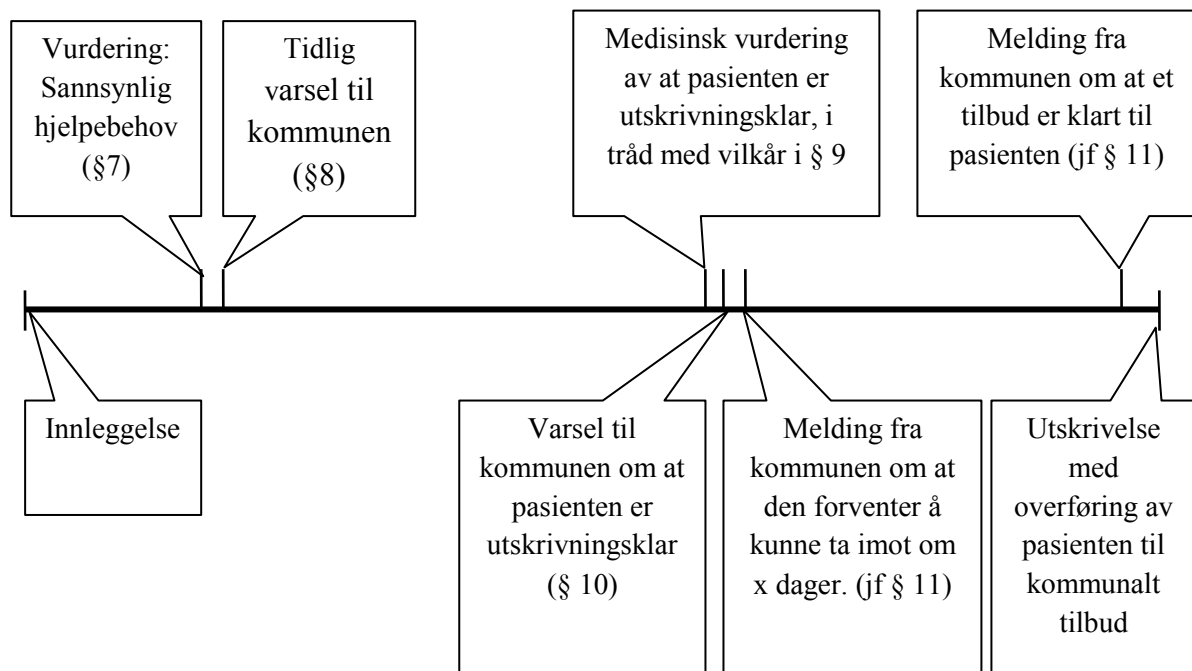
Satt i perspektiv så er pengeoverføringen i forbindelse med dette incentivet langt mindre enn det kommunene får for å dekke den kommunale medfinansieringen (5 mrd.), men fremheves likefullt i samhandlingsreformen som et nyttig incentiv for endring i atferd.



Figur 5: Pengeoverføringer fra sykehusene til kommunene i samhandlingsreformen

Betalingsansvaret avgrenses i forskriften om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten kap.1 § 2 (2011) til, i likhet med kommunal medfinansiering, å gjelde pasientbehandling innen somatikk.

Forskriften inneholder mer lovpålagt varsling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune enn hva som var tilfellet før reformen. Figuren på neste side viser varslingskravene i prosessen fra en pasient legges inn på sykehus til den er klar for utskrivning.



Figur 6: Prosessdetaljer gitt av Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, Kap.3 §§ 7-11 (Helsedirektoratet, 2011b)

Første fase er at sykehusene skal vurdere om pasienten har behov for kommunale helse -og omsorgstjenester etter utskrivning. Dersom dette er nødvendig må sykehuset varsle tilhørende kommune innen 24 timer om behovet for kommunale tjenester og forventet dato for utskrivning. Dette varselet kalles på fagspråket en A-melding. Sykehusene er unntatt plikten til dette tidlige varselet dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller at det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelsen. (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2011).

Dersom det senere i prosessen oppstår en endring i forventet utskrivningstidspunkt har sykehuset plikt til å melde fra om dette til kommunen. En pasient regnes som utskrivningsklar når en sykehuslege har vurdert det dit hen at vedkommende ikke lenger trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Så fort en pasient har status som utskrivningsklar skal tilhørende kommune varsles, og denne meldingen fra sykehuset kalles en B-melding. Kommunen skal da umiddelbart rapportere tilbake om hvorvidt de har et tilbud klart til pasienten. Dersom et kommunalt tilbud ikke er på plass begynner betalingsplikten for kommunen å løpe, og de faktureres for hvert ekstra døgn pasienten må oppbevares på sykehus, fra og med det døgnet pasienten er erklært utskrivningsklar. Kommunen må også varsle sykehuset om når de forventer å ha et tilbud klart, og skal melde

fra med en gang de har gjort klart et tilbud for videre oppfølging av pasienten. Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes til helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging på kommunalt nivå. (ibid.)

4.4 Formålet med insentivene

I økonomisk forstand er samhandlingsreformen en nullsumsreform og vil dermed være budsjettneutryal for staten. I dette ligger det at overføringene foretas som rene pengeforflytninger uten verken øvrige tilskudd¹¹ eller reduksjoner. Det fremheves fra nasjonalt hold at dette er en retningsreform hvor endringene gradvis skal inntreffe over flere år, og penge- og ansvarsoverføring i dag skal legge til rette for fremtidige utgiftsreduksjoner (St.meld.nr.16, 2010-2011).

Formålet med pengeforflytningene stadfestes i forskriften om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011), som innledningsvis beskriver at:

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

- Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj. 2011, § 1

Insentivene er altså ment til å besvare de samme overordnede utfordringene, og det legges stor vekt på at de må ses i sammenheng (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester er innført for å gi kommunene et insentiv til å skape et tjenestetilbud som kan redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, enten det skjer i form av øyeblikkelig hjelp døgntilbud eller færre innleggelses eller poliklinisk behandling. I dette perspektivet nevnes forebygging og tidlig intervensjon som hovedmomenter for å redusere bruken av spesialisthelsetjenesten. En stor utfordring i helsesektoren er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og

¹¹ Selv om ordningen for alle praktiske formål er et nullsumspill, vil det være mulig for kommuner å søke om tilskudd for lokal samhandling. På landsbasis er disse midlene for 2012 beregnet til 81,6 millioner, der 9,8 mill tilfaller Oslo og disse midlene er fristilt fra reformen (Regjeringen, 2012e).

forbygge sykdom, og på dette området har det tidligere vært for liten sammenheng mellom kostnad og økonomisk gevinst hos aktørene. (ibid.)

Med reglene for kommunal medfinansiering vil kommunene, som bestillere av spesialhelsetjenester, kunne spare penger dersom de kjøper tjenester i mindre omfang enn tildelte midler. På den andre siden vil et overforbruk kunne medføre at penger må overføres fra andre deler av kommunebudsjettet og ordningen kan slik sett bli en økonomisk byrde for enkelte kommuner. Tidlige inngrep og økt forebyggingsfokus vil kreve langsiktig arbeid og effektene kan ikke spores på kort sikt, men medfinansieringen skal bevisstgjøre kommunene på hvilke kostnader som påløper og legge til rette for behandling på beste effektive kostnadsnivå. Kommunene har best kunnskap om kommunale forhold og virkemidler som påvirker atferd, og ved å belyse kostnadene til spesialisthelsetjenesten, forventes det at kommunenes kostnader til forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap ses i en større sammenheng. (ibid.)

Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter er innført for å gi kommunene et insentiv til å etablere kommunale tilbud til pasientene for lavere kostnader enn om de ligger på sykehus, og oppsparte midler fra dette kan brukes på andre helsetiltak. Insentivet er i stor grad ment å ha samme fordeler og utfordringer som kommunal medfinansiering. Økt innsats på kommunalt nivå til forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og riktig behandling til riktig tid i kommunen, skal bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse, og dermed også omfanget av utskrivningsklare pasienter. (ibid.)

4.5 Oslo kommune

Ansvar for helsetjenestene er delt mellom stat og kommune der staten har ansvar for spesialisthelsetjenester og sykehusene, mens kommunene er ansvarlig for primærhelsetjenester (Prop. 91 L, 2010-2011). Oslo kommune er en stor og sammensatt organisasjon med mange underordnede etater¹² der ansvarsområder er fordelt mellom disse. Ansvar for helse-, sosial- og omsorgstjenester er delegert til bydelsnivå (Byrådsavdeling

¹² Organisasjonskart for Oslo kommune finnes i vedlegg B (Oslo kommune, 2012c).

for finans, 2012). Dette ansvaret er fordelt mellom bydel og byomfattende tilbud¹³. Oslo kommune er den mest befolkningsrike kommunen i landet, og er delt opp i 15 bydeler som hver av dem i innbyggertall å regne, er som store norske kommuner. Hver enkelt bydel er tilknyttet ett av de totalt fire lokalsykehusene i Oslo og omegn (Oslo universitetssykehus, 2012).

Målstyring har helt siden 1987 vært et bærende styringsprinsipp for Oslo kommune. Dette pålegger instansene underlagt kommunen å fastsette mål, planlegge hvordan de skal nås, måle resultater og bruke informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle seg. Byrådet i Oslo ivaretar sitt tilsyn overfor bydelene og andre virksomheter gjennom ulike byrådsavdelinger. Målstyringsprinsippet innebærer at virksomhetene har stort handlingsrom til selv å velge virkemidlene for å nå de oppsatte målene. Fra sentralt hold er det resultatene som skal oppnås som adresseres ut, og mindre fokus på hvordan oppgavene løses. Gjennom bydelsutvalgene¹⁴ er bydelene i Oslo tildelt betydelig beslutningsmyndighet. Desentraliseringen av helse-, sosial- og omsorgstjenester til bydelsnivå er en direkte konsekvens av målstyringen i Oslo kommune. Rammebudsjettering og mål- og resultatstyringen henger også tett sammen da bydelene har frihet til å velge fremgangsmåter for å løse tildelte oppgaver på. (Byrådsavdeling for finans, 2012).

Når en pasient er utskrivningsklar er det pasientens tilhørende bydel som mottar pasienten og vurderer hvilket tilbud vedkommende skal få. Dersom pasienten har behov for en sykehjemsplass er det Sykehjemsetaten, en egen etat i Oslo kommune, som har driftsansvaret for de kommunale sykehjemmene. Det vil i praksis si at den enkelte bydel behandler søknader og fatter vedtak om sykehjemsplasser for sine innbyggere for deretter å leie fullt driftede sykehjemsplasser fra Sykehjemsetaten. Det kan enten dreie seg om korttidsplasser, rehabiliteringsplasser eller langtidsplasser (Sykehjemsetaten, 2012). For hjemmetjenester og andre kommunale tilbud er bydelene selv ansvarlige for drifting og finansiering.

Dersom bydelene ikke har et kommunalt tilbud klart for sine utskrivningsklare pasienter er det de som faktureres 4 000 kr. per døgn. For å ha råd til å tilby de utskrivningsklare

¹³ Helsetjenester som er byomfattende er: Legevakt, Sykehjemsetaten, Rusmiddelsetaten, Helsevernetaten, Kommunal tannhelse (Oslo kommune, 2012b).

¹⁴ Et bydelsutvalg er et politisk valgt organ som representerer en bestemt bydel i en kommune. Medlemmene blir enten direkte valgt eller oppnevnt av de forskjellige partiene etter stemmefordeling ved kommunevalg (Store norske leksikon, 2012).

pasientene et tilbud eller eventuelt betale for å ha de liggende på sykehus, blir pengene som overføres til Oslo kommune, knyttet til betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter, fordelt videre ned til den enkelte bydel.

Disse pengene fordeles til bydelsnivå etter Oslo kommunes kriteriesystem. Bydelene er ulike når det gjelder befolkningens behov, og kriteriesystemet skal sørge for at midler fordeles til bydelene ut fra antatte behov for kommunale tjenester med utgangspunkt i kjennetegn ved innbyggerne. Det legges til grunn at demografiske og sosioøkonomiske forhold vil påvirke utgiftsbehovet på en systematisk måte, og at disse virkningene lar seg måle og vekte. Kriteriebaserte ordninger fordeler med andre ord midler med utgangspunkt i antatt behov for kommunale tjenester, og ikke ut fra eksisterende aktivitetsnivå. (Byrådsavdeling for finans, 2012).

Bydelenes tjenester er inndelt i funksjonsområder, og kriteriesystemet er bygd opp rundt disse funksjonsområdene der hvert funksjonsområde dekker tjenester for definerte målgrupper. Pengene til utskrivningsklare pasienter fordeles etter kriteriene for funksjonsområde 3 (FO3), som er pleie og omsorg. Innenfor FO3 er det 12 kriterier som avgjør hvor mye penger som fordeles til de ulike bydelene. Den angir også at det gir best uttelling å ha høy andel ikke-gifte personer mellom 80-89 år og høy andel personer over 90 år.¹⁵ Til sammen står de to kriteriene for 41 % av pengene som fordeles ut for FO3. (ibid.)

Midlene, som er tildelt Oslo Kommune, for å dekke kommunal medfinansiering er derimot beholdt sentralt for 2012, og det samme vil være tilfelle i 2013 (Oslo Kommune, 2012a) . Det betyr at den enkelte bydel ikke mottar noen penger for dette, men at Oslo Kommune betaler 20 % av sykehuskostnadene for alle kommunens innbyggere.

4.6 Samhandlingsreformen i lys av NPM-tankegangen

Som utdypet i teoridelen, handler økonomistyring om å allokere og anvende ressurser mest mulig effektivt, for å maksimere organisasjonens målsetninger (Anthony, 1965). For å sikre en mest mulig effektiv fordeling og utnyttelse av statens ressurser, allokeres midler ut til landets 429 kommuner basert på avanserte fordelingsnøkler. Midlene overføres i hovedsak

¹⁵ Kriteriesett for funksjonsområde 3 pleie og omsorg er gjengitt i vedlegg C (Byrådsavdeling for finans, 2012).

som rammebevilgninger, noe som innebærer at den enkelte kommune, som har best kjennskap til lokalbefolkningens forutsetninger og behov, fritt kan disponere midlene for å nå de overordnede nasjonale målsetningene, gitt det til enhver tid gjeldende lovverk og forskrifter. I Oslo kommune fordeles deler av kommunebudsjettet videre ut til bydelene, som igjen skal anvende midlene for å maksimere innbyggernes velferd. Samhandlingsreformen og dens insentiver bygger opp under en slik desentralisering av ansvar. I reformen står det blant annet:

”I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. [...] Kommunene skal sørge for behandling innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)”

- St.meld.nr.47 (2008-2009, s. 15)

I dette ligger det at regjeringen mener det er mest samfunnsøkonomisk lønnsomt at personer som kan behandles lokalt i kommunen, skal nettopp det. Dette bekreftes også i nasjonal helse- og omsorgsplan:

”Et førende prinsipp er å desentralisere det vi kan, og sentralisere det vi må.”

- St. meld.nr 16 (2010-2011, s. 30)

Insentivene om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten bygger i noe ulik grad opp under dette formålet. Som nylig beskrevet fordeles midlene for begge insentiver ut på kommunenivå, mens midlene til utskrivningsklare pasienter fordeles ned til bydelene som det laveste kommunale ansvarsnivået. Ressursallokering til den instans som er best egnet til å forvalte midlene, er i tråd med en rekke av Hood (1995) sine tidligere beskrevne momenter, basert på reformbølgen NPM. Forfatteren beskriver NPM langs syv dimensjoner, som skissert i tabell Tabell 2, og vi vil i det etterfølgende beskrive samhandlingsreformen i lys av de mest sentrale momentene fra denne teorien. (Nummerering fra Hoods tabell følger i parentes).

(1) Desentralisering

NPM peker på desentralisering som et sentralt virkemiddel i offentlig sektor (ibid.). Begge de to insentivene i reformen pålegger kommunen, som den desentraliserte part, økt ansvar. Når det gjelder kommunal medfinansiering overtar kommunen et delfinansieringsansvar som tidligere var tillagt staten, basert på innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten. Vedrørende betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har kommunen nå overtatt

betalingsansvaret på et tidligere stadium. Det er derfor tydelig at begge insentivene medfører en faktisk desentralisering av myndighet, gjennom overføring av ansvar fra stat og helseforetak til kommune- og bydelsnivå. Ettersom det er de kommunale instansene som har mulighet til å påvirke helsetilstanden til befolkning, er denne desentraliseringen i tråd med Hoods (1995) prinsipp om overføring av myndighet til ansvarlig instans.

(3) Insentivsystem basert på markedsløsninger

Styring basert på insentivkontrakter er utbredt i privat sektor som en løsning på prinsipal-agent utfordringer, og slike kontrakter er også tiltagende i det offentlige (Busch et al., 2009). Gjennom samhandlingsreformen har man utformet slike insentiver for å påvirke atferd. Hvordan insentiver er med på å styre atferd og optimal utforming av insentiver, har blitt grundig skissert i teorikapittelet og vil bli viet mye oppmerksomhet i analysen.

(4) Fokus på ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet

På samme måte som nevnt over, vil fokus på valg av behandlingsnivå og behandlingsinstans, medføre muligheter for bedret ressursutnyttelse og mer kostnadseffektive løsninger. Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter gjør det økonomisk lønnsomt for kommunen å ta ut pasienter fra sykehus dersom de selv kan ivareta pasientbehovet for mindre enn 4 000 kr. per døgn. Bydelene står dermed fritt til å velge den pleieløsningen de mener er mest hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle. Gitt at betalingssetten på 4 000 kr. døgnet representerer den relevante kostnaden ved å betjene en utskrivningsklar pasient på sykehus, vil kommunens beslutningsgrunnlag være i tråd med statens mål og det overordnede ønsket om å behandle brukere på lavest mulig kostnadsnivå (Milgrom & Roberts, 1992). Kommunen vil i så fall velge å tilby det pleietilbudet som gir den beste pasientoppfølgingen, gitt de kostnadene som foreligger ved de ulike tilbudene.

De samme momentene vil gjelde for kommunal medfinansiering, og følger av insentivets utforming, som beskrevet innledningsvis i dette kapittelet. Kommunens reelle påvirkningsmulighet vil vies oppmerksomhet i analysen.

(5) Påvirkningsmulighet over egne prestasjoner

I tråd med foregående drøftelse, vil kommunen med betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter i større grad enn tidligere gjøres ansvarlig for kostnader de har mulighet til å påvirke. Gjennom kommunens mulighet til å velge pasientbehandlingsform og

mer korrekte prissignaler, vil kommunen kunne påvirke eget kostnadsnivå og medfølgende prestasjoner, noe som er i tråd med Hoods (1995) beskrivelse av NPM.

Den kommunale medfinansieringen vil på sin side gjøre det rimeligere for kommunen å satse på tidlig intervensjon og forebygging i dag, for å redusere deres innbyggers bruk av spesialisthelsetjenesten i fremtiden, dersom kostnaden knyttet til dette er lavere enn 20 % av den gjennomsnittlige behandlingsprisen.¹⁶ I dette ligger det at kommunen kan velge å bruke midler på forebygging og tidlig innsats for å redusere fremtidige kostnader som innleggelser på sykehus vil medføre. Denne intensjonen er åpenbart i tråd med NPM og desentralisering av ansvar, ettersom kommunen gjennom egne handlinger istandsettes til å påvirke egne fremtidige kostnader.

(7) Helhetlig styring basert på output

Hood (1995) peker på trenden om at resultatmål i det offentlige bør baseres på output, og ikke detaljerte delmål. De to insentivene kan ses i lys av en slik overordnet tankegang. Ved besparelser som følge av reduserte overliggerdøgn på sykehus, eller en generell nedgang i forbruk av spesialisthelsetjenester, vil kommunen frigjøre midler som kan anvendes på ulike formål. Hvorvidt, og eventuelt i hvor stor grad, dette vil være tilfellet i praksis vil drøftes nærmere i analysedelen.

Som tidligere påpekt, er ikke NPM en helhetlig styringsteori, men heller et sett med organisatoriske styringsprinsipper og virkemidler. Hood (1995) beskriver videre at fokus på privatisering og økt konkurranse mellom enheter (2) er et element i denne tenkningen. Samhandlingsreformen og dens insentiver skiller seg på dette punktet fra NPM og dens idealer, ved at ingen tiltak bidrar til styring i en slik retning. I tillegg nevnes eksplisitte mål (6) som et styringsprinsipp innenfor NPM. De overordnede målene i samhandlingsreformen er ikke eksplisitte i den forstand at de er enkelt målbare og kontrollerbare, selv om indirekte skisserte mål, som blant annet reduserte liggetider i spesialisthelsetjenesten, er det (St.meld.nr.47, 2008-2009).

¹⁶ Dette er en noe forenkling av de potensielle effektene av KMF, men får likevel frem essensen i overordnet styringsforstand. Nærmere drøftelse av insentivvirkningene til kommunal medfinansiering følger i analysedelen

Som drøftelsen over peker på, er det flere aspekter ved reformens to insentiver som er i tråd med styringsprinsippene i New Public Management. Intensjonen bak insentivene er å desentralisere ansvar og myndighet fra helseforetak til den instans som er best egnet til å ivareta dette ansvaret – kommunen. Insentivene skal, gjennom påvirkningsmulighet over egne prestasjoner, føre til en helhetlig styring med fokus på kostnadseffektive løsninger med utgangspunkt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I hvilken grad de ulike insentivene faktisk bidrar til atferdsendring i denne retningen, vil være en underliggende faktor i analysedelen og sporadisk dras frem i den utstrekning det er hensiktsmessig.

5. Empiri

I dette kapitlet presenteres informasjon hentet inn fra de gjennomførte dybdeintervjuene og innhentet tallmateriale. For å skape en ramme rundt presentasjonen, vil informantenes uttalelser supplert med utdrag fra stortingsmeldingen om samhandlingsreformen og andre hensiktsmessige rapporter og artikler. Denne informasjonen vil underveis bli knyttet opp mot oppgavens tre forskningsspørsmål.

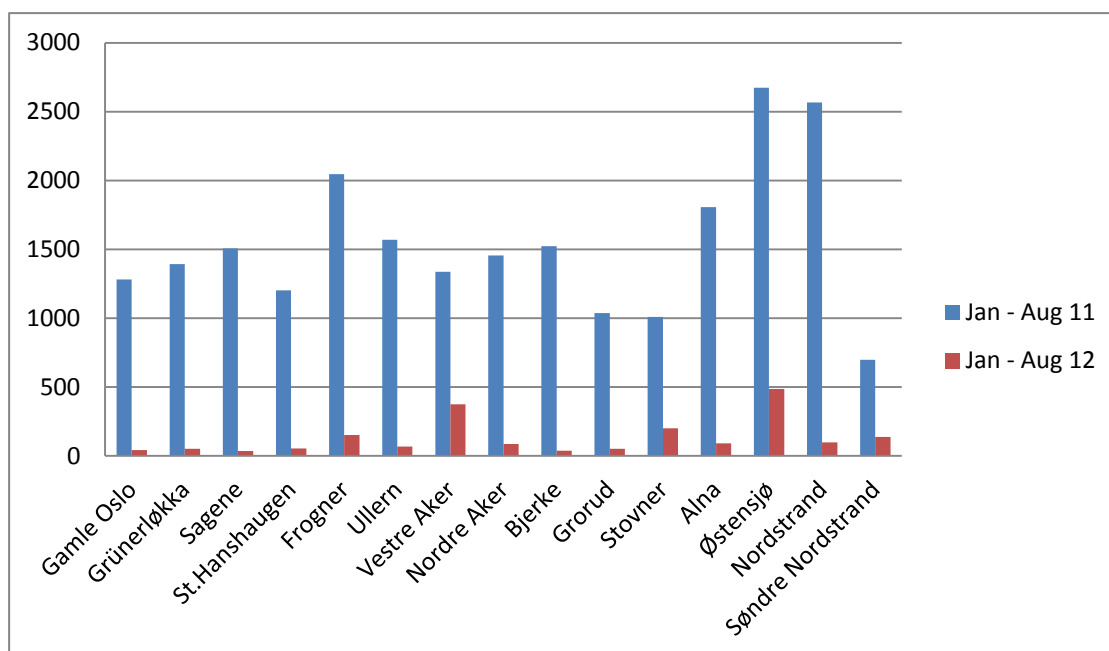
5.1 Forskningsspørsmål 1

Det første forskningsspørsmålet ønsker å belyse foreløpige endringer i atferd som følge av de to økonomiske insentivene i samhandlingsreformen. Eventuelle effekter som følge av insentivene vil i den grad det er mulig isoleres og behandles separat.

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

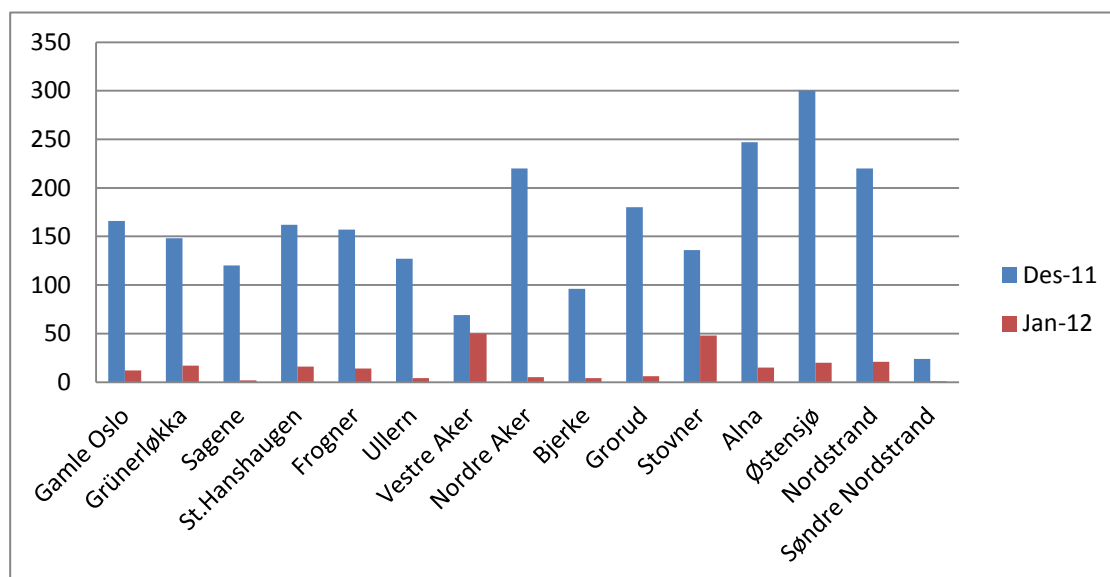
5.1.1 Kortere liggetid

Som beskrevet i kapittel 4, er kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første døgn et av samhandlingsreformens virkemidler for å endre atferd. Stortingsmeldingen peker på at en større del av pasientmassen skal behandles i kommunal regi, noe som vil kunne gi seg utslag i reduserte overliggerdøgn på sykehus. Det er således av interesse å se hvordan liggetiden har endret seg etter reformens inntog. Nedenfor presenteres en graf som viser utviklingen i liggedøgn for somatiske pasienter basert på tall fra Helse- og Velferdsetaten i Oslo Kommune.



Figur 7: Utvikling liggedøgn somatikk for Oslo Kommune, jan-aug 11 og jan-aug 12 pr. bydel

Det går klart frem at antall liggedøgn for pasienter som er meldt utskrivningsklare, er kraftig redusert i 2012 sammenlignet med samme periode i 2011.¹⁷ Samlet antall liggedøgn for utvalgsperioden, viser at liggetiden i 2012 tilsvarer 8,5 % av liggedøgnene for tilsvarende periode året før. Tallgrunnet viser at bydelene i Oslo tilbyr sine pasienter et lokalt kommunalt tilbud på et vesentlig tidligere stadium enn året i forveien.



Figur 8 Utvikling liggedøgn innen somatikk for Oslo Kommune, des11-jan12 pr. bydel

¹⁷ Når denne utredningen ble skrevet var kun tallmateriale fra t.o.m. august 2012 tilgjengelig.

Figur 8 viser at endringen i antall liggedøgn har skjedd hurtig. Den viser en markant endring fra desember 2011 til januar 2012 – en endring som er konsistent på tvers av bydelene. Våre bydelsinformanter påpeker at de var forberedt på å overta betalingsansvaret fra første dag, og hadde foretatt endringer for å muliggjøre overtakelse av pasienter. En bydelsinformant forklarer dette slik:

”Vi satte nok inn et ekstra gir i forhold til det i fjor når vi visste om dette med betaling for utskrivningsklare pasienter. Vi visste at noe måtte gjøres, og at vi måtte ruste opp for å ta imot pasientene. Så alle bydelene har nok forberedt seg til samhandlingsreformen.”

– Bydelsinformant 3

Tallene lagt fram over forteller om klare atferdsmessige endringer i bydelene, og inntrykket støttes av informanter fra bydelene i Oslo:

”Våre pasienter ligger ekstremt mye kortere på sykehus nå enn før fordi vi forter oss [med å hente ut pasientene]. Vi har ikke råd til å la de ligge på sykehuset.”

– Bydelsinformant 1

Og:

”Før så lå de jo selvfølgelig fram til de var utskrivningsklare og så lå de ofte noen dager til. For det var jo sånn at vi spekulerte litt i den uka vi slapp å betale.”

– Bydelsinformant 3

Grafene over viser samtidig at antall liggedøgn ikke elimineres helt. En bydelsinformant forklarer dette slik:

”[...]. Det vi noen ganger gjør, er at når vi ser at vi får en ledig korttids plass på fredag, så betaler vi kanskje for et par døgn i stedet for å måtte kjøpe en ekstra sykehjems plass et annet sted for så å måtte flytte de tilbake til bydelen.”

– Bydelsinformant 3

Det er bred enighet blant våre informanter om at hensynet til pasienten alltid vil veie tyngst, noe som i praksis innebærer et og annet overliggerdøgn på sykehus dersom bydelen ikke har et tilfredsstillende tilbud klart i kommunen.

Den nye betalingsordningen har lovpålagte varslingskrav¹⁸, noe som tilsynelatende har endret bydelene og sykehusenes måte å jobbe på, i retning av mer og tidligere samhandling:

¹⁸ Se inngående forklaring om forskriften for utskrivningsklare pasienter i kapittel 4.

”Vi jobber på en litt annen måte nå. Vi er mye tidligere inne enn det vi var før. Tidligere så ventet vi ofte til pasienten ble meldt utskrivningsklar før vi begynte å snakke sammen, men nå er vi i dialog med en gang pasienten blir innlagt.”

– Bydelsinformant 3

I tillegg til at betalingsplikten gjelder fra første dag og ikke først etter syv dager, er beløpet bydelene må betale for et overliggerdøgn økt til 4 000 kr. Bydelsinformantene hevder at de til denne prisen kan tilby kommunale plasser til langt lavere priser. En informant sier:

”En sykehjems plass koster omtrent 1700-1800 kr døgnet, slik at det er store forskjeller.”

– Bydelsinformant 2

En sykehusinformant forteller at den sterke reduksjonen i antall overliggerdøgn har ført til at deres lokalsykehus har lagt ned en sengepost. Bakgrunnen for dette forklarer slik:

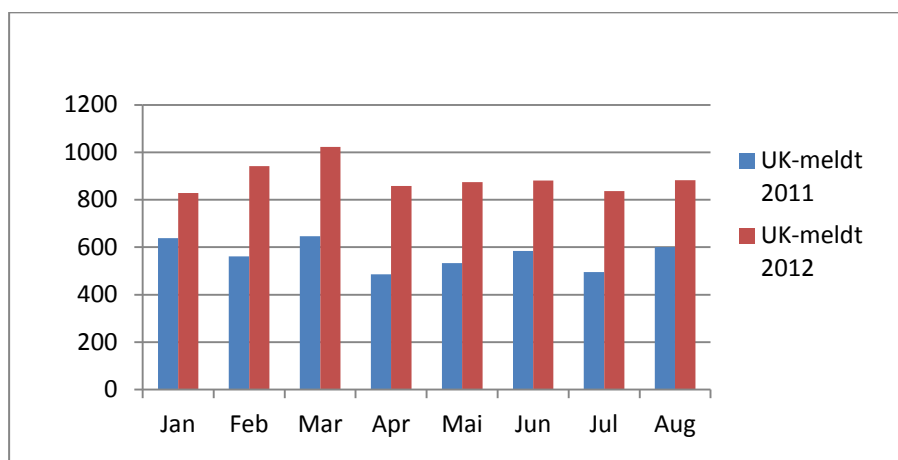
”Det var primært begrunnet i økonomi, men sekundært fordi vi ikke har pasientene lenger. Vi hadde i snitt 18 UK pasienter liggende i våre senger, og det er nesten en sengepost.”

– Sykehusinformant 1

Også et annet lokalsykehus melder at nedgangen i liggetider har medført nedleggelse av sengeposter, mens et tredje melder at kapasiteten primært nå benyttes av andre pasienter.

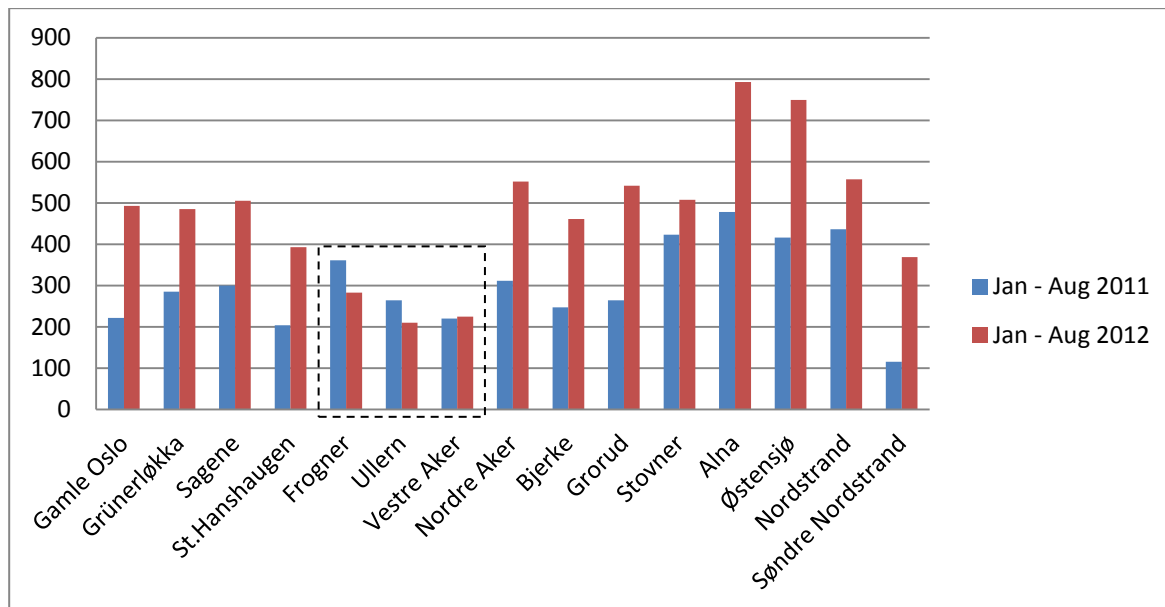
5.1.2 Økning i rapporteringen av utskrivningsklare pasienter

Tallmaterialet fra Helse- og Velferdsetaten i Oslo kommune viser en betydelig økning i rapporterte tilfeller av utskrivningsklare pasienter så langt i år, sammenlignet med tilsvarende rapporterte tall fra fjoråret.



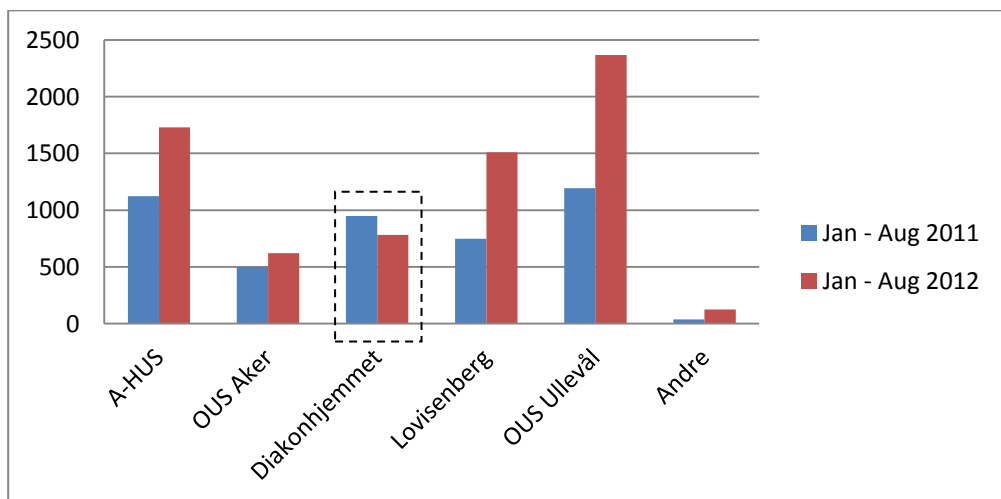
Figur 9: Antall UK-meldinger somatikk i Oslo, jan-aug 11 og jan-aug 12 pr. mnd.

Figur 9 viser at økningen er konsistent for alle måneder, og representerer et tydelig skift fra året før. Samlet sett ser man per 31. august en gjennomsnittlig økning på 57 % for Oslo kommune sammenlignet med året før. Dersom man bryter ned tallene på bydelsnivå og sammenligner de åtte første månedene i 2011 og 2012, ser man en økning i de aller fleste bydeler.



Figur 10: Antall UK-meldinger somatikk for Oslo, jan-aug 11 og jan-aug 12 pr. bydel

Det er imidlertid tre bydeler som skiller seg ut. Frogner, Ullern og Vestre Aker opplever enten en nedgang i antall utskrivningsklare pasienter (Frogner og Ullern), eller en nokså stabil utvikling (Vestre Aker). Ettersom det er sykehusene som definerer en person som utskrivningsklar, kan det være av interesse å se hvordan utviklingen er fordelt på de ulike lokalsykehusene, for å se etter eventuelle trender.



Figur 11: Antall UK-meldinger somatikk i Oslo, jan-aug 11 og jan til aug 12 pr. sykehus

Som figur 11 viser, er det spesielt ett sykehus som skiller seg ut. Mens de andre sykehusene har rapportert en markant økning i antall utskrivningsklare pasienter, har Diakonhjemmet, som eneste lokalsykehus, redusert antall utskrivningsklare pasienter.

Tabell 3: Lokalsykehus for bydelene i Oslo

A-HUS	Diakonhjemmet	Lovisenberg	OUS Ullevål
Grorud	Ullern	St. Hanshaugen	Nordre Aker
Alna	Frogner	Gamle Oslo	Østensjø
Stovner	Vestre Aker	Grünerløkka	Nordstrand
		Sagene	Søndre Nordstrand
			Bjerke

Tabell 3 viser lokalsykehistilhørighet for bydelene i Oslo. På bakgrunn av denne oversikten og figurene skissert innledningsvis, ser man at de tre bydelene som tilhører Diakonhjemmet er de samme tre som rapporterer om en nedgang eller stabil utvikling i rapporteringen av utskrivningsklare pasienter.

Dybdeintervjuene med bydelsrepresentanter fra ulike bydeler bekrefter i stor grad det observasjonene på figurene viser. Informanten fra en bydel som sokner til Lovisenberg sier blant annet:

”Den første måneden, januar, så ble det skrevet ut 100 % flere enn i 2011, og det har holdt seg fra måned til måned: Fra dobbelt til tredobbelt så mange.”

– Bydelsinformant 1

En bydelsrepresentant med A-HUS som lokalsykehus er også samstemt i dette synet, og sier:

”[...]men vi ser helt klart en økning i pasientmassen [fra sykehus]”

– Bydelsinformant 2

Det samme meldes fra en bydel som har Oslo Universitetssykehus som lokalsykehus:

”Vi [i bydelen] har en reduksjon i antall eldre. Når man har det, så får man en reduksjon i behovet også, men samtidig ser vi en økning i antall UK-meldte.

– Bydelsinformant 5

Bydelsrepresentanten som har Diakonhjemmet som lokalsykehus, kunne imidlertid verken bekrefte eller avkrefte om det hadde vært noen endring i pasientmassen. Representanten for Oslo kommune var imidlertid ikke i tvil om at det har avstedkommet en endring etter reformen ble innført, og meddeler at:

"Det er klart at det var et trøkk og sykehusene skriver ut 'en masse'. Litt sånn 'hals over hodet' føler jeg av og til, men bydelene har virkelig klart å ta imot."

– Kommunal informant 1

Fra nasjonalt hold, tas det imidlertid sterk avstand fra at en slik tilvekst er reell. En nasjonal ekspert på samhandlingsreformen sier det er noen myter omkring effektene av reformen. Om den rapporterte økningen sier informanten følgende:

"Det er en grense for hvor mange som kan skrives ut; på et eller annet tidspunkt vil det bli tomt på sykehusene. Når det er flere pasienter som blir rapportert utskrivningsklare, så er det fordi man tidligere ikke har definert pasientene som utskrivningsklare."

– Nasjonal informant

Vedkommende mener at den rapporterte økningen stammer fra tidligere mangelfull rapportering, og ikke representerer en reell økning. To bydeler støtter også delvis opp under denne påstanden og meddeler at rapporteringen tidligere har vært noe ufullstendig, noe de mener kan forklare deler av den rapporterte økningen. En informant fra sykehuset melder om at de er svært tro mot forskriften og trolig melder litt flere pasienter utskrivningsklare nå enn før:

"Det er klart at vi tidlig-melder veldig mange pasienter nå, for vi tidlig-melder både de som har hjelp fra før og de vi tror vil ha behov for hjelp etter behandling. For du må UK-melde alle som blir tidlig-meldte, egentlig. For at bydelen skal avslutte saken så er UK-meldingen en avsluttende melding. Så det er en del av det, men hvorfor det er blitt så mange flere, det er vanskelig å si."

– Sykehusinformant 1

En informant fra Diakonhjemmet er tydelig på deres registrering av utskrivningsklare pasienter er pålitelig, og sår tvil om de andre sykehusenes rapporteringsrutiner og hvorvidt disse er endret som følge av betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter.

Flere bydelsinformanter hevder det er en reell økning i mottatte pasienter, mens enkelte er usikre. Ifølge informanter fra lokalsykehusene er det noe usikkerhet forbundet med

økningen, men de er tydelige på at flere tidlig-meldes. Tallmateriale bygger i stor grad opp under bydelenes perspektiv, men en slik økning betviles fra nasjonalt hold, hvor det påpekes at dette ikke kan være vedvarende da det isolert sett impliserer en reduksjon av pasienter på sykehuset.

Antall utskrivningsklare pasienter vil også påvirkes av økningen i antall innleggelser som sykehusene generelt opplever. Helse Sør-Øst rapporterer om at helseforetakene og sykehusene samlet har hatt 1,8 % flere pasienter innlagt til døgnopphold innenfor somatikken de to første tertialene i 2012, kontra samme periode året før (Helse Sør-Øst, 2012). Selv om dette er tall for hele helseregionen Sør-Øst, er det ikke spesifisert noen særegen økning for Oslo i rapporten og vi antar derfor at veksten er noenlunde lik som i regionen for øvrig. Denne økningen tilsvarer omtrent størrelsen på befolkningsveksten i regionen, og ligger til grunn for en naturlig utvikling i antall utskrivningsklare pasienter.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Mens man kan se klare utviklingstrekk på områder som er nært tilknyttet insentivet om utskrivningsklare pasienter, kan det på bakgrunn av intervjuene ikke observeres lignende effekter som følge av den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten.

Tanken bak ordningen presiseres i stortingsmeldingen, som blant annet sier at:

”Det er departementets oppfatning at den faglige innretningen på mange av kommunens aktiviteter kan ha mulighet til å påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, særlig for enkelte aldersgrupper og diagnoser.[...] Så langt har dette i bare helt begrenset grad blitt gjort av kommunene.”

– St.meld.nr.47 (2008-2009, s. 101-102)

En nasjonal kilde som ikke ønsker å bli direkte sitert, hevder at en slik atferdsendring vil øke på sikt og at den kommunale interessen for den somatiske aktiviteten i helseforetakene allerede har økt på landsbasis. Dette synet virker imidlertid ikke å støttes nevneverdig av informantene fra bydelene i Oslo. Midlene til kommunal medfinansiering allokeres ikke ut til bydelene og bydelsinformantene sier at de ikke har innrettet seg annerledes som følge av ordningen. En bydelsinformant sier:

”Vi har på bydelsnivå diskutert litt lite [hva som skjer hvis midlene til kommunal medfinansiering blir flyttet til bydelen]. Da må vi virkelig diskutere hvordan vi skal

håndtere disse midlene, for foreløpig er det flyttet så lite penger ut til oss og det er bare for å imøtekomme UK [utskrivningsklare] pasienter.”

– Bydelsinformant 3

En annen bydelsinformant ser heller ingen atferdsendringer som følge av den kommunale medfinansieringen, og forklarer det slik:

”Men så er det noe med at det er ikke nok penger, du trenger en pott å starte med hvis man skal få noe effekt.”

– Bydelsinformant 4

Informantene medgir at deres atferd så langt ikke er endret på bakgrunn av insentivet om kommunal medfinansiering. De påpeker at bydelene overhode ikke berøres av ordningen.

Sentralt i Oslo kommune satses det i dag på en mellomstasjon med mer spesialisert kompetanse enn den bydelene innehar, men mindre tungdrevet enn sykehus. Samhandlingsarena Aker, som den heter, vil være det de kaller en ”halvannenlinjetjeneste”, som bydelene kan benytte seg av, mot å betale en stipulert kostnad for tjenesten. Denne skal avlaste sykehusene og sørge for at behandling skal ivaretas innen det samhandlingsreformen kaller BEON-prinsippet – behandling på ”beste effektive omsorgsnivå” (Stortingsmelding 47, 2008-2009, s. 26). Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre sier følgende om samhandlingsarenaen¹⁹:

”Her skjer oppfølgingen av noe av det viktigste i Helse-Norge i dag, nemlig samhandling. Pasienten skal kunne komme inn én dør og få den hjelpen han eller hun skal ha – uten å måtte tenke på om det er kommunen eller helseregionen som står bak”

– Helseminister Jonas Gahr Støre

Den nylig etablerte samhandlingsarenaen viser at tiltak iverksettes på kommunalt nivå. Våre bydelsinformanter forteller ikke om noen atferdsendringer som følge av initiativet i dag, og vår undersøkelse er ikke egnet til å vurdere eventuelle fremtidige effekter.

¹⁹ Gahr Støres uttalelse i forbindelse med et besøk på Aker (Regjeringen, 2012f)

5.2 Forskningsspørsmål 2

Under forskningsspørsmål 1 ble to effekter skissert som et resultat av incentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Atferdsendringer som følge av incentiver kan imidlertid også medføre uheldige konsekvenser og vridningseffekter. Vårt andre forskningsspørsmål går ut på å vurdere eventuelle kommunale utfordringer som følger av reformen, og om ordningen medfører noen vridningseffekter. For å kunne analysere dette, spurte vi informantene om ulike forhold har endret seg i kjølvannet av reformen. Spørsmålene omhandlet helsetilstanden til pasientene og eventuelle kommunale (bydelsmessige) tiltak som ble innført for å håndtere endringene reformen medførte, eller potensielt ville medføre.

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

5.2.1 Helsetilstanden til den utskrivningsklare pasienten

Med beviselig reduserte liggetider på sykehuset, og en mulig økning i antall utskrivningsklare pasienter, er det sentralt å stille spørsmål om hvordan helsetilstanden blant utskrivningsklare pasienter har utviklet seg. Basert på de gjennomførte dybdeintervjuene er det verdifullt å trekke fram en del observasjoner angående utviklingen de første åtte til ni måneder etter innføringen av samhandlingsreformen. En bydelsinformant sier følgende:

”Vi ser helt klart en økning i pasientmassen, og sykere, mer pleietrengende, pasienter. [...] Vi ser ganske dårlige pasienter, med for eksempel intravenøstativer, som er ganske pleiekrevende”

– Bydelsinformant 2

De samme oppfatningene deles av en annen bydelsinformant:

”[...]færre [pasienter] skal på sykehus i årene fremover, de må ligge der kortere og de må ta med sykdom hjem og håpe på å bli bedre der [...]”

– Bydelsinformant 1

De fleste bydelsinformanter deler oppfatningen om at pasientene som hentes fra sykehuset er sykere enn før. Dette er forklaringen fra en informant, som er av en oppfatning flere deler:

”Klart det er det, det gjør det helt klart. Tenk litt logisk. En 80 åring får lungebetennelse og blir lagt inn, så får du intravenøs behandling og så går det to dager før sykehuset sender melding. Før så hadde vi syv dager der vi ikke betalte noe, slik at de kunne bli liggere 2-3-4 dager før vi sendte dem hjem eller fant en

løsning på hjemsendelsen. Det innebærer nødvendigvis at du har en sykere pasient å sende hjem; alt annet er bare tull og tøys.”

– Bydelsinformant 4

Våre bydelsinformanter er altså nokså samstemte i synet på at pasientene de mottar etter reformen ble innført, er i dårligere helsemessig forfatning enn før. Dette inntrykket deles av en sentral kommunal informant, noe som implisitt kommer fram når vedkommende sier at:

”Det er ganske krevende [for bydelene], når pasientene er så mye sykere nå enn før [reformen ble innført].”

– Kommunal informant 1

Uten de samme superlativene, støtter en sykehusinformant de initiale observasjonene om at pasientmassen har blitt mer pleietrengende etter reformen:

”Ja det tror jeg er helt riktig, de [UK pasientene] er medisinsk ferdigbehandlet, men de har ikke fått de 4-5 dagene på seg til å komme seg. De foregår nå i bydel. Så det at de opplever at pasientene er dårligere, det tror jeg er helt riktig. De er likefullt ferdigbehandlet men de får ikke rekreasjon på sykehus. For vi har ikke noen annen UK meldingspraksis nå enn tidligere.”

– Sykehusinformant 1

Av informantenes syn følger det at helsetilstander, og endringer i slike, vanskelig kan kvantifiseres, og dermed heller ikke direkte sammenlignes. Vår informant i en sentral nasjonal stilling vil verken bekrefte eller avkrefte om pasienter som defineres som utskrivningsklare er mindre friske nå, enn før reformen:

”Nja det der kan diskuteres [om pasienter blir friskere av å ligge på sykehus noen dager etter at de er utskrivningsklare]. Det er snakk om eldre, pleietrengende folk som venter på pleie og omsorg i kommunen. Dess lenger man venter på sykehus jo mer omsorgstrengende og sykere blir man. Noen trenger et par tre dager ekstra på å komme seg, men i snitt kan det like gjerne være slik at jo lenger man blir liggende på sykehus i en passiv tilstand, jo sykere blir man av å bli liggende.”

– Nasjonal informant

Selv om en objektiv vurdering av ”hvor syk” en person er vanskelig lar seg måle, er det bred enighet blant bydelsinformantene, og fra kommunen sentralt, at flere pasienter er sykere idet de skrives ut fra sykehus. Det rapporteres at pasientene generelt er mer pleietrengende og i helsemessig dårligere forfatning.

5.2.2 Tidlig utskrivning og flere reinnleggelser?

Et mulig og vanlig brukt mål for å vurdere helsetilstanden til utskrevne pasienter, er å se på antall reinnleggelser på sykehus. Kunnskapscenteret benytter Norsk Pasientregister sin definisjon på reinnleggelse, som beskriver en reinnleggelse som ”en akutt innleggelse på bakgrunn av samme DRG som den opprinnelige innleggelsen, innen 30 dager etter at pasienten ble skrevet ut fra det tidligere sykehusoppholdet” (Damgaard et al., 2012, s. 2).

Våre informanter har delte oppfatninger om utviklingen av antall reinnleggelser. En av bydelsinformantene frykter en økning i antall reinnleggelser når liggetiden går ned. Vedkommende frykter at pasienter som får tilbakeslag raskt etter behandling nå må legges inn på sykehus for ny behandling, i stedet for å bli behandlet på nytt før de forlater sykehuset. Informanten ser dette som uheldig både for pasienten og fra et samfunnsøkonomisk ståsted.

En annen bydelsinformant sier det er for tidlig å si noe om hvorvidt de opplever flere reinnleggelser enn tidligere, og fortsetter:

”Diakonhjemmet har meldt tilbake til oss og andre tilhørende bydeler at de syns nok at de har noe mer reinnleggelser til sykehuset enn de tidligere har hatt.”

– Bydelsinformant 3

En informant fra et lokalsykehus støtter opp under dette:

”Reinnleggelser har økt noe, men det er bare for en enkelt måned, så jeg tørr ikke si noe sikkert enda. Men det følger jo vi veldig tett. For det er en av bekymringene våre, både ved at vi har gjort en intern effektivisering og at vi er veldig presise på det med UK-melding.”

– Sykehusinformant 1

I vårt utvalg av bydeler kan få informanter si noe konkret om utviklingen av reinnleggelser, ettersom dette er noe de mangler pålitelig statistikk over. Det er en delt oppfatning, hvor enkelte tror eller frykter dette er tilfellet, mens andre ikke har oversikt, og dermed heller ikke vil kommentere temaet. I samtaler med to informanter fra ulike lokalsykehus, hevder imidlertid disse at de ikke har opplevd noen signifikant økning i antall reinnleggelser. En nasjonal informant hevder at det ikke er noen form for økning på nasjonalt nivå:

”[...]Det er ikke økning i reinnleggelser på sykehus og det er ikke mottatt en eneste klage fra noen kommune på at en pasient blir definert utskrivningsklar før de faktisk er det.”

– Nasjonal informant

Det er imidlertid også en måle- og definisjonsutfordring med termen reinnleggelse, som kompliserer bildet ytterligere. Det illustrerer Oslo kommune på denne måten:

Selv om de kommer inn med lungebetennelse, så er det veldig uheldig om pasienten blir reinnlagt tre dager etterpå på grunn av en annen infeksjon og en annen DRG. Det henger jo sammen. Man må se på sammenhengen.[...] Også er det jo sånn med de eldre at de gjerne har åtte forskjellige sykdommer, som er snittet blant kronisk syke, så er det klart at en slik definisjon [basert på én DRG] er lite hensiktsmessig.”

– Kommunal informant 1

En objektiv vurdering av helsenivået til pasientene vil være svært vanskelig. Det er likevel klare indikasjoner fra våre bydels- og sykehusinformanter om at pasientene er mer pleietrengende nå, enn før reformen. Informantene hevder imidlertid at pasientene likefullt er ferdig behandlet og at behandlingstiden ikke er endret. Offisiell statistikk over reinnleggelser basert på definisjonen nevnt innledningsvis er ikke tilgjengelig for 2012.²⁰

5.2.3 Økt krav til kompetanse

Reduksjonen i antall liggedøgn og en mer pleietrengende pasientmasse, stiller økte krav til bemanning og kompetanse i bydelene. Bydelene har i stor, men ulik, grad valgt å bruke de overførte midlene for utskrivningsklare pasienter til å øke kompetansen blant sine helsearbeidere. To informanter sier blant annet:

”Vi har styrket hjemmetjenesten og kjøper flere korttidsplasser som en konsekvens av reformen.”

– Bydelsinformant 2

Og

”Vi har gått fra praktisk bistand til sykepleie. Når personer [ansatt i bydelen] slutter, har vi valgt å prioritere å ansette personer med høyere kompetanse. Flere sykepleiere, og færre omsorgsarbeidere og hjelpepleiere. Vi har også ansatt helsepersonell med spesialisert kompetanse. Og det trengs nå.”

– Bydelsinformant 1

Kun én bydelsinformant i vår undersøkelse forteller at ikke er satset på økt kompetanse som følge av samhandlingsreformen. Informanten forklarer at deres bydelsbudsjett har blitt redusert på grunn av den demografiske utviklingen i bydelen, noe som ikke har muliggjort investering på dette området.

²⁰ Norsk Pasientregister fører statistikk over antall reinnleggelser, men tallgrunnlaget for 2012 er ikke tilgjengelig p.t.

I stortingsmelding 47 (2008-2009) står det at ”det i samhandlingsreformen legges til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene” (s. 26). Det står videre at det skal bli en ”tyngdepunktsforskyvning over fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten” (2008-2009, s. 33). Dette er noe bydelene var forberedt på at ville komme. En bydelsinformant formidler dette slik:

”Det ligger jo i hele reformen at det forventes at vi skal håndtere mer i kommunen og da må vi kunne håndtere mer i forbindelse med hjemmetjenesten blant annet, og da blir det mer komplekse problemstillinger. Jeg kan ikke skjønne annet, det må bli det.”

– Bydelsinformant 3

De fleste bydelsinformanter er samstemte når det gjelder behovet for ekstra kompetanse som følge av utfordringene de møter, eller tror de vil møte, som følge av reformen.

5.2.4 Prinsipp om likeverdige parter og trekking av B-meldinger

Det står som et sentralt punkt i Stortingsmelding 47 (2008-2009) at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal være likeverdige parter. Sykehusene kjennetegnes ofte ved at de har stor profesjonsdominans med mye og spesialisert kompetanse, noe som historisk sett har bidratt til et skjevt maktforhold mellom helseforetak og kommune (ibid.). Gjennom ansvarsfordeling og kompetanseheving skal samhandlingsreformen bidra til at ”det skapes en arena der kommunalt nivå og foretakene er likeverdige partnere, herunder forutsettes at kommunene må ha nok faglig tyngde til å kommunisere og sette krav til sykehusene” (s. 113). Dette skal sikre at ikke ”en av aktørenes premisser ensidig blir dominerende for arbeidet” (s. 33).

Selv om likeverdighet står nedfelt som et viktig prinsipp, er dette fortsatt langt i fra tilfellet i følge bydelsinformantene vi har vært i kontakt med:

”Det står i avtaleverket at vi skal være likeverdige parter, men det er i alle fall ikke slik vi ser det.”

– Bydelsinformant 2

En annen bydelsinformant bekrefter dette inntrykket:

”Ja herregud, det står det [prinsipp om likeverdighet i samhandlingsreformen]? Det har nok aldri noen gang vært slik at det har vært likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen.”

– Bydelsinformant 4

Det er en bred enighet blant våre informanter om at helseforetakene er den dominerende part i samarbeidet mellom sykehus og bydel, og at forholdet ikke er endret som følge av reformen. Bydelsinformantene vektlegger i denne forbindelse spesielt et problem som har oppstått på bakgrunn av det økte utskrivningstempoet fra sykehus – trekkingen av B-meldinger. En B-melding sendes fra sykehuset til bydelen i det en pasient er definert som utskrivningsklar. Bydelen vil dermed iverksette de pleietiltak pasienten trenger etter utskrivningen. Dersom sykehuset ser at pasienten likevel ikke er utskrivningsklar fra sykehuset, trekkes denne B-meldingen og det sendes en endringsmelding med nytt anslag på utskrivningstidspunktet til bydelen. Informantene i undersøkelsen forteller at trekking av B-meldinger er et problem og er en kostnadmessig belastning for bydelen:

”Et av de største problemene vi står ovenfor nå, er trekking av B-meldinger.”

– Bydelsinformant 2

Og:

”Det er jo ikke få endringsmeldinger som sendes ut [fra sykehusene]. Det er klart at det er krevende for kommuner og bydeler generelt alltid å være klare i startblokka, når sykehusene snur seg rundt og ombestemmer seg opptil fire og fem ganger før pasienten faktisk kommer. Det er utrolig krevende for bydelene og er kanskje fortsatt den største utfordringen.”

– Kommunal informant 1

Den kraftige reduksjonen i liggetid medfører en tilsvarende økning i pasientmassen som skal behandles i kommunal regi og bydelene arbeider systematisk med å klargjøre et passende tilbud til pasienter som defineres som utskrivningsklare. Klarlegging av slikt tilbud kan være krevende og kostbart, avhengig av hva slags type behandling pasienten har behov for. En informant hevder at trekking av B-meldinger medfører merkostnader for bydelen og misbruk av ressurser:

”Det er en utfordring for oss [trekking av B-meldinger]. Vi kan for eksempel ha et innsatsteam og et hjemme-team som er klare til å ta imot brukeren og så kommer den ikke likevel. Det er en utfordring, og vi føler jo litt at det er vi som er svarteper oppe i det her for å være helt ærlig. Det er på en måte sykehuset som har makta her.”

– Bydelsinformant 3

En annen sier:

”Det som skjer er at sykehusene sier at pasienten skal ut i morgen. Vi i kommunen setter i gang kommuneapparatet. Så sier sykehuset at pasienten ikke skal ut likevel, uten at vi kan gjøre noe med dette. Sånn driver sykehuset og trekker og melder,

trekker og melder; opptil fire-fem ganger for enkelte pasienter, og det er en utfordring for oss. Vi bemanner opp hjemmetjenester, eller frigjør korttids plass ved å sende en annen person hjem, som kanskje må sendes hjem et par dager før planlagt tid fordi vi trenger denne plassen.”

– Bydelsinformant 2

Og:

”Problemet er at de har satt en utskrivningsdato og så har de ikke fulgt den. Det har haglet med endringsmeldinger, mens vi har løpt med sengene og hjemmetjenesten.”

– Bydelsinformant 5

Det påpekes at praksisen med trekking av B-meldinger slett ikke skjer på samtlige pasienter, og først og fremst forekommer for pasienter med kompliserte diagnoser. Likevel oppleves dette som en økonomisk og planleggingsmessig ulempe for samtlige bydeler vi har snakket med. Bydelene mener problemet heller ligger ved hvordan forskriften er utformet enn ved hvordan sykehusene agerer.

”Dette [endring av B-meldinger] er en av de sidene som kan forbedres, kan kanskje aldri bli helt borte på grunn av tempoet som forskriften legger opp til, men det er kommunene som taper på dette og ikke sykehusene.”

– Bydelsinformant 4

Bydelsinformantene opplever liten grad av likeverd mellom partene:

”Det er ingen sanksjoner i denne ordningen for sykehusene. De kan trekke og melde så mye de vil, uten at det får noen konsekvenser.”

– Bydelsinformant 2

I delvis humoristisk toneleie forslår en av våre informanter sågar en betalingsordning den andre veien, som innebærer at helseforetakene betaler en del av de kommunale kostnadene når B-meldingene trekkes.

5.2.5 Vridningseffekter

Reduksjon i liggetider fører til et økt press på det kommunale tilbudet. Dersom dette, eller andre effekter, bidrar til å ta fokus vekk fra andre prioriterte, men ikke belønnede, oppgaver, vil det oppstå vridningseffekter. Bydelene opererer innenfor begrensede budsjetter og forteller at de står overfor krevende prioriteringer:

”Det finnes et lovverk som bestemmer befolkningens krav på helsetjenester, og politikerne bevilger oss en god del mindre midler enn det som skal til for å få dette lett til. Så må vi prioritere. Og når du legger inn et økonomisk insentiv som dette, så

får du effekter. [...] Men det er klart; jeg vil nødig svekke barnevernet eller eldresenteret, så jeg gjør det jeg kan for å få dette til”

– Bydelsinformant 1

En annen bydelsinformant sier følgende om prioriteringen som foretas:

”Når vi vil satse på kompetanse, så må disse midlene tas fra bydelsbudsjettet som kunne vært brukt på andre formål”.

– Bydelsinformant 5

Det kommer tydelig frem fra våre informanter at insentivene påvirker bydelens prioriteringer. Ettersom insentivet kun gjelder pasienter innen somatikk, vil det være hensiktsmessig å se om fokuset flyttes vekk fra andre pleietrengende.

Nedprioritering av pasienter innen psykisk helse?

På spørsmål om fokusforskyvning som følge av den nye betalingsordningen, er det spesielt to forhold som nevnes av en nasjonal informant. Den første er at pasienter innenfor psykisk helse ikke er berørt av denne ordningen eller lignende insentiver, noe som kan medføre nedprioritering av denne pasientgruppen:

”Noen sykehus rapporterer at kommunene nå har hele fokuset på somatisk utskrivningsklare pasienter, og unnlater å ta ut de fra psykiatrien. Det er ikke slik over alt, og rapporter tilsier at dette kun er unntaket. På nasjonalt plan letes det aktivt etter hvordan kan man få til en parallell for å gjøre det økonomisk fornuftig å gjøre de ”riktige” tingene også innenfor rus og psykisk helse.”

– Nasjonal informant

Det var i utgangspunktet et ønske fra regjeringens side å innføre en lignende betalingsordning innenfor andre områder enn somatikk, som rus og psykiatri (Stortingsmelding 47, 2008-2009). I stortingsmelding 16 (2010-2011) fortelles det at statistikk vedrørende disse gruppene er mangelfull. Dette, kombinert med et annerledes og mer omfattende pleiebehov, skisseres som bakgrunnen for at disse gruppene er ekskludert fra en slik betalingsordning (ibid.). Ingen av bydelene vi har vært i kontakt med rapporterer om at fokus flyttes vekk fra pasienter innen psykisk helse, og sier at utviklingen innen disse pasientgruppene har vært stabil. Tallgrunnlag for utviklingen i antall liggedøgn for rus og psykisk helse er på det nåværende tidspunkt ikke tilgjengelig for Oslo, men er stabil og ikke-økende på landsbasis (Norsk pasientregister, 2012). En bydelsinformant sier:

”Det er mer som før [liggetiden for psykisk helse pasienter], og der trenger i hvert fall denne bydelen mer tid på seg til å etablere tilbud og tjenester. Vi var mer klare til å ta imot de utskrivningsklare somatiske pasientene, men vi er ikke klar innenfor psykiatri. Skulle vi betalt fra dag én der så hadde det blitt mange kroner, selv om det er langt færre pasienter. Disse pasientene har behov for mer spesialisert og sammensatt kompetanse.”

– Bydelsinformant 3

Informantene peker på at pasienter innen rus og psykisk helse har behov for en helt annen type pleie. En bydelsinformant sier:

”Ja det [ansvaret for psykisk helse pasienter] oppfattes som veldig vanskelig, det har det vært i alle år. Grensen mellom andrelinjetjeneste og behov og førstelinjetjeneste. Hvordan skal tempoet med hensyn til utskrivningen være her? Uansett kan det ikke bli en ordning som er helt lik den for somatiske pasienter. Det har med sykdommens natur å gjøre.”

– Bydelsinformant 4

Dersom liggetidene for pasienter innen psykisk helse hadde gått opp, ville dette gitt en klar indikasjon på at fokus var flyttet vekk fra denne pasientgruppen. Våre informanter fra bydelene gir inntrykk av at dette ikke har forekommet, noe informantene fra nasjonalt hold anser som gode nyheter:

”Det er positivt så lenge det ikke har gått opp [liggetid for psykisk helse pasienter], det betyr jo at man har jobba som før. Men noen rapporterer om at liggetidene har gått opp. Da er det en uheldig omprioritering.”

– Nasjonal informant

Pasienter i eget hjem nedprioriteres?

Det andre momentet som problematiseres som følge av bydelenes økte fokus på å ta ut utskrivningsklare pasienter fra sykehus, er at personer som kommer fra hjemmet, og har behov for tilsvarende helsetjenester, blir nedprioritert. En nasjonal informant sier:

”Det er en bekymring i media knyttet til at kommunen prioriterer utskrivningsklare pasienter fremfor pleietrengende fra hjemmet. Noen rapporter tyder på et det enkelte steder har vært en slik prioritering, på grunn av at det koster å ha folk liggende på sykehus mens det ikke koster så mye å vente med å gi hjemmeboende et tilbud.”

– Nasjonal informant

Alle som har behov for sykehjems plass i Norge har krav på det, noe som medfører at det per definisjon ikke er noen ventelister. Dermed finnes det liten oversikt over hvordan tilbudet for

pleietrengende som kommer rett fra hjemmet er. Informanter fra bydelene vi har vært i kontakt med bekrefter at pasienter som kommer rett fra sykehusene har høyest prioritet:

En informant sier:

”Det er veldig fort at man får så fokus på det som skjer opp mot sykehuset, at det gjør at de som er hjemme, som er rimelig marginale, må vente lenger på en korttidssykehjemsplass, vurdering eller lignende.”

– Bydelsinformant 2

Og en annen:

”Du har nok et lite poeng i det at i vår stramme prioritering, er det de som blir meldt UK fra sykehus som blir prioritert til korttidsplasser. Også har vi hjemmeboere som kunne hatt nytte av det, men så leverer vi forsvarlige helsetjenester hjemme også. Det er hele tiden den prioriteringen der.”

– Bydelsinformant 5

Våre informanter gir uttrykk for at utskrivningsklare pasienter fra sykehus prioriteres til fordel for pleietrengende fra hjemmet med tilsvarende behov ved begrenset kapasitet, og at denne atferdsendringen har avstedkommet med reformens insentiv om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Ettersom insentivet om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ikke har medført tydelige atferdsendringer fra bydelens side, kan man heller ikke forvente at utfordringene øker eller vridningseffekter observeres. Ettersom medfinansieringen kun omfatter utvalgte pasientgrupper (basert på DRGer), er det tenkelig at disse gruppene kan bli prioritert fra et kommunalt perspektiv. Det er imidlertid liten bekymring blant våre informanter om at de DRGene som omfattes av medfinansieringen skal prioriteres fremfor de utelatte gruppene. De forklarer dette ved at det vil være vanskelig kun å prioritere enkelte DRGer, samt at alle behandlede pasienter vil overføres til det kommunale pleieapparatet etter behandling, noe som også gjør en slik prioritering mindre hensiktsmessig.

Flere bydelsinformanter ytrer imidlertid bekymringer angående potensielle faremomenter som kan oppstå i forbindelse med en innføring av ordningen på bydelsnivå. Flere av disse bekymringene skisseres også direkte i samhandlingsreformen. Vi vil komme nærmere

tilbake til disse bekymringene under forskningsspørsmål 3, hvor disse vil ses i lys av utfordringene som insentivet er ment å påvirke.

5.3 Forskningsspørsmål 3

Forskingsspørsmål 3 tar sikte på å drøfte virkningene av de økonomiske insentivene opp mot de tre hovedutfordringene som samhandlingsreformen skal være et ledd i å forbedre. Disse tre utfordringene er økt behov for koordinerte tjenester, økt grad av forebygging og behovet for å sikre en bærekraftig utvikling i den totale bruken av helsetjenester.

5.3.1 Økt behov for koordinerte tjenester

Mer koordinerte tjenester er ment å sørge for et mer helhetlig tjenestetilbud og mer effektivt pasientløp. For å få gjennomført en slik endring er det nødvendig med et utstrakt samarbeid mellom partene. (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Som skissert i kontekstkapittelet, stiller insentivet om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter krav til tettere samarbeid mellom sykehus og bydelene. Til tross for at sykehuset oppleves som den dominerende parten i samspillet mellom bydeler og sykehus og problematikken knyttet til trekkingen av B-meldinger, virker det som om samarbeidet mellom disse partene har tatt seg betraktelig opp som følge av reformen. En bydelsinformant sier:

”Der ser vi en revolusjonerende endring i forhold til tidligere. Nå er det mye mer samspill. Dette tror jeg kan tilskrives samhandlingsreformen, hvor vi blant annet har fått nye fora å samarbeide gjennom.”

– Bydelsinformant 2

Flere informanter støtter dette synspunktet:

”Vi har et meget godt forhold til vårt lokalsykehus. Direktørene snakker mye sammen og på andre nivåer kommuniserer vi mye. Vi forstår deres situasjon og de forstår vår. Vi prøver i fellesskap å få til de beste løsningene.”

– Bydelsinformant 1

Samhandlingsreformen peker også på viktigheten av økt interkommunalt samarbeid. En nasjonal informant forklarer dette:

”Kommunene må i mye større grad gå sammen med andre kommuner og i mye større grad sørge for at man har kompetanse som matcher overlegen inne på sykehuset. Det er lite hensiktsmessig å diskutere om en pasient er utskrivningsklar dersom autoriteten og kompetansespennet er for stort.”

– Nasjonal informant

Bydelsinformantene peker på at det alltid har vært et samarbeid på tvers av bydelene. På bakgrunn av dybdeintervjuer med flere bydelsinformanter, er det imidlertid lite som tyder på at dette samarbeidet har økt nevneverdig på grunn av reformen på samme måte som samarbeidet med sykehusene.

”Vi har ikke gjort det som følge av reformen. Jeg tror alle bydeler har slitt med å finne sin egen form innad i bydelen på hvordan de tenker forebygging og rehabilitering.”

– Bydelsinformant 4

Og:

”Vi har avtalt å kunne kjøpe internt [mellom bydeler], men i praksis har ikke dette blitt gjort. Alle plassene blir brukt i alle bydeler. Har man en plass ledig kan vi ikke gi bort denne; vet ikke hva som dukker opp. Dersom vi ikke har ledig kapasitet kontakter vi ikke de andre bydelene; vi ringer sykehjemsetaten. [...] [det er] liten grad av samarbeid om hva som etableres av tilbud mellom bydelene”.

– Bydelsinformant 2

En annen bydelsinformant melder om noe økt grad av samarbeid, men at lokale løsninger knyttet til insentivet om utskrivningsklare pasienter ikke er influert av samarbeidet. Informanten sier:

”Samarbeid mellom bydelene er ikke noe som har avstedkommet med reformen. [...] [men] samhandlingsreformen forsterker denne samarbeidsarenaen, hvor vi fire [bydelene] som deler samme sykehus, møtes til dialog og diskusjon, og vi bruker hverandre mer”

– Bydelsinformant 1

Noe av grunnen til at samarbeidet mellom bydelene ikke har økt i betydelig grad, virker å kunne tilskrives forskjeller i befolkning og stramme budsjetttrammer:

”Akkurat innenfor helse og omsorg så er potten som fordeles så stram at man bruker de midlene man har til å maksimere uttak av egne ressurser. Det har ikke vært mulig å tenke noe samhandling rundt det. Vi tenker veldig ulikt og de [andre bydelene] har andre organisasjonsmodeller på grunn av ulike behov.”

– Bydelsinformant 4

På bakgrunn av vår dybdeundersøkelse er det tydelig at samarbeidsklimaet mellom bydelene og lokalsykehusene har bedret seg betraktelig i kjølvannet av samhandlingsreformen. Selv om dette samarbeidet i stor grad kan knyttes til insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, er det viktig å presisere at en del samarbeidsarenaer og avtaler er lovpålagt²¹ som følge av reformen, og ikke inngått på frivillig grunnlag som følge av insentivet i seg selv. I samhandlingsreformen står det følgende om dagens situasjon og hva som avtalefestes gjennom reformen:

(1) ”De ulike aktørene har i liten grad ansvar for å legge til rette for en god veksling med andre aktører. Alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen «søyle» – og ikke på det de gjør på tvers. Det er departementets oppfatning at dette må reguleres med tiltak av mer strukturell karakter. [...]

(2) Det legges også opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. I tillegg vil en i det videre utredningsarbeidet vurdere nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.”

– Samhandlingsreformen (2008-2009, s. 22 (1) og 55 (2))

Hvor mye av den observerte økningen i samarbeid mellom helseforetak og sykehus som kan tilskrives insentivet om utskrivningsklare pasienter, er det vanskelig å anslå presist. Det er imidlertid tydelig at ordningen med utskrivningsklare pasienter har økt behovet og viljen til samarbeid mellom helsetilbyderne i kommunal og statlig sektor.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggere har blant annet til hensikt å bevisstgjøre kommunene om kostnadene ved å behandle personer på sykehus, noe som kommer klart fram i samhandlingsreformen:

”Økt økonomisk ansvar kan bevisstgjøre kommunene på systemnivå om kostnadene ved helsetjenesten generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt. En medfinansiering

²¹ Samarbeid mellom helseforetak og kommune/bydel er lovpålagt, men innholdet i avtalen kan i stor grad bestemmes selv, såfremt det følger den nasjonale veilederen (2011) angitt av helse- og omsorgsdepartementet

skal være et insentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på lavest effektive omsorgsnivå og kartlegge det totale omfanget av helsetjenester.”

– Samhandlingsreformen (2008-2009, s. 31)

Dette uttrykkes klart fra informanten med nasjonalt perspektiv på reformen. Han eksemplifiserer det på følgende måte:

”Det er så enkelt som at alt som er gratis blir brukt for mye. Når det blir satt en prislapp som begynner man å bry seg. Så målsetningen med medfinansieringen er at man i kommunene skal begynne å bry seg om forbruksmønsteret.”

– Nasjonal informant

Det er enighet blant informantene, både fra bydelene og i kommunen sentralt, om at man i langt større grad enn tidligere er oppmerksomme på aktivitetsnivået i sykehus. Hovedfokuset for våre bydelsinformanter er på utskrivningsklare pasienter, ettersom det er denne pasientgruppen som direkte påvirker den enkelte bydel. Midlene til kommunale medfinansieringen forvaltes sentralt i kommunen, noe vår kommunale informant hevder har medført en enda tettere overvåkning av kostnadsutviklingen på sykehusene. Sentralt i kommunen sies det følgende om medfinansieringen:

”Det er denne ordningen som er ny. Der har jo bydelene ingen insentiver nå. Dette ligger på kommunenivå. Vi bruker de midlene til mange ulike prosjekter, som også har bra helseeffekt, helt klart. Men det er klart at det er et paradoks at bydelene ikke har noen midler nå til å bygge opp noe som helst, men likevel er ansvarlige.”

– Kommunal informant 1

Vår undersøkelse tar sikte på å avdekke faktiske atferdsendringer, og bydelene i vårt utvalg rapporterer ikke om endret atferd i retning mer koordinerte tjenester som følge av insentivet.

Bydelene har hovedansvaret for forebygging og pleie- og omsorgstjenester, mens midlene til kommunal medfinansiering beholdes sentralt i kommunen. Våre informanter mener det er urealistisk å forvente endring i retning økt koordinering av tjenester uten å få tilført midler til dette. En bydelsinformant utdyper dette:

”Sånn som jeg tolker det har det alltid vært et behov for koordinerte tjenester. Det er fremdeles de samme aktørene og de samme behovene. Det samhandlingsreformen har stadfestet er den plikten kommunen har til å tilby helsetjenester. Dette er ikke noe nytt, men har tydeliggjort det i større grad og spesielt kommunens plikter. Det jeg ser er at det er en utfordring for kommunene å ivareta dette ansvaret. [...] Mht. dette kravet [om koordinering av oppgaver] har det ikke kommet midler i det hele tatt. Det

er kommunen som har denne koordinatorfunksjonen, og den er krevende, og har ikke blitt kompensert for i det hele tatt."

– Bydelsinformant 5

Som bydelen beskriver, er det i all hovedsak kommunen som har ansvaret for koordineringen av tjenester – et ansvar som blir fordelt til bydelene. Spørsmålet er dermed i hvilken grad kommunen, ved de femten bydelene, i større grad enn før reformen, er i stand til å utføre denne oppgaven. Utover et bedret samarbeidsklima, kan ikke våre informanter påvise noen annen endring i denne koordineringsrollen på bakgrunn av insentivene. En bydel er svært klar på dette, og sier:

"Jeg opplever det sånn at dette [behovet for koordinerte tjenester] er noe vi har snakket og jobbet med lenge, og at det ikke har noe med insentivene i reformen".

– Bydelsinformant 5

5.3.2 Økt grad av forbygging

Både betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter og medfinansiering av somatiske innleggelse, skal gi kommunen et insentiv om å holde befolkningen friskere, som er den andre av de overordnede utfordringene reformen skal forsøke å bedre. Færre på sykehus, gir lavere direkte kostnader og færre utskrivinger. Færre utskrivinger reduserer igjen belastningen ut til kommunene og man unngår betalingspliktige liggedøgn (Stortingsmelding 47, 2008-2009).

Bydelsinformantene er samstemte i behovet for fokus på forebygging. Informantene sier blant annet:

"Er vi dyktige nok, så kan vi få opp standarden på folkehelse i den eldre delen av befolkningen.[...] [Vi] skal jobbe mot å legge om helsetjenesten, og bli flinkere til å aktivisere og gjenopprette funksjonsevnen til pasienter som har fått denne redusert."

– Bydelsinformant 1

En annen bydelsinformant melder om at forebygging har fått mer oppmerksomhet som følge av reformen:

"Vi har større fokus på rehabiliteringsbiten nå enn før, og det er på en måte det som er endringen: at vi har satset litt ekstra, og tenker mer at det er mulig å oppnå høyere funksjonsnivå."

– Bydelsinformant 4

Den samme informanten forteller at forebygging som fokusområde i kommunen ikke er nytt, men trolig har tiltatt med reformen, og er noe som går igjen blant våre informanter. Informanten sier videre:

”Samhandlingsreformen er et ledd i den litt eldre tankegangen om at man skal drive mer med forebygging enn reparasjoner”.

– Bydelsinformant 4

En sentral kommunal informant støtter dette synet, og poengterer langtidseffektene av forebygging:

”[...] økt satsing på forebygging kan gi en friskere og gladere befolkning, ved at sykdommer forebygges, noe som igjen kan skape en mer yrkesaktiv og oppegående befolkning. Da står de lenger i arbeid, noe som er bra for kommunen ved at vi får mer skatteinntekter når flere bidrar. Det er i vår økonomiske interesse at våre innbyggere er så friske som mulig.”

– Kommunal informant 1

Selv om informantene er samstemte i behovet for forebygging og fokuset på dette har økt, problematiserer informantene muligheten til å prioritere forebygging aktivt med dagens betalingsordninger. En bydelsinformant sier:

”Det er en positiv ting at det har blitt fokus på forbygging – absolutt. Det er noe som det typisk er vanskelig å prioritere, fordi det er vanskelig å dokumentere resultater. Vanskelig å forsvare i et trangt kommunebudsjett.”

– Bydelsinformant 2

Bydelsinformantene forteller også at tidsdimensjonen gjør forebygging ekstra vanskelig å prioritere:

”Forebygging som gir effekter, er den som begynner på barn- og ungdomsstadiet: Det er det som virkelig gir utslag på sikt i kroner og øre, men det gir ikke uttelling før om 20 til 30 år.”

– Bydelsinformant 2

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Som beskrevet tidligere, har insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter medført en betydelig atferdsendring som gir seg utslag i færre antall overliggerdøgn på sykehus. En bydelsinformant sier følgende om bruken av denne typen insentiver:

"Du får jo også en viss tenning av slike insentiver som administrator. Vi vet at dersom vi gjør dette bra, så får vi midler til overs, som igjen kan brukes på andre helsetjenester."

– Bydelsinformant 1

Dersom det er rimeligere for bydelen å behandle personer lokalt i bydelen enn overføringen de har fått for å ivareta denne pasientgruppen, følger det at bydelene har mer midler disponibelt til andre formål. En bydelsinformant forklarer at bydelen beholder eventuelle overskudd:

"Vi kan beholde det overskuddet som er opptil 5 % av budsjettet. Gjør du det så bra, så er du flink. Gjør du det bedre enn det, så er du dum. Men et lite overskudd gir spennende muligheter for å prioritere nye løsninger fremover."

– Bydelsinformant 1

Hvordan utviklingen i bevilgninger vil bli i årene fremover er uklart, men informantene frykter ikke at gode prestasjoner i dag vil medføre reduserte bevilgninger i fremtiden.

Selv om informantene påpeker et økende fokus på forebygging og at eventuelle besparelser kan anvendes til slik, er det på bakgrunn av vår undersøkelse få indikasjoner på at insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har økt satsningen på forebygging.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Kommunal medfinansiering skal, gjennom delbetaling av eget forbruk av helsetjenester, virke som et insentiv for økt forebygging (Stortingsmelding 47, 2008-2009). Det unike med Oslo i forbindelse med samhandlingsreformen er at midlere til kommunal medfinansiering ikke fordeles ut til den instans, bydelen, som i all hovedsak har ansvaret for forebygging. Det synes den kommunale informanten er et paradoks:

"Men det er klart at det er et paradoks at bydelene ikke har midler nå til å bygge opp noe som helst [i relasjon til forebygging], men likevel er ansvarlige for betalingen. [...] For at forebygging skal fungere, er vi nødt til å gi mer penger til bydelen av den potten."

– Kommunal informant 1

En bydelsinformant beskriver situasjonen på denne måten:

"Vi er villige til å tenke mer forebyggende fordi på sikt tror vi at det er bra for både økonomien og for befolkningen. Men så er det noe med at det er ikke nok penger, du trenger en pott å starte med hvis man skal få noe effekt."

– Bydelsinformant 4

I dybdeintervjuene med representanter fra bydelene er det spesielt to momenter som går igjen. For det første forteller bydelene at det er problematisk å prioritere forebygging i større grad enn tidligere, ettersom de ikke mottar økte bevilgninger gjennom den kommunale medfinansiering for å muliggjøre slik prioritering. For det andre ser de heller ikke hvordan eventuelle gevinster ved reduserte innleggelsler kommer bydelen til gode. De poengterer at ordningen ikke gir bydelene et reelt insentiv til å forebygge mer enn tidligere.

Dersom midlene til kommunal medfinansiering i framtiden vil fordeles ut til bydelene, er det noe ulik oppfatning omkring den reelle muligheten til å satse helhjertet på forebygging. En informant er glad for at midlene ikke har blitt overført i dag, men er positiv til å overta ansvaret på sikt, og sier:

”Vi har ikke fått noe tilskudd til forebygging. [...] [men] det er masse man kan få til uten å bruke masse penger. Forebygging trenger ikke koste all verden, og hvis man slipper å betale regningen [gjennom medfinansiering], så får man mer penger mellom hendene.”

– Bydelsinformant 1

En annen bydelsinformant er ikke fullt så overbevist:

”Det er begrenset hvor mye kommunene kan påvirke dette med innleggelsler [på kort sikt] altså. Det er faktisk det. [...] Medfinansieringen er et insentiv om forebygging, men kortsiktig og med liten effekt. Det er den langsiktige forebyggingen som gir effekter, men kostnaden kommer i dag. Slik at dette er en kjempenøtt.”

– Bydelsinformant 2

Blant bydelsinformantene er det samlet sett forbudet noe usikkerhet omkring kommunenes reelle mulighet til å satse på forebygging som et ledd i å redusere fremtidige helsekostnader. De påpeker at det er spesielt vanskelig å prioritere langsiktige, kostbare forebyggingstiltak i et trangt bydelsbudsjett.

Bydelsinformantene er samstemte når det gjelder å beskrive den største utfordringen knyttet til kommunal medfinansiering og muligheten for økt forebygging. En informant sier:

”Det jeg føler er dilemmaet, er at her snakker vi om forebygging på kortsikt eller langsikt. Dersom kommunen er god på friskliv, folkehelse, forebygge i tidlig alder, så vil dette kunne hindre sykehusinnleggelsler, men da snakker vi om et langtidsperspektiv vi ikke har anledning til å tenke med hensyn til den finansieringsordningen. Jeg synes det er et eneste stort dilemma i samhandlingsreformen.”

Informanten utdyper:

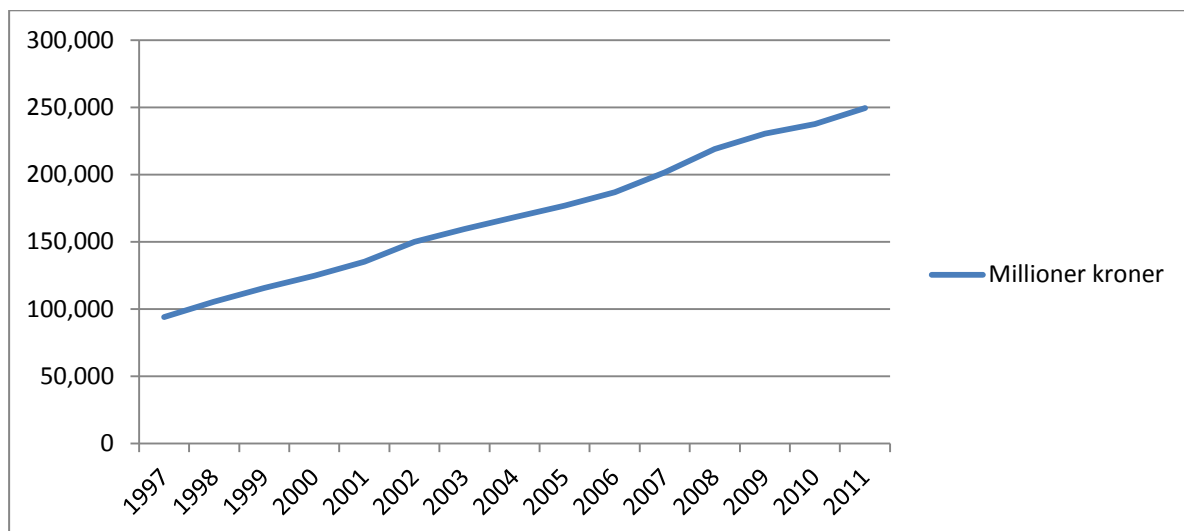
”For at dette skal være bærekraftig på lang sikt, så tror jeg kommunen må bli i stand til å tenke langsiktig for å iverksette de tiltak man mener har effekt om 20-30 år. [...] Det må kommunen bli istandgjort til å gjøre, og da snakker vi om penger.[...] Vi lever ’her og nå’ i veldig stor grad. Vi driver med forebygging, ja, men i veldig stor grad her og nå.”

– Bydelsinformant 5

Alle informantene i undersøkelsen, og alle interessenter og berørte parter vi har vært i kontakt med, støtter ubetinget samhandlingsreformens skisserte behov for økt forebygging. Likevel virker det problematisk å gjennomføre en helhjertet satsing på forebygging fra bydelenes side, på grunn av den langsiktige tidshorisonten og manglende ressurser.

5.3.3 Økonomisk bæreevne

Den tredje utfordringen samhandlingsreformen ønsker å adressere gjennom de to insentivene, er de sterkt økende helseutgiftene. Fra 2000 til 2011 har helseutgiftene blitt mer enn fordoblet²² (NOU, 2010:13). Samhandlingsreformen (2008-2009) legger vekt på at en sterkere kommunerolle på helse- og omsorgsområdet er viktig ”i forhold til bærekraftig utvikling fordi det kan redusere behovet for dyr innsats i spesialisthelsetjenesten i sene faser av sykdomsutviklingen” (s. 27).



Figur 12: Utvikling i helseutgifter for perioden 1997-2011, hentet fra SSB (2012)

²² Totale helseutgifter var i 2011 på 249 mrd. kr., eller ca. 50 000 kr. pr. innbygger, noe som er mer enn en fordobling siden 2000 og to og en halv ganger så mye som i 1997. (SSB, 2012)

Samhandlingsreformen legger opp til, som beskrevet tidligere, at mer ansvar skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten og over til primærhelsetjenesten for å begrense ytterligere økning i helseutgifter. ”Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig”, som det står i forordet til samhandlingsreformen (2008-2009, s. 3). Vår høytstående nasjonale informant skisserer de økonomiske konsekvensene dersom ikke utviklingen snur:

”Da vil vi møte veggen [om vi fortsetter som før] og møte den ganske fort. Det er bare snakk om en 10 års periode før det ikke er mulig å få tak i nok fagfolk til å fylle alle stillinger.”

– Nasjonal informant

Det er bred enighet i bydelene om at det er billigere å behandle pasienter på kommunalt nivå enn i spesialisthelsetjeneste etter at den nødvendige behandlingen på sykehus er gjennomført. En bydel uttrykker det slik:

”Så hvis man ser det store bildet så kan det godt hende at behandlingen har blitt billigere og at man har nådd målet med å overføre det til kommunale tjenester. Ja, det tror jeg du kan se.”

– Bydelsinformant 4

En sentral informant i kommunen mener at lokal behandling kan redusere kostnadsveksten i helsesektoren:

”Jeg tror ikke at vi kommer til å spare penger på det totale helsebudsjettet, men jeg tror at vi kan klare å behandle flere med de samme kronene. Da har man effektivitet, men ikke besparelser i kroner og øre.”

– Kommunal informant 1

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Den samfunnsøkonomiske hensikten ved insentivet om utskrivningsklare pasienter forklares slik av vår nasjonale informant:

”Hele målet med ordningen [med UK- pasienter] var å frigjøre senger på sykehus slik at de enten kan brukes til å ta inn pasienter på ventelister, eller spare disse pengene ved å nedskalere. Det er dyrere å gi et tilbud på sykehus enn utenfor.”

Bydelsinformantene er enige om at det er rimeligere å behandle de utskrivningsklare pasientene på kommunalt nivå, enn å betale døgnprisen på sykehuset. En informant sier:

”Og det er helt klart at ting kan gjøres på en rimeligere måte og nå har man tatt første skritt i år; at man betaler fra første dag, og da har man tvunget fram det at bydelene tar de ut raskere. Og det gjør vi jo.”

– Bydelsinformant 4

Det er også bred enighet om at prisen på en sykehjemsplass er langt rimeligere enn døgnprisen på 4 000 kr. som man må betale på sykehus:

”En sykehjemsplass koster omtrent 1700-1800 kroner døgnet, slik at det er store forskjeller.”

– Bydelsinformant 2

Bydelsinformantene er åpenbart klar over formålet bak reformen, og støtter en ansvarsforskyvning i tråd med hva denne skisserer:

”Sykehusene kommer til å bli mer spesialiserte, og kommunene vil få større del av ansvaret for helse tjenester – at det blir en forskyvning der. Samfunnsøkonomisk tror jeg det lønner seg.”

– Bydelsinformant 5

At bydelene faktisk mener det er rimeligere å behandle lokalt, kommer tydelig fram ved å se på faktisk tilpasning. Som vi så innledningsvis, er liggetiden drastisk redusert, noe som tydelig viser at bydelen ser det som økonomisk lønnsomt å behandle lokalt i stedet for å betale døgnprisen på sykehus.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

I insentivet om kommunal medfinansiering ligger det at kommunen sparer penger på at deres innbyggere ikke ligger på sykehus. Daværende helse- og omsorgsminister formulerte det slik, i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen.²³

”Det skal lønne seg for kommunene å holde folk friske og å bygge opp lokale tilbud.”

- Anne-Grete Strøm-Erichsen, tidligere Helse- og omsorgsminister

Dette skal blant annet gjennomføres ved etableringen av lokalmedisinske sentra, som skal behandle pasienter som er for syke til å være hjemme, men friske nok til å bli behandlet

²³ Helseministeren sa dette i en pressemelding publisert på regjeringens nettside (Regjeringen, 2011)

utenfor sykehuset.²⁴ Denne ordningen er enda ikke iverksatt og skal fases inn fram til 1.1.2016, og vil derfor ikke drøftes nærmere. Spørsmålet som drøftes videre vil være hvorvidt kommunal medfinansiering vil stimulere kommunen til å behandle flere personer i kommunal regi.

Blant våre informanter er det også bred enighet om at pasientbehandling i størst mulig grad bør skje lokalt, noe som forklares tydelig av en bydelsinformant:

”I et samfunnsøkonomisk perspektiv så har jeg tro på det. Det er her [i kommunen] du bor, ikke på sykehuset. Så da får man prøve å gjøre mest mulig der du bor, så får sykehuset drive med de spesialiserte tjenestene. Jeg tror både ideologisk og faglig sett at for beboerne og samfunnsøkonomisk, så er dette veien å gå.”

– Bydelsinformant 5

Blant våre bydelsinformanter er det generelt en stor tro på at det samfunnsøkonomiske kostnadsnivået kan reduseres dersom en større del av behandlingen foretas på kommunalt nivå og man får større muligheter til å prioritere forebygging.

²⁴ Opprettelsen av, og formålet med, lokalmedisinske sentra – kalt døgnopphold øyeblikkelig hjelp – er skissert i St. meld. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009). Ettersom denne utredningen kun tar for seg de to innførte insentivene i reformen, vil ikke dette fremtidige behandlingsnivået vies oppmerksomhet utover det nevnte.

6. Analyse

I denne delen av oppgaven vil vi analysere utredningens innsamlede empiri for å besvare våre tre forskningsspørsmål. Empirien vil bli drøftet opp mot oppgavens teoretiske rammeverk og kontekst, og deles inn etter funn som illustrerer virkningen av insentivene.

Forskningsspørsmål 1

Med utgangspunkt i forskningsspørsmål én har vi gjort følgende funn som kan knyttes til samhandlingsreformens to insentiver.

Funn 1: Sterk atferdsendring som følge av betalingsplikten forutskrivningsklare pasienter

Grafene skissert i empirikapittelet forteller oss at bydelenes evne og vilje til å hente utskrivningsklare pasienter tidligere ut fra sykehus har økt betraktelig, noe som har medført reduserte liggetider i spesialisthelsetjenesten. Med en så klar atferdsendring vil det være interessant å vurdere hvorvidt nedgangen i liggetid kan tilskrives insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, eller er et resultat av reformen generelt eller andre utviklingstrekk i helsesektoren. Den umiddelbare reduksjonen i antall liggedøgn fra desember 2011 til januar 2012 da reformen trådte i kraft (Figur 8), antyder at dette er en effekt som utelukkende kan tilskrives samhandlingsreformen, og ikke til en generell utvikling i helse-Norge. Ettersom det heller ikke er andre konkrete forhold ved samhandlingsreformen som skulle tilsi en slik nedgang, er det rimelig å anta at nedgangen skyldes insentivet.

En annen observasjon som bygger opp under dette, er at bydelsinformantene våre indikerer at liggetiden for pasienter innen psykisk helse, hvor det ikke er noe økonomisk insentiv, er forholdsvis stabil. Det synes dermed å være få andre grunner til at liggetidene innen somatikk skulle falle så markant, dersom det ikke skyldes bydelenes skjærpede betalingsplikt. Dette bekreftes også av våre bydelsinformanter, som melder om betydelig endring i atferd. Enkelte hevder sågar at det i enkelte tilfeller tidligere foregikk en form for

spekulasjon ved å la pasienter ligge opptil én, for bydelen, kostnadsfri uke på sykehuset. Dette er et tydelig tegn på at bydelene i noen situasjoner vil agere ut ifra egeninteresse som avviker fra prinsipalens mål (Jensen & Meckling, 1976), og indikerer at insentiver fra statens side er nyttig for å påvirke bydelenes atferd i ønsket retning (Holmstrøm & Milgrom, 1988).

Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter er en ukomplisert ordning som det er enkelt for bydelene å forholde seg til. De har valget mellom å betale døgnsetsen eller hente ut pasienten til et kommunalt tilbud. Støyen mellom den innsatsen bydelen gjør for å forkorte liggetiden og den faktiske reduksjonen i liggetiden dette resulterer i, er liten. Ettersom Sykehjemsetaten i Oslo har god kapasitet på sykehjemsplasser, vil bydelene delvis være skjermet for risikoen forbundet med svingninger i pasientmassen. Dette fører til at bydelene har betydelig innflytelse over resultatet av ytt innsats og er således i tråd med kontrollerbarhetsprinsippet skissert av Hall (2002). Insentivet fremstår som et smalt prestasjonsmål, ettersom det kun fokuserer på én målbar indikator (antall liggedøgn). Dette, kombinert med at sammenhengen mellom faktisk og målt atferd er god, medfører at kontrollerbarheten styrkes (Hall, 2002).

Våre bydelsinformanter beskriver insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som sterkt, noe som ikke er vanskelig å forstå da døgnsetsen i forskriften er 4 000 kr døgnet, mens en sykehjemsplass kan anskaffes for drøyt 1 700 kr per døgn. Bydelene uttrykker at insentivet er såpass sterkt at de rett og slett ikke har råd til å la pasientene ligge på sykehuset lenger enn nødvendig. Et slikt sterkt insentiv er mulig ettersom informativitetsprinsippets forutsetninger om god målingsnøyaktighet og klare ytelsesmål (Milgrom & Roberts, 1992) er oppfylt. Med et slikt klart og sterkt insentiv er endringen i atferd således i tråd med insentivteori.

Et annet aspekt som underbygger at betalingsordningen er et sterkt insentiv, er at våre informanter ikke forventer å miste bevilgninger i senere perioder dersom bydelen har få betalingspliktige liggedøgn på sykehus i inneværende periode. Dersom en slik frykt forelå, ville tilstedeværelsen av en mothakevirkning ha medført et svakere insentiv (Meyer & Vickers, 1997). Det presiseres også i stortingsmelding 47 (2008-2009) at overskuddsmidler fra betalingsordningen kan brukes på andre helsetiltak, noe som forsterker bydelenes insentiv til å unngå betalingspliktige sykehusdøgn.

Insentivet har medført en atferdsendring til tross for at det finnes mange prinsipaler i helsesektoren (jf. interessentmodellen i Figur 2), noe som gjør insentivutforming vanskelig (Dixit, 2002). I vurderingen av om bydelene er i stand til å ta imot en utskrivningsklar pasient, må de ta hensyn utover de rent økonomiske. Pasienthensynet skal alltid veie tyngst, noe våre informanter bekrefter, slik at en pasient ikke skal tas imot med mindre det foreligger et tilfredsstillende kommunalt tilbud. Bydelsinformantene bekrefter at de ut ifra et pasienthensyn i enkelte anledninger velger å la pasienter ligge på sykehus, fremfor å hente dem ut. Media er en annen interessent som årvåkent følger med på bydelenes handlinger. Folks oppfatninger av bydelenes helsetilbud preges ofte av det som står i mediene, og mediene viser stor interesse for mangelfull behandling i enkelttilfeller. Til tross for tilstedeværelsen av mange interessenter med ulikt perspektiv og agendaer, vil de fleste interessenter enes om behovet for pasientsikkerhet og effektiv behandling. Mangelen på åpenbare og dyptgående interessemotsetninger bygger opp under påstanden om at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter er et sterktvirkende insentiv.

Funn 2: Sterk økning i rapporteringen av utskrivningsklare pasienter

Tallene fra Oslo Kommune, rapportert i empiridelen, viser en klar økning i antall personer som er meldt utskrivningsklare fra sykehus. Den kraftige økningen startet i januar 2012, og vedvarer gjennom alle registrerte måneder, noe som tyder på at økningen skyldes samhandlingsreformen.

For det første er det viktig å problematisere hvorvidt økningen i antall rapporterte utskrivningsklare pasienter tilsvarer økningen i antall personer som bydelene faktisk mottar. Bydelsinformantene kommer med til dels motstridende meldinger knyttet til om denne økning er reell, men et flertall er likevel overbevist om at pasientmassen de mottar er større nå enn før reformen. Det er imidlertid problematisk å forklare hvordan dette kan være tilfellet over en såpass lang periode, da det er en grense for hvor mange som kan skrives ut, ettersom økningen i antall innleggelser estimeres til 1,8 % (Helse Sør-Øst, 2012). Som vår nasjonale informant påpeker, vil det på et eller annet tidspunkt bli tomt på sykehusene dersom veksten i antall utskrivningsklare overgår veksten i antall innleggelser.

En mulig forklaring på den rapporterte økningen kan være at rapporteringen før reformen har vært mangelfull. Burgess og Ratto (2003) påpeker at ulike instanser har ulike mål, noe som

medfører at ulike oppgaver prioriteres. Dersom man ser dette i lys av Kerr (1975) sitt utsagn om at mennesker tenderer til å prioritere oppgaver som belønnes, samt Propper og Wilsons (2003) påstand om at det må være samsvar mellom belønning og ytt innsats, kan det tyde på at tidligere rapportering har vært mangelfull. Årsaken til økningen av rapporterte utskrivningsklare pasienter kan i så fall forklares på bakgrunn av sykehusenes tidligere manglende insentiver til å rapportere riktig. Ettersom sykehusene med dagens finansieringsordning for utskrivningsklare pasienter vil motta en merinntekt for hvert liggedøgn etter utskrivningsdatoen, har deres insentiv om å registrere og melde ifra om disse pasientene økt. En slik forklaring vil understøtte den nasjonale informantens standpunkt.

Et annet moment som kan tale for tidligere underrapportering, er at tidligere bestemmelser rundt prosessen for utskrivningsklare pasienter åpnet for stor grad av avtalefrihet med lokale tilpasninger. Den nye forskriften (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj., 2011) pålegger nå sykehusene å melde fra om alle pasienter som har behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester. En slik omlegging kan ses i lys av teori om eksplisitte kontrakter (Meyer & Vickers, 1997), ved at relasjonskontrakten mellom helseforetak og kommune ikke var sterk nok til at sykehusene prioriterte rapportering i tilstrekkelig grad. Våre sykehusinformanter indikerer at fokuset på rapportering til bydelene er styrket som følge av forskriften. Ved å innføre en eksplisitt kontrakt pålegges sykehusene å prioritere dette, noe som kan ses som et vedtak i retning av regelstyring fra staten i tråd med Ouchi (1977) sin klassifisering av styringsverktøy.

Dersom bydelene faktisk mottar betydelig flere utskrivningsklare pasienter enn tidligere, noe våre bydelsinformanter i hovedsak melder om, kan kortere opphold på sykehuset være en mulig forklaring på dette. Forskriften legger opp til en klarere ansvarsdeling, hvor sykehuset har ansvaret knyttet til behandling, mens alt ansvaret for oppfølging og rehabilitering tilfaller kommunen. Tidligere fikk pasientene gjerne et par dager med rehabilitering på sykehus i etterkant av behandlingen som nå i mindre grad er tilfelle. På grunn av dette kan det være grunn til å tro at flere som tidligere kunne sendes rett hjem etter endt opphold på sykehuset, nå har behov for et kommunalt tilbud i en periode etter utskrivelse.

En annen kilde til økt antall utskrevne pasienter kan være en økning i antall personer som reinnlegges. Det er sykehusene som fører oversikt over antall reinnleggelser og disse melder ikke om en nevneverdig økning. Det kan likevel være verdt å nevne at ”reinnleggelse” er et definisjonsbegrep i målemessig henseende, som blant annet krever at en person legges inn på

bakgrunn av samme diagnoserelatert gruppe (DRG) som ved initial behandling. Ettersom feilslått behandling kan gi komplikasjoner utenfor den DRGen som ligger til grunn for innleggelsen, kan man ikke uten videre være sikker på at en eventuell innleggelse nummer to vil bli registrert som en reinnleggelse. Utfordringene knyttet til å forklare årsakssammenhenger ved sykehusinnleggelser illustrerer de iboende måleproblemene i helsesektoren (Opstad, 2003). Selv om enkelte bydelsinformanter antyder en økning i antall reinnleggelser, kan registreringsutfordringer skjule en eventuell reell økning. Denne utredningen er ikke egnet til å ta stilling til potensiell feilregistrering, men er likevel et tema som bør problematiseres. Som vi vil komme tilbake til i funn 4, er det mye som tyder på at pasienter nå skrives ut i redusert helsemessig tilstand sammenlignet med før reformen.

Selv om tallene fra Helse- og Velferdsetaten viser en klar økning i antall utskrivningsklare pasienter, og de fleste bydelsinformanter deler denne følelsen, kan man ikke på bakgrunn av vår utredning entydig konkludere med at det foreligger en reell økning utover den økte innskrivningstakten på 1,8 %. Helse og Velferdsetaten kan dokumentere at deres tall stemmer overens med det som er rapportert, men tidligere eller nåværende mangelfull rapportering kan svekke validiteten til tallmaterialet. Dersom det foreligger en reell økning utover aktivitetsveksten vil dette oppleves som problematisk for bydelene, ettersom betalingsplikten er et sterkt økonomisk insentiv som vil stille større krav til bydelene dess flere som skrives ut.

Funn 3: Kommunal medfinansiering er et svakt insentiv og medfører ingen atferdsendring

Ønskede effekter av kommunal medfinansiering kan potensielt forekomme på to måter. Den første og mest sentrale, innebærer at kommunen kan påvirke sine innbyggers bruk av spesialisthelsetjenester. Dersom kommunen ved proaktive handlinger, som forebygging og tidlig intervensjon, kan redusere bruken av helsetjenester til lavere kostnader enn faktiske besparelser, vil det være et insentiv om å bedrive slik aktivitet. For det andre vil det være lønnsomt å behandle pasienter lokalt, dersom kostnaden for dette skulle være mindre enn 20 % av den estimerte kostnaden på sykehuset (basert på DRG). Vår utredning er kun egnet til å drøfte det førstnevnte punktet, selv om momenter ved dette også vil kunne være gjeldende for det sistnevnte.

I dag – kommunal medfinansiering fordeles ikke ut til bydelen

For at det skal foreligge et reelt insentiv om atferdsendring i retning av økt satsning på forebygging, må noen grunnleggende vilkår for utforming av insentivkontrakter være oppfylt. På bakgrunn av kontrollerbarhetsprinsippet, skal en agent kun *holdes ansvarlig* for resultater som vedkommende *har innflytelse over* (Hall, 2002). Dette gir opphav til noen interessante aspekter som må drøftes nærmere.

For det første overføres ikke midlene for kommunal medfinansiering til bydelsnivå, men holdes sentralt i kommunen. Dette bryter med selve grunnlaget for kontrollerbarhetsprinsippet, ettersom det er bydelene i Oslo som er den desentraliserte kommunale instansen som kan påvirke bruken av spesialisthelsetjenester. Dermed påvirkes de ikke direkte av insentivet, og motiveres ikke til å endre atferd. Forebygging er en kostnad for bydelen, mens eventuelle besparelser, grunnet lavere forbruk av spesialisthelsetjenester, tilfaller kommunen sentralt. Dette resulterer i at bydelen ikke holdes ansvarlig for egne resultater slik som kontrollerbarhetsprinsippet beskriver (Hall, 2002). Meyer og Vickers (1997) påpeker at aktører vil påvirkes positivt dersom økt innsats i dag belønnes i fremtiden, men med dagens ordning vil dette ikke være tilfellet for bydelene. På bakgrunn av disse insentivteoretiske forholdene vil bydelens evne til å satse på forebygging være uendret av insentivet om kommunal medfinansiering, noe som understøttes av at vår undersøkelse ikke kan vise til at pengeforbruket til forebyggende tiltak er endret nevneverdig.

Det er viktig å påpeke at en friskere befolkning også vil redusere behovet for, og kostnaden ved, primærhelsetjenester. Dette er likevel ikke et argument for at kommunal medfinansiering er et insentiv i bydelssammenheng, ettersom denne årsakssammenhengen vil være til stede uavhengig av betalingsansvaret for spesialisthelsetjenesten.

Selv om forbruket av spesialisthelsetjenester ikke vil påvirke bydelsbudsjettet, kan en ikke avskrive eventuelle insentivvirkninger, da Oslo kommune naturligvis også kan sentralisere det kommunale arbeidet. En sentral kommunal informant påpeker at Oslo kommune har opprettet en samhandlingsarena (Aker) for å tilby mindre spesialiserte helsetjenester og ha fokus på tidlig intervensjon og rehabilitering. Det er bydelene som har innleggelsesmyndighet, og står ansvarlige for finansieringen ved bruk av tjenester fra samhandlingsarenaen. Vår undersøkelse indikerer ingen bydelmessige atferdsendringer utover at dette er et alternativ til kommunal oppfølging når en pasient skrives ut fra sykehus. Derfor har dette foreløpig ikke bidratt til tidlig intervensjon og lokal behandling og denne

utredningen er ikke egnet til å prognostisere hvorvidt arenaen vil ha effekter på lengre sikt. Samhandlingsarenaen er heller ikke finansiert av midlene til kommunal medfinansiering, da Oslo kommune har avsatt disse til å dekke de faktiske kostnadene, og faller derfor naturlig utenfor den videre drøftelsen av insentivvirkninger.

I fremtiden – dersom kommunal medfinansiering fordeles ut til bydelen

Det er videre verdt å drøfte hvilke potensielle effekter kommunal medfinansiering kan medføre dersom midlene, helt eller delvis, overføres til bydelene i fremtiden, siden det indikeres fra kommunalt hold at dette er hensikten på sikt. Igjen vil kontrollerbarhetsprisnippet være sentralt, da det er usikkerhet knyttet til hvorvidt bydelene i en slik situasjon vil ha innflytelse over eget forbruk av spesialisthelsetjenester (Hall, 2002).

For det første kan man ikke entydig si at forebygging og tidlig intervensjon faktisk reduserer bruken av spesialisthelsetjenester. Suksessfull forebygging vil gi en relativt sett friskere befolkning og øke levealderen. Basert på helsens paradoks (Barsky, 1988) vil imidlertid økt levealder igjen øke sannsynligheten for livsstils- og alderdomssykdommer, noe som gir en uklar samfunnsøkonomisk nettoeffekt i kroner og øre.²⁵ Selv om økt levealder i seg selv kan være et offentlig mål, vil den offentlige retorikken om fremtidige kostnadsbesparelser ikke nødvendigvis holde mål.

Et moment som ytterligere problematiserer den kommunale påvirkningsevnen over bruken av spesialisthelsetjenester, er det faktum at det primært er fastleger og legevakt som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Selv om dette er instanser som er underlagt kommunen, er det ikke uten videre gitt at instansene vil henviser pasienter til kommunale behandlingsopplegg fremfor sykehus.

Dersom bydelene til tross for de ovennevnte utfordringer innehar en reell innflytelse på bruken av spesialisthelsetjenester, er det likevel usikkert hvorvidt bydelen vil profitere på eventuelle besparelser. Det blir hevdet både i stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen (2008-2009) og av våre informanter at det er den langsiktige forebyggingen som gir de virkelige effektene. En lang tidsdimensjon gir to usikkerhetsmomenter. For det første kan det medføre at én bydel har kostnadene knyttet til forebygging, mens en annen bydel eller

²⁵ Det faller utenfor vår oppgave, men er likevel verdt å nevne, at økt levealder og uendret pensjonsalder vil medfører et den prosentvise tiden i yrkesaktiv alder går ned, noe som påfører samfunnet ytterligere kostnader.

kommune profitterer på eventuelle effekter på grunn av befolkningsmobilitet. Dette vil være et reelt problem, ettersom enkelte bydeler har et stort antall unge (studenter mv.), mens andre har et betydelig antall eldre mennesker. Selv om forebygging vil kunne medføre lavere helsemessige kostnader totalt sett, kan man ikke uten videre fastslå at kommunal medfinansiering er et reelt insentiv for den enkelte bydel eller kommune. Til det er kausalforholdet mellom ytt innsats og målbart resultat for utydelig, noe som ifølge Milgrom og Roberts (1992) vil medføre et svakt insentiv.

Tidsdimensjonen vil også medføre en økonomisk utfordring med hensyn til helhjertet satsing på forebygging. Ettersom midlene som overføres kommunen representerer den estimerte kostnaden ved årets forbruk, vil det faktisk at eventuelle besparelser kun vil komme på lang sikt, gjøre det problematisk å investere i forebyggingstiltak uten at dette går utover andre kommunale oppgaver. Denne virkningen medfører en ytterligere reduksjon i insentivstyrken og problematiserer hvorvidt kommunen har en reell mulighet til å øke satsingen på forebygging.

Insentivet i lys av institusjonell teori

Ettersom eventuelle insentivvirkninger først vil gi seg utslag på lengre sikt, vil det i en sektor med mange ulike prinsipaler lett kunne oppstå interessemotsetninger som kan komplisere insentivvirkningen (Dixit, 2002). Mange interessenter i helsesektoren vil være mer opptatt av den umiddelbare virkningen av bydelenes atferd. Kommunepolitikere stiller til valg hvert fjerde år og er således interessert i at bydelene skal oppnå gode resultater på kort sikt. Mediene danner øyeblikksbilder og vil heller være interessert i enkelttilfeller og enkle målparametere i forhold til dagens ressursallokering, enn å skrive om midler som har til hensikt å gi effekt i fremtiden. Likeså vil dagens pasienter ha en egeninteresse av å redusere ventetider til fordel for forebyggende tiltak med potensielle effekter på 5-10 års sikt. Slike særinteresser ligger til grunn for behovet for legitimering i institusjonell teori (DiMaggio & Powell, 1983), og kan gjøre den enkelte bydel fristet til å satse på tiltak som gir umiddelbare effekter fremfor langsiktige forebyggingstiltak, for på denne måten å oppnå en aksept og støtte hos overnevnte prinsipaler. Slik tilpasning står i kontrast til samhandlingsreformens intensjoner og kan bidra til å forklare positiviteten, men manglende atferdsendring, omkring forebygging.

Fra nasjonalt hold hevdes insentivet å ha virkning på langsikt, og skal utfylle insentivet for utskrivningsklare pasienter. Med et langsiktig fokus og svak sammenheng mellom virkemiddel og mål, må det vurderes hvorvidt selve insentivordningen kan ses på som en ordning hvor anerkjennelse for å møte utfordringene i helsesektoren står mer sentralt enn de forventede insentivvirkningene. Offentlig styringsteori peker på at dette ofte kan være tilfellet da behovet for å søke legitimering for beslutninger er viktig i offentlig sektor (ibid.).

Forskningsspørsmål 2

Basert på de observerte effektene fra utredningens første forskningsspørsmål, spurte vi i forskningsspørsmål to hvilke potensielle utfordringer eller vridningseffekter de observerte atferdsendringene har medført, eller som på sikt kan inntreffe. Også her peker empirien på relevante momenter som bør belyses grundigere.

Funn 4: Pasientene forlater sykehuset i dårligere helsemessig forfatning

Burgess og Ratto (2003) og Propper og Wilson (2003) forklarer hvordan det i offentlig sektor med multiple prinsipaler og sammensatte målsetninger er problematisk å måle grad av måloppnåelse. Måling av helsetilstander er et tydelig eksempel på slike måleproblemer, da kvantifisering av pasientenes tilstand vanskelig lar seg gjennomføre. I vår undersøkelse er det et samstemt bydelsutvalg som hevder at pasientene er mer pleietrengende enn tidligere når de hentes ut fra sykehuset. Dette bekreftes også langt på vei av representanter for lokalsykehusene vi har intervjuet. Etersom vår utredning ikke har fokus på atferdsendringer i sykehusene, vil den ikke fullt ut være egnet til å forklare denne observasjonen. Det kan likevel være av interesse å drøfte dette kort fra et sykehusperspektiv. En mulig forklaring på at pasientene oppfattes som mer pleietrengende når de skrives ut, er at selve behandlingstiden på sykehuset er redusert. Redusert behandlingstid som medfører sykere pasienter og potensielt flere reinnleggelser vil i så fall være en uønsket vridningseffekt, som kan oppstå på bakgrunn av kuttene i bevilgningene til helseforetakene. Det må imidlertid presiseres at det ikke er noe i vår undersøkelse som indikerer at pasienter ikke er ferdig behandlet idet de defineres som utskrivningsklare.

En annen intuitiv forklaring på at pasientene oppfattes som sykere enn tidligere, er at liggetidene i sykehus, fra pasientene er ferdig behandlet til de skrives ut, er drastisk redusert.

Dette er, som drøftet under funn 1, en direkte konsekvens av den sterke insentivvirkningen av den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter. Bydels- og sykehusinformantene våre går langt i å anta et dette er tilfellet. Kerr (1975) beskriver hvordan fokuset rettes mot det som belønnes, mens Dixit (2002) beskriver hvordan tilstedeværelsen av multiple prinsipale og oppgaver kompliserer insentivbruk i offentlig sektor. I dette tilfellet må både statens intensjon om lavere liggetider og pasienthensynet ivaretas. Grunnet måleproblemene er det vanskelig å spesifisere noe om en pasients helsetilstand i en insentivkontrakt, og når fokuset rettes mot det som belønnes vil en konsekvens kunne være at sykere pasienter skrives ut.

Det er likevel viktig å påpeke at dagens situasjon verken trenger å være uheldig eller uønsket fra et samfunnsperspektiv, dersom et fullgodt, men kostnadmessig rimeligere, tilbud kan etableres i kommunal regi. Således vil en slik utvikling være i tråd med reformens intensjon om handling på beste effektive omsorgsnivå (Stortingsmelding 47, 2008-2009) og den generelle økonomistyringsdefinisjonen av Anthony (1965) om effektiv bruk av ressurser. Måleproblemene kompliserer imidlertid prinsipalens muligheter til å kontrollere om atferden til agenten er hensiktsmessig (Burgess & Ratto, 2003). Det svekker mulighetene for å evaluere enkelte av effektene fra reformen, og det er vanskeligere å kontrollere virkningene av sterkt reduserte liggetider i kommunene.

Uavhengig av årsak, vil en sykere pasientmasse medføre økte krav til den kommunale pleieomsorgen. Vår empiri bekrefter at bydelene særlig vektlegger behovet for økt kompetanse for å møte nye og økte krav til pleie og omsorg. Fra et bydelsmessig økonomistyringsperspektiv, vil satsing på kompetanse være en avveining mellom kostnad, behov og forventet utbytte. Den enkelte bydel vil satse på kompetanse i den grad det forventede utbyttet er høyere enn bruken av slike ressurser på andre formål, gitt deres budsjettammer. Ser man samhandlingsreformen ut ifra et samfunnsøkonomisk perspektiv, vil økt satsing på kompetanse være hensiktsmessig i den grad det gjør bydelen i stand til å tilby et like godt eller bedre tilbud til pasientene, til samme eller lavere kostnad som sykehuset. Igjen vil måleutfordringer gjøre en slik vurdering svært vanskelig, og vår utredning er ikke egnet til å svare på et slikt sammensatt spørsmål, hvor eksempelvis positive eksternaliteter, som mer kompetent helsepersonell vil medføre, også måtte tas med i betraktingen. Det er likevel verdt å påpeke at det ikke automatisk følger at behandling i kommunal regi er rimeligere enn i et helseforetak, da reformen har medført et økt kompetansebehov i bydelene.

Funn 5: Et ensidig insentiv medfører uheldige konsekvenser

Blant problemene bydelsinformantene nevner hyppigst som følge av betalingsordningene i samhandlingsreformen, er trekking av B-meldinger. Som utdypet en kontekstdelen, er en B-melding det endelige varselet fra sykehuset om at en pasient er utskrivningsklar, og således startskuddet for den kommunale betalingsplikten. Dersom en B-melding trekkes etter at bydelen har gjort klart et kommunalt pleietilbud vil det medføre unødvendige forbruk av ressurser.

Forskriften for utskrivningsklare pasienter legger opp til en omfattende meldingsutveksling mellom sykehus og bydel, og informantene våre indikerer at problemet delvis stammer fra utformingen av forskriften. Forskriften er en eksplisitt kontrakt som begge parter er pålagt å følge, og er en kontraktstype som ifølge Baker m.fl. (1994) er nyttig for å få frem en atferdsendring i situasjoner hvor implisitte kontrakter ikke er sterke nok.

Det er flere perspektiver ved forskriften det er interessant å se nærmere på. For det første er betalingsordningen ensidig, ved at sykehuset ikke har noen økonomiske konsekvenser forbundet med å oppdatere bydelen om pasienters helseutvikling. Sykehusene er pålagt å følge forskriften om tidlig varsling, men har ingen insentiver om å oppdatere bydelene ved endringer i en pasients sykdomsbilde før endelig utskrivningsdato foreligger, eller det tidlige varselet forfaller. Fra et insentivteoretisk perspektiv er ensidigheten påfallende og et klart brudd med prinsippet om at man kun skal holdes ansvarlig for handlinger innenfor egen kontroll (Hall, 2002). Som skissert i empirien, ytrer en bydelsinformant et ønske om en tosidig sanksjonsordning. I en slik situasjon ville sykehus i henhold til insentivteori vært mer aktive i dialogen med bydel og oppdatert forventet tid for utskrivning underveis i stedet for å vente med å varsle til tett opptil den forventede datoen for utskrivning.

Et annet moment knytter seg til insentivstyrken i ordningen. Det faktum at betalingsraten er så mye høyere enn for eksempel prisen på en sykehjemsplass (jf. funn 1), gjør at bydelene er meget påpasselige med å ha klart et kommunalt tilbud idet de overtar det økonomiske ansvaret for en pasient. En trukket B-melding medfører uheldige økonomiske konsekvenser for bydelene ettersom ressurser må reallokeres i siste liten. Milgrom og Roberts (1992) utdyper problemene knyttet til sterke insentiver og vridningseffekter, og peker på at insentivstyrken må tilpasses virkningene insentivet medfører. Enkelte av våre informanter mener at betalingsplikten først bør inntre etter noen dager, da det ikke nødvendigvis er

kostnadseffektivt å til enhver tid ha kapasitet til å ta imot pasienter umiddelbart. En svakere insentivordning med lavere døgnstaxa eller et par karensdager vil kunne redusere bydelenes utfordringer.

Trekking av B-meldinger er en bieffekt som følger av betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter, men som er vanskelig å eliminere fullstendig ettersom mange sykdomstilfeller er komplekse og helsetilstander kan endres fort. Likevel er det problematisk at insentivet er sterkt og ensidig. Uten tilsvarende insentiver på sykehussiden har ikke sykehuset andre enn samvittighetsmessige kostnader forbundet med å trekke B-meldinger, noe som er problematisk fra et insentivmessig synspunkt.

Funn 6: Prioritering av oppgaver som belønnes

Som empirien tydelig belyser, vil prioriteringsspørsmålet alltid være en utfordring for kommuner og bydeler. Det oppstår som følge av kjennetegnene ved offentlig sektor, hvor det er multiple prinsipaler og multiple oppgaver som til enhver tid må tas hensyn til (Dixit, 2002). Bydelene mottar overføringer som rammetilskudd og kan allokere midler slik de selv ønsker for å maksimere velferden til sine innbyggere. Dette er i tråd med den overordnede tankegangen i New Public Management om desentralisering av myndighet til den instans som har best forutsetninger for å påvirke ressursbruken, beskrevet av Hood (1995). Med klare økonomiske insentiver for én type atferd, vil en bydels prioriteringer kunne påvirkes i en bestemt retning, da en rasjonell aktør vil velge den oppgaven som gir høyest marginalnytte (Milgrom & Roberts, 1992).

Reduserte liggetider i spesialisthelsetjenesten for utskrivningsklare pasienter er isolert sett en positiv effekt av betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter. Betalingsordningen er imidlertid kun rettet mot somatiske pasienter, og denne pasientgruppen utgjør kun en andel av bydelens totale pasientmasse. Som våre informanter antyder, kan dette ha ført til fokusforflytting mot pasienter som omfattes av insentivet.

Det kommer klare indikasjoner fra bydelsinformantene om at hjemmeværende personer i behov av sykehjemsplass – alt annet like – nedprioriteres til fordel for utskrivningsklare pasienter, ettersom det ikke er kostnader knyttet til å la de disse vente. Dette er en effekt i tråd med insentivlitteraturen som påpeker at premiering av én oppgave, ved tilstedeværelsen av flere, vil stimulere agenten til å utføre denne oppgaven, og medføre at andre oppgaver nedprioriteres (Holmstrøm & Milgrom, 1991).

Fra nasjonalt hold hevdes det videre at det i enkelte kommuner er tegn på at pasienter innen rus og psykisk helse nedprioriteres som følge av ordningen. Våre bydelsinformanter hevder denne pasientgruppen verken i større eller mindre grad prioriteres. Det er imidlertid problematisk å finne gode tall på utviklingen i liggetider for pasienter innen psykisk helse, da tidligere rapportering av slike pasienter har vært svært mangelfull (St.meld.nr.16, 2010-2011).

Det oppstår problemer knyttet til vridningseffekter ved en insentivordning i situasjoner med multiple oppgaver når viktige oppgaver vanskelig lar seg belønne i en kontrakt (Prendergast, 1999). Det fremkommer av empirien at en betalingsordning for utskrivningsklare pasienter innenfor psykiatri er ventet, men at en slik ordning er vanskelig å gjennomføre da denne gruppens pleiebehov er sammensatt både innholds- og kostnadsmessig. Inntil en slik ordning er på plass vil det for bydelene være mer lønnsomt å hente ut utskrivningsklare pasienter innen somatikk enn andre pasientgrupper, noe bydelenes atferd vitner om.

Selv om smale prestasjonsmål bidrar til å styrke kontrollerbarheten til en insentivordning, ved at bydelene enklere kan fokusere sin innsats mot oppgavene som belønnes, kan det også føre med seg større grad av strategisk tilpasning (Hall, 2002). Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter gir bydelene et sterkt insentiv på ett område, mens det fremheves av Milgrom og Roberts (1992) at insentivintensiteten bør være svak dersom flere oppgaver er viktige og ikke kan belønnes i like stor grad. Prendergast (1999) viser til studier som peker på strategiske tilpasninger og uheldige vridningseffekter som følge av eksplisitte kontrakter i situasjoner med komplekse oppgaver og sammensatte mål. På bakgrunn av disse teoretiske betraktningene er ikke så oppsiktsvekkende at fokuset flyttes mot den pasientgruppen som omfattes av insentivet.

Forskningsspørsmål 3

Dersom insentivene virker etter hensikten, skal oppgaver som er i tråd med organisasjonens mål prioriteres og utføres på en mest mulig effektiv måte (Milgrom & Roberts, 1992). Effektene av de to insentivene vil isolert sett ikke være like interessante uten å se hvorvidt atferdsendringen er kongruent med de overordnede målene i reformen.

Funn 7: Økt samarbeid og klarere ansvarsforhold mellom bydel og helseforetak

Et av hovedmålene i samhandlingsreformen er å bedre koordineringen av helsetjenester på tvers av ansvarsnivå. Incentivene i reformen skal bidra til å tydeliggjøre ansvar og forbedre samhandling. (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Basert på intervjuer med bydeler, lokalsykehus og kommunen sentralt, er opplagt at samarbeidsklimaet mellom kommunale instanser og sykehusene har forbedret seg som følge av samhandlingsreformen. Samtlige bydeler og sykehus kan samstemt bekrefte at dialogen og samarbeidet dem imellom har økt, og tilskriver reformen denne økningen.

Ut ifra et teoretisk perspektiv kan denne endringen tilskrives noen konkrete forhold. For det første har samarbeidet, som følge av incentivet om utskriningsklare pasienter, i stor grad gått fra implisitte frivillige kontrakter, til eksplisitt lovpålagt samarbeid der ansvarsforholdene er tydelig avklart, jf. forskriftens bestemmelser beskrevet i kontekstdelen av oppgaven. Enkelte bydelsinformanter antyder at fraværet av incentiver før reformen har muliggjort strategiske tilpasninger fra kommunal side, ved å la pasienter ligge opptil syv dager på sykehus uten kostnader forbundet med det. Reformen har tydeliggjort at det er kommunen som har det praktiske og økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter, noe som er helt avgjørende for vellykket målstyring (Opstad, 2003).

Lovverket og forskriften har innført nye samhandlingsarenaer og samarbeidsformer hvor aktørene både pålegges og gis mulighet til å inngå gjensidig forpliktene avtaler. Denne utviklingen, fra frivillige og i stor grad relasjonsbaserte kontakter, til eksplisitte gjensidig bindende kontrakter, kan på bakgrunn av Baker m.fl. (2002) tolkes som et behov for ytterligere kontroll og overvåking. Forutsetningen for en relasjonskontrakt er ifølge forfatterne en gjensidig interaksjon og avhengighet over tid, som trolig ikke har vært til stede i tilstrekkelig grad forhenværende for reformen. Selv om interaksjonen alltid har vært der, er det tydelig at spesielt den kommunale avhengigheten av informasjon fra sykehuset har tiltatt som følge av begge insentivordningene.

Selv om samhandlingsreformen fremhever prinsippet om likeverdighet mellom kommune og sykehus, hevder våre informanter, både fra sykehus- og bydelsnivå, at det verken før eller etter reformen har vært likeverdighet mellom partene. Litteraturen peker på at profesjonsdominans i sykehusene (Opstad, 2003) kan medføre slike skjjevheter. Fraværet av

likeverdige parter og profesjonsdominans øker behovet for de eksplisitte kontraktene som nå er innført.

Et annet interessant aspekt dreier seg om utviklingen i det relasjonelle forholdet mellom aktørene. Fra empirien kan man tydelig observere en økt kommunal interesse for behandlingsopplegget på sykehuset og for hvordan rapportering og kommunikasjonslinjene mellom aktørene foregår. Selv om samarbeid primært foregår i de formelle samarbeidsarenaene, har bydelenes interesse og innsats for å innhente opplysninger fra sykehuset økt betraktelig, og det er naturlig at dette delvis kan tilskrives insentivet om utskrivningsklare pasienter. Ettersom bydelene nå må betale for utskrivningsklare pasienter fra dag én, er det i deres egeninteresse å motta så mye informasjon som mulig, på et så tidlig tidspunkt som mulig – et insentiv som åpenbart har økt ved doblingen av betalingssatsen. Bevissthet omkring kostnaden ved ikke å ta imot utskrivningsklare pasienter omgående, har bidratt til å styrke det relasjonelle forholdet mellom aktørene. Til tross for at samarbeidsformen i stor grad har medført en endring fra implisitte til eksplisitte kontrakter, går vår undersøkelse langt i å antyde at insentivet om utskrivningsklare pasienter også i stor grad har bidratt til å styrke den relasjonelle (implisitte) kontrakten mellom kommune og helseforetak.

Et annet sentralt moment er at det økte samarbeidet kan ha positive synergier for samhandling generelt. Samtaler med våre informanter fremhever at flere samarbeidsarenaer, hyppigere dialog og klare kommunikasjonskanaler har forsterket og forenklet samarbeidet mellom kommune og helseforetak, og skapt en felles forståelse for hverandres utfordringer. Det er rimelig å anta at det bedre samarbeidsklimaet kan føre til ringvirkninger med hensyn til samarbeid på andre områder enn reformen omfatter.

Vedrørende samarbeid mellom bydelene i Oslo kommune, hevder de fleste bydelsinformanter at dette ikke har endret seg som følge av reformen. Selv om interkommunalt samarbeid, som i Oslo kan oversettes til samarbeid mellom bydelene, er et uttalt mål i samhandlingsreformen, er ikke dette et samarbeid som berøres av de innførte insentivene. En mulig tolkning er at en sykere og økende pasientmasse som følge av reformen, kan muliggjøre synergier ved å opprette felles behandlings-, pleie- eller rehabiliteringssentre mellom bydelene. Dette er imidlertid ikke noe som blir prioritert av bydelene på et tidlig stadium av reformen, og inntrykket våre informanter har gitt, er at de foreløpig har hatt mer enn nok med å tilpasse seg endringene innenfor egen bydel.

Funn 8: Forebygging på dagsorden, men svak atferdsendring og effekt

Den andre utfordringen som insentivene i samhandlingsreformen er ment å påvirke, relaterer seg til behovet for større grad av forebygging i helsesektoren. Stortingsmelding 47 legger opp til at den "nye" kommunerollen skal oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløpet. Bydelsinformantene i vår undersøkelse blir svært engasjerte når temaet skifter til forebygging. Blant disse er det bred enighet om behovet for, og de positive implikasjonene av forebygging, men delte meninger vedrørende faktisk gjennomføringsevne og reell ansvarliggjøring.

Insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er et ledd i å tydeliggjøre den samfunnsmessige kostnaden ved å ha en ferdig behandlet pasient på sykehus. Ved suksessfull forebygging vil færre pasienter skrives inn på sykehus, noe som igjen reduserer antallet utskrivningsklare pasienter. Vår undersøkelse indikerer imidlertid ingen atferdsendringer som følge av denne tilsynelatende kausale sammenhengen. Informantene påpeker at midlene overført for dette insentivet er for lave for å foreta en slik prioritering, og at midlene i stor grad benyttes til å dekke de merkostnadene overtagelsen av utskrivningsklare pasienter har medført. Det anføres videre at eventuelle besparelser utgjør en svært liten andel av et bydelsbudsjett, og de samlede midlene for utskrivningsklare pasienter kun utgjør om lag 10 % av midlene til kommunal medfinansiering, noe som ikke anses som tilstrekkelig for nevneverdig satsning på forebygging. Det følger av diskusjonen under funn 3 om Hall (2002) sin forklaring av kontrollerbarhetsprinsippet, at insentiver er svake eller ikke-eksisterende ved lav korrelasjon mellom egen handling og oppnådd resultat. Når summen som potensielt kan anvendes til formålet i tillegg er såpass liten, vil det ut ifra et teoretisk perspektiv svekke den reelle muligheten for atferdsendringer og indikere et svakt insentiv.

Etttersom det primært er insentivet om kommunal medfinansiering som skal bidra til økt forebygging, vil tilstedeværelsen av et reelt insentiv være begrenset fra et bydelsperspektiv, da de kommunale midlene ikke viderefordes til bydelen, jf. diskusjonen under funn 3. Enkelte bydeler peker på at noen kortsiktige forebyggingstiltak kan iverksettes uten at bydelen selv påvirkes av eget bruk av spesialisthelsetjenester, eller de mottar bevilgninger til formålet. Slike effekter kan likevel ikke tilskrives samhandlingsreformen, da bydelens potensielle gevinster ved forebygging ikke endres nevneverdig med insentivene i reformen.

Dersom midlene for kommunal medfinansiering i framtiden blir overført bydelene, vil den samme drøftelsen som under funn 3 gjelde. Den lange tidshorisonen vil isolert sett gjøre måling av effekter vanskelig, og kombinert med befolkningsmobilitet tilnærmet umulig. Videre vil den reelle muligheten til å anvende (deler av) disse midlene til forebygging være selvbegrensende, ved at de faktiske kostnadene for bruk av spesialisthelsetjenester tilsvarer overførte bevilgninger. Mens både bydelene, så vel som regjeringen i sin stortingsmelding om samhandlingsreformen, legger særlig vekt på viktigheten av langsiktig og målrettet arbeid for forebygging, er det lite i vår utredning som tilsier at slike effekter er plausible.

Som drøftet under flere funn, er det store måleproblemer, begrenset kausalsammenheng og lav insentiveffekt knyttet til eventuelle effekter av forebygging. En kan likevel ikke utelukke at økt fokus og anerkjennelse av behovet for forebygging og tilstedeværelsen av insentiver, samlet sett kan medføre noe økt satsning på forebygging. Ved å øke bevisstheten omkring kostnadene ved bruk av spesialisthelsetjenester, samt fokuset på kostnaden ved utskrivningsklare pasienter, er det plausibelt at en positiv holdning til forebygging vil medføre atferdsendringer på kommunalt nivå på lengre sikt. Selv om denne utredningen ikke kan vise til økt satsning på bakgrunn av insentivene, kan altså fokuset på forebygging likevel ha positive effekter.

Funn 9: Det er uklart hvorvidt reformen bidrar til bærekraftig utvikling i helsekostnader

Det er bred politisk enighet om at en vekst i helseutgiftene i tråd med den man har opplevd det siste tiåret ikke er bærekraftig på sikt, og det tredje uttalte målet i samhandlingsreformen er følgelig å bidra til å redusere den sterke veksten.

Som utdypet i kontekstdelen, skal insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter gi kommunen et insentiv om å etablere behandlingsplasser til lavere kostnader enn det som tilbys på sykehuset. En slik hensikt er i tråd med NPM tankegangen om effektiv ressursutnyttelse (Hood, 1995) og teori om opprettelse av insentivkontrakter for å løse prinsipal-agent utfordringene (Jensen & Meckling, 1976).

Formålet må imidlertid problematiseres av to årsaker. For det første legges det til grunn at betalingsssatsen er satt til 4 000 kr. for både å representere helseforetakenes faktiske drifts- og kapitalkostnader og samtidig for å gi et mest mulig riktig insentiv (St.meld.nr.16, 2010-2011). Det er med andre ord ikke innlysende at betalingsssatsen på 4 000 kr. faktisk

representerer sykehusenes reelle kostnader forbundet med liggetiden for utskrivningsklare pasienter. Fra en alternativkosttankegang er denne kostnaden også irrelevant, da det som er interessant er hva den frigjorte sykehusplassen er verdt – enten man ser på kostnadsbesparelser ved nedleggelse av kapasitet, eller verdien av økt behandling/reduert ventetid i helseforetakene.

Det andre forholdet som bør problematiseres er måleproblemene knyttet til den virkelige kostnadsøkningen på kommunenivå. Merkostnaden forbundet med å pleie flere og sykere pasienter, og behovet for kompetanseheving som følge av dette, lar seg vanskelig kvantifisere og dermed også måle. Den uklare sammenhengen mellom innsats, kvalitet og måloppnåelse, som stammer fra måleproblematikken, gjør det vanskelig å slå fast og evaluere hvilke grep som er best egnet for å drive helsesektoren i riktig retning (Opstad, 2003).

Som skissert i funn 2 og 4, tyder vår empiri på at pasientmassen fra sykehus til kommune har økt og at helsetilstanden deres er redusert som følge av reformen. På bakgrunn av disse observasjonene peker våre bydelsinformanter på at behovet for kompetanse er forsterket. Videre viser funn 5 at bydelene opplever en ressursløsning i form av merkostnadene knyttet til iverksetting av behandlingstilbud, grunnet trekkingen av B-meldinger. Selv om våre informanter forteller at kostnaden ved å tilby for eksempel en sykehjemsplass er vesentlig lavere enn betalingssetten på 4 000 kr., kan det ikke uten videre slås fast at ansvarsforflytningen er lønnsom sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Årsaken til dette er at betalingssetten ikke nødvendigvis representerer den relevante kostnaden på sykehuset, samt at prisen for en sykehjemsplass ikke gjengir den totale kostnaden ved behandling i kommunal regi, på grunn av blant annet kostnader til kompetanseheving og klargjøring av tilbud ved trekking av B-meldinger.

Det er imidlertid bred enighet blant våre informanter fra sykehus, kommune og bydeler, om at mange behandlingsopplegg kan iverksettes og driftes rimeligere og med samme kvalitet i kommunal regi som på sykehus. Grunnet de store prisforskjellene mellom betalingssetten og en vanlig sykehjemsplass, kan dette også virke rimelig på tross av måleproblematikken og merkostnadene som oppstår.

Fra et sykehusperspektiv vil økt utskrivningstakt og kortere liggetid frigjøre kapasitet, noe som kan gi to effekter. På den ene siden kan det føre til nedleggelse av sengeposter eller

avdelinger, som igjen kan redusere kostnader, noe to lokalsykehus melder om har skjedd som følge av reformen. Dersom dette medfører kostnadmessig besparelser, ved rimeligere lokal behandling, vil dette være i samsvar med regjeringens ønske om å bremse kostnadsveksten i helseforetakene, samt i tråd med den generelle økonomistyringsdefinisjonen av Anthony (1965), om effektiv bruk av ressurser. På den andre siden vil innsatsstyrt finansiering gi sykehusene økonomiske insentiver til å behandle flere, noe som vil øke sykehuskostnadene og redusere ventelister. Også en slik tilpasning kan forsvares med utgangspunkt i økonomistyringsteori, men aktivitetsvekst i sykehusene er ikke i tråd med samhandlingsreformens intensjon. Denne utredningen er mindre egnet til å vurdere sykehusenes atferdsendring, men ettersom den ledige kapasiteten kan tilskrives bydelenes tilpasning som følge av insentivet for utskrivningsklare pasienter er det verdt å nevne.

Vår utredning antyder at insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter kan bidra til effektivisering ved lokal behandling og frigjort kapasitet i sykehus, men påpeker også at mer dyptgående ringvirknings- og merkostnadsanalyser må gjennomføres for å vurdere helhetseffekter på aggregert nivå.

Kommunal medfinansiering er i større grad enn betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter ment å bidra til en bærekraftig utvikling. Ettersom det på bydelsnivå i Oslo ikke foreløpig er iverksatt tiltak det kan forventes effekter av knyttet til kommunal medfinansiering, jf. funn 3, kan man ikke si at insentivet har bidratt i retning av mer bærekraftig utvikling. Våre bydelsinformanter er enige i at tanken om at mer lokal behandling skal bidra til bærekraftig utvikling er god, men påpeker at midler må tilfalle dem for at endringer skal kunne forekomme. Det vil imidlertid være interessant å se hvorvidt øyeblikkelig hjelp døgntilbudene, som gradvis innføres i perioden 2013-2016, vil påvirke utviklingen i helsekostnader.

7. Avslutning

7.1 Konklusjon

Insentivene i samhandlingsreformen har til hensikt å endre atferd i en retning som, fra nasjonalt hold, i større grad anses å møte de utfordringer som er til stede i dagens helsevesen, samt de som potensielt vil forekomme i fremtiden. Med dette som utgangspunkt har utredningen forsøkt å belyse hvilke effekter insentivene har hatt, og hvorvidt disse endringene er kongruente med reformens mål.

De to insentivene som presenteres har samme formål på overordnet nivå, men er utformet på grunnleggende forskjellig måte, noe som har medført ulike virkninger. For bydelene i Oslo kommune vil forskjellen i insentivvirkningen være enda større enn sammenlignet med andre kommuner, da midlene til kommunal medfinansiering, i motsetning til betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter, ikke overføres til bydelsnivå.

Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter styrer atferd

Basert på våre intervjuer har betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter resultert i en betydelig atferdsendring for bydelene. Insentivteoretisk kan dette forklares med at insentivet er sterkt, ved at innsats, målt resultat og økonomisk kompensasjon samsvarer godt. Liggetidene i spesialisthelsetjenesten for somatisk utskrivningsklare pasienter er redusert til et nivå som tilsvarer kun 8,5 % av liggedøgnene for samme periode året før – en endring som direkte kan knyttes til dette insentivet. Denne nedgangen er i tråd med intensjonen bak reformen og er isolert sett positivt for både pasienter, sykehus eller helseøkonomien totalt sett. Det er ikke formålstjenlig å ligge på sykehus etter ferdig behandling, dersom et likeverdig eller bedre tilbud til en lavere kostnad kan tilbys i kommunal regi. Likevel har denne sterke atferdsendringen medført noen utfordringer og uheldige effekter. Vår undersøkelse indikerer at pasienter som skrives ut i dag er mer pleietrengende enn tidligere, at ressurser sløses ved trekking av B-meldinger og at utskrivningsklare pasienter innen somatikk – gitt alt annet likt – prioriteres fremfor andre pasientgrupper.

Insentivet har bidratt til et klarere ansvarsforhold og bedret samarbeid mellom bydeler og helseforetak, noe som samsvarer godt med det uttalte behovet for bedre koordinering av helsetjenester som lå til grunn for reformen. Når det gjelder de to andre hovedutfordringene, om økt fokus på forebygging og en bærekraftig kostnadsutvikling, er effektene uklare. Undersøkelsen viser at faktisk atferdsendring og iverksatte tiltak med hensyn til forebygging er begrenset, men at fokuset er klart økende. Økt grad av lokal behandling og frigjøring av kapasitet på sykehus kan redusere kostnadsnivået, mens økt behov for kompetanse i bydeler samt økt sykehusaktivitet kan virke i motsatt retning. Samtidig melder bydelsinformantene om ressursløsning ved at kommunale pleietilbud etableres og står ubenyttet som følge av trekking av B-meldinger. Nettoeffekten vedrørende den økonomiske utviklingen er usikker, men kan virke positiv, da det er lite sannsynlig at kostnadsøkningen for tilbud i kommunal regi vil overstige reduksjonen i kostnader ved å flytte pasienter fra spesialist- til primærhelsetjenesten.

Kommunal medfinansiering har svak insentivvirkning

Når det gjelder kommunal medfinansiering er det imidlertid vanskelig å spore konkrete, isolerte insentiveffekter på bydelsnivå, først og fremst grunnet uklar sammenheng mellom innsats, måloppnåelse og økonomisk gevinst. Dagens finansieringsordning gir ikke bydelen et reelt insentiv om å endre atferd, i all den tid økt innsats er en kostnad for bydelen og eventuelle gevinster tilfaller kommunen sentralt. Selv om midlene overføres til bydelsnivå for å løse denne initiale insentivproblematikken, problematiserer våre informanter hvorvidt dette vil gi de ønskede effektene. Informantene fra kommunalt hold peker på usikkerhet knyttet til den reelle muligheten for å redusere antall innleggelser. Dette begrunnes blant annet med et langt tidsperspektiv, der kostnader påløper i dag mens potensielt utbytte vil komme i fremtiden. Videre tilsier "helsens paradoks" at den økonomiske nettoeffekten av økt forebygging er usikker og faktisk kan medføre økte helsekostnader på lengre sikt.

En svak insentivvirkning medfører nødvendigvis begrenset oppnåelse av reformens overordnede målsetninger. Våre informanter peker likevel på at ordningen har styrket interessen for hva som foregår på sykehuset, og deler oppfatningen om at mer lokal behandling er i tråd med målet om å sikre den økonomiske bæreevnen i helsevesenet. Fokuset på forebygging er også merkbart større, uten at dette har gitt seg utslag i konkrete tiltak.

Selv om vår undersøkelse viser at insentivene foreløpig har ulik virkningsgrad, må det presiseres at insentivene er ment å utfylle hverandre, og det vil være usikkert hva totaleffekten vil være dersom kun det ene insentivet videreføres. Det må også tas hensyn til at det er gjennom ordningen med kommunal medfinansiering at majoriteten av midlene er overført, og her potensialet for store besparelser foreligger. En liten nedgang i antall innleggelses i spesialisthelsetjenesten kan gi store økonomiske gevinster, mens en større endring i liggetid kun gir begrensede besparelser på kommune- og bydelsnivå.

7.2 Utredningens begrensninger

Det er viktig å være inneforstått med at de empiriske funnene denne undersøkelsen presenterer viser foreløpig endring i atferd som følge av insentivene, og er mer egnet til å se trender enn å trekke endelige konklusjoner. Utredningen er ment å gi et bilde av hvilke atferdsendringer som har forekommet i en oppstartsfasen med nye systemer og avtaler. I en slik fase er det ikke unaturlig med enkelte innkjøringsproblemer og det kan tenkes at forholdene kan forbedres med tiden. Funnene som presenteres er forsøkt isolert fra generelle effekter av samhandlingsreformen og annen utvikling i helsesektoren. Det bør likevel problematiseres hvorvidt funnene kan isoleres til et enkelt, eller en kombinasjon av de to, insentivene, samt om effektene påvirkes av reformens overordnede rammeverk.

Utredningen fokuserer på hvordan bydelene opplever reformen, men den vil også ha implikasjoner for andre parter. Perspektivene fra sykehus og nasjonalt hold er inkludert i utredningen for å gi et nyansert bilde og en objektiv framstilling. Interessenter fra nasjonalt hold og fra sykehus er likevel underrepresentert i forhold til antall kommunale informanter, da det er bydelsvirkninger som står sentralt i denne utredningen.

Det er videre viktig å presisere at vår undersøkelse kun er basert på et utvalg av bydeler. Selv om bydelene er valgt på bakgrunn av ulikhet i størrelse, tilknyttet lokalsykehus og sosiodemografiske forhold, og er rimelig samstemte i sine beskrivelser, kan det likevel være at utvalget ikke er representativt.

Når det gjelder analysen og funnene presentert der, er dette hovedsakelig basert på informasjon fra kvalitative intervjuer, med forbehold om tilstedeværende av actor-observer bias. Intervjuskjevhet kan ubevisst forekomme i en slik intervjusetting. Selv om anonymitet

og tilstedeværelsen av to intervjuere er med på å begrense slike effekter, kan de likevel ikke elimineres helt. Det er også viktig å påpeke at analysene som er gjennomført er forfatterens egen tolkning basert på den innhentede informasjonen, og selv om objektive og faglige fortolkningen er forsøkt bevart, vil tolkninger kunne påvirkes av hvordan forfatteren oppfatter innholdet.

7.3 Overføringsverdi

Denne utredningen tar kun for seg insentivvirkningene i Oslo kommune og drøftelser og konklusjonene kan dermed ikke uten videre generaliseres og overføres til andre kommuner.

Formålet med bruk av økonomiske insentiver, argumentene for hvorfor slike tiltak bør innføres og problemene ved insentivbruk i offentlig sektor, kan relativt uproblematisk overføres til andre kommuner og lignende utfordringer i helsesektoren generelt. Generelle momenter som belyser hvordan agenter prioriterer arbeidsoppgaver og allokterer innsats mot det som kan måles og gir synlig økonomisk uttelling, er tilsvarende overførbart til lignende sektorer.

Det er imidlertid noen momenter som må betraktes og som kan svekke overførbarheten. For det første er Oslo kommune langt større, både befolknings- og budsjettmessig, enn andre kommuner i landet. Det tilsier at den økonomiske risikoen knyttet til insentivene er mindre. Oslo kommune har blant annet en egen sykehjemsetat med god kapasitet av sykehjems- og rehabiliteringsplasser mv., hvor bydelene kan leie fullt bemannede plasser til priser omkring halvparten av betalings-satsen for overliggedøgn på sykehus. I mindre kommuner kan det være langt dyrere og vanskeligere å etablere sykehjemsplasser på kort sikt, noe som medfører økt risiko for flere betalingspliktige døgn på sykehus.

Videre vil funnene knyttet til kommunal medfinansiering vanskelig la seg overføre til resten av landet, da ordningen er håndtert annerledes i Oslo. Insentivordningen vil dermed kunne ha sterkere virkning andre steder, og vil kunne medføre en betydelig økonomisk risiko som bydelene i Oslo er forskånet fra med dagens ordning.

7.4 Forslag til videre forskning

Med utgangspunkt i utredningens funn og de diskuterte begrensninger, samt den noe reduserte overføringsverdien av funnene, er det flere tilknyttede problemstillinger som kan være interessante for videre forskning.

Bredere undersøkelse, hvor man ser på og sammenligner flere kommuner

Grunnet komplikasjoner i forhold til overførbarheten til andre kommuner, vil det være interessant å se på virkningen av insentivene på landsbasis som reformen er ment å gjelde for. Spesielt interessant vil det være å se på om kommunal medfinansiering har større adferdspåvirkning i kommuner hvor midlene tildeles direkte til de som har ansvar for helsetjenestene. Det vil videre være hensiktsmessig å se på effektforskjeller mellom mindre og større kommuner, da mindre kommuner vil være mer utsatt for økonomisk risiko som følge av endringer i pasientmassen. Ettersom flere av de ønskede insentiveffektene, som resultater av forebygging og tidlig intervensjon, først vil gi effekt på lang sikt, vil det være hensiktsmessig å vurdere insentivvirkningene på noe lenger sikt.

Ringvirkninger av den økte dialogen mellom sykehus og bydel

Utredningen gir klart uttrykk for at betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter har bidratt til hyppigere dialog og flere samarbeidsarenaer. Det er naturlig at det økende samarbeidet innen somatikk vil føre med seg ringvirkninger innen annet samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten over tid. Dette vil danne grunnlaget for fremtidige relasjonskontrakter og det vil være interessant å se hvilke positive eksternaliteter disse kan gi på sikt.

Sykdomsspesifikk analyse av tjenester og kostnader, kvalitet og resultat

Det vil være av interesse å se hvordan kostnadene og tjenestetilbudet utvikler seg innen utvalgte diagnoserelaterte grupper (DRG) som følge av reformen. Ved å splitte opp i enkeltdiagnoser vil det være lettere å få et klart bilde av endringer i pasientløpet og kostnader knyttet til dette. Det vil være sentralt å se om behandlingstiden i sykehus for gitte diagnoser har endret seg som følge av pengeoverføringen fra sykehusene til kommunen, ettersom reformen ikke er ment å påvirke behandlingstiden. Dette vil blant annet svare på om en sykere pasientmasse, som vår utredning peker på, helt eller delvis kan forklares med

kortere behandlingstid og om pasienthensynet ivaretas ved større grad av lokal behandling. En slik forskning vil langt på vei fokusere på hovedintensjonen i samhandlingsreformen om at mer behandling skal foregå i primærhelsetjenesten, og belyse kvalitets- og kostnadseffekter av en slik endring.

Frigjort kapasitet i sykehus

Som følge av de nye betalingsordningene i samhandlingsreformen mottar sykehusene færre midler fra staten, samtidig som det frigjøres ledig kapasitet grunnet færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Et interessant område for videre forskning er å se hva sykehusene gjør med den ledige kapasiteten. Om de øker aktivitetsveksten for å få mer godtgjørelse gjennom innsatsstyrt finansiering, noe som medfører økt kostnadsvekst og reduserte ventetider, eller om resultatet er kostnadsbesparelser gjennom at kapasiteten bygges ned.

Litteraturliste

Artikler og bøker

Anthony, R. N. (1965). *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*. Boston, Mass.: Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Anthony, R., & Young, D. (2003). *Management Control in Non-profit Organizations*. Homewood, Ill.: Irwin.

Arrow, K. J. (1985). The Economics of Agency. I J. W. Pratt, & R. J. Zeckhauser, *Principals and Agents: The Structure of Business* (s. 37-51). Boston, Mass.: Harvard Business School Press.

Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Baker, G. (2000). The Use of Performance Measures in Incentive Contracting. *American Economic Review*, 90 (2), 415-420.

Baker, G., Gibbons, R., & Murphy, K. J. (1994). Subjective Performance Measures in Optimal Incentive Contracts. *Quarterly Journal of Economics*, 109 (4), s. 1125–1156.

Baker, G., Gibbons, R., & Murphy, K. J. (2002). Relational Contracts and The Theory of the Firm. *Quarterly Journal of Economics*, 117 (1), s. 39-84.

Barsky, A. J. (1988). The Paradox of Health. *The New England Journal of Medicine*, s. 414-418.

Boston, J., Martin, J., Pallot, J. og Walsh, P. (1996). *Public Management - The New Zealand Model*. Oxford: Oxford University Press.

Burgess, S., & Ratto, M. (2003). The Role of Incentives in the Public Sector: Issues and Evidence. *Oxford Review of Economic Policy*, 19 (2), s. 285-300.

Busch, T., Johnsen, E., & Vanebo, J. O. (2009). *Økonomistyring i det offentlige*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K.A. (2004). *Organisasjonsteori - for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., & Lægried, P. (2001). *New Public Management: the Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate.

Damgaard, K., Lindman, A. S., Helgeland, J & Tjomsland, O. (2012). *Reinnleggelser av eldre i Norge*. Oslo: Kunnskapsenteret.

- DiMaggio, P. J., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48 (2), s. 147–160.
- Dixit, A. (1997). Power of Incentives in Private versus Public Organizations. *The American Economic Review*, 87 (2), s. 378-382.
- Dixit, A. (2002). Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. *The Journal of Human Resources*, 37 (4), s. 696-727.
- Donabedian, A. (1983). Quality Assessment and Monitoring. *Evaluation & Health Professions*. 6 (3), s. 363-375.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, 14 (1) , s. 57-74.
- Fama, E. (1980). Agency Problems and the Theory of the Firm. *Journal of Political Economy*, 88 (2), s. 288-307.
- Feltham, G. A., & Xie, J. (1994). Performance Measure Congruity and Diversity in Multi-Task Principal/Agent Relations. *The Accounting Review*, 69 (3), s. 429-453.
- Fisher, R. (1930). *The Genetical Theory of Natural Selection*. New York: Oxford University Press.
- Fontana, A., & Frey, J. (1994). Interviewing - The Art of Science. *The Handbook of Qualitative Research*, s. 361-376.
- Gibbons, R. (1998). Incentives in Organizations. *The Journal of Economic Perspectives*, 12 (4), s. 115-132.
- Grenness, T., & Askheim, O. G. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hall, B. J. (2002). *Incentive Strategy Within Organizations*. Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Hendrikse, G. (2003). *Economics and management of organizations : co-ordination, motivation and strategy*. London: McGraw-Hill.

-
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1991). *Metodevalg og metodebruk, 2. utgave*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.
- Holmstrøm, B. (1979). Moral Hazard and Observability. *The Bell Journal of Economics*, 10 (1) , s. 74-91.
- Holmström, B. (1982). Moral Hazard in Teams. *The Bell Journal of Economics*, 13 (2), s. 324-340.
- Holmström, B. (1999). Managerial Incentiv Problems: A Dynamic Perspective. *Review of Economic Studies*, 66 , s. 169-182.
- Holmstrøm, B., & Milgrom, P. (1988). Common Agency and Exclusive Dealing. *Working paper* , Yale University and Stanford University.
- Holmstrøm, B., & Milgrom, P. (1991). Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design. *Journal of Law, Economics, & Organization*, 7 , s. 24-52.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variations On a Theme. *Accounting, organizations and Society*, 20 (2/3), s. 93-109.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4) , s. 305-360.
- Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24 (4), 602-611.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3.utgave. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kerr, S. (1975). On the Folly of Rewarding A, While Hoping for B. *Academy of Management journal*, 18, s. 769-783.
- Lane, J.-E. (2000). *New Public Management*. London: Routledge.
- Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (2), s. 340-363.
- Meyer, M. A., & Vickers, J. (1997). Performance Comparisons and Dynamic Incentives. *Journal of Political Economy*, 105 (3), s. 547-581.
- Milgrom, P., & Roberts, J. (1992). *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Nyland, K. (2003). *Styringsystemenes relevans i norske sykehus*. Bergen: Norges Handelshøyskole.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold? *Magma* , nr.4.

- Opstad, L. (2003). *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal.
- Ouchi, W. G. (1977). The Relationship Between Organizational Structure and Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*, 22 (1), s. 95-113.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Perrow, C. (1986). *Complex Organizations : A Critical Essay, 3rd ed.* New York, NY: McGraw-Hill.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Pettersen, I. J., & Bjørnenak, T. (1997). *Fra økonomisk teori til klinisk praksis: Om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Pratt, J. W., & Zeckhauser, R. J. (1985). *Principals and Agents: The Structure of Business*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Prendergast, C. (1999). The Provision of Incentives in Firms. *Journal of Economic Literature*, 37, s. 7–63.
- Propper, C., & Wilson, D. (2003). The Use and Usefulness of Performance Measures in the Public Sector. *Oxford Review of Economic Policy*, 19 (2), s. 250-267.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *The American Economic Review*, 63 (2), s. 134-139.
- Saunders, M. N., Lewis, P., & Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students, 6th Edition*. Harlow: Pearson.
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2010). *Research Methods for Business; A Skill Building Approach*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Williamson, O. (1998). *Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspectives*. New York, NY: Oxford University.
- Yin, R. K. (2008). *Case study research: Design and methods 4.ed.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Offentlige dokumenter og rapporter

Lover og forskrifter

Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester (2011). *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester*. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2011 nr. 1349 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 11-2.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1349.html> [Nedlastet 10. oktober, 2012]

Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj. (2011). *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. november 2011 nr. 1115 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §§ 11-3 og 11-4 tredje ledd.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20111118-1115.html> [Nedlastet 25. august, 2012]

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html> [Nedlastet 2. oktober, 2012]

Nasjonal veileder om samhandlingsreformen (2011). *Samhandlingsreformen -Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*.

Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf> [Nedlastet 10. oktober, 2012]

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html> [Nedlastet 10. oktober, 2012]

Prop. 91 L. (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/3/2/1.html?id=638744> [Nedlastet 10. oktober, 2012]

Offentlige rapporter

NOU. (1997:7). *Piller, prioritering og politikk: Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

NOU. (1998:18). *Det er bruk for alle.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU. (2003:1). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.* Oslo: Helsedepartementet.

NOU. (2003:9). *Skatteutvalget.* Oslo: Finansdepartementet.

NOU. (2005:3). *Fra stykkevis til helt.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU. (2010:13). *Arbeid for helse.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld.nr.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

St.meld.nr.16. (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan.* Oslo: Helse -og Omsorgedepartementet.

Andre offentlige dokumenter

Byrådsavdeling for finans. (2012). *Budsjettfordeling til bydelene basert på kriterier -En innføring i kriteriesystemet.* Oslo: Oslo Kommune.

Tilgjengelig fra: <http://www.byrådsavdeling-for-finans.oslo.kommune.no/getfile.php/byr%C3%A5dsavdeling%20for%20finans%20%28FIN%29/Internett%20%28FIN%29/Dokumenter/Infohefte%20kriteriesystemet%20oppdatert-2012-internett-med%20forside.pdf> [Nedlastet 17. oktober, 2012]

Norsk pasientregister. (29 juni, 2012). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern.* Oslo: Helsedirektoratet.

Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/tall-analyse/ventetider-aktivitetsdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern-og-rus/Documents/aktivitetsdata-phv-tsb-1-tert-2012.pdf> [Nedlastet 18 oktober, 2012]

Finansdepartement. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten.* Oslo: Fastsett 12. desember 2003 med endringer, senest 8. juni 2010.

Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/Upload/FIN/Vedlegg/okstyring/Reglement_for_ekonomis_tyring_i_staten.pdf [Nedlastet 10.oktober, 2012]

Helse Sør-Øst. (2012). *Aktivitets-og økonomirapport per 2. tertial 2012*. Hamar: Helse Sør-Øst.

Tilgjengelig fra <http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styrem%C3%B8ter/2012/25.%20oktober/063-2012%20Vedlegg%20-%20Tertialrapport%202.%20tertia%202012.pdf> [Nedlastet 10. oktober, 2012]

Nettpublikasjoner

Andreassen, K. K. (2010). *Befolkningens størrelse og aldersfordeling [Internett]*, Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå.

Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa120/kap1.pdf [Nedlastet: 15. september 2012]

Finansdepartementet (2012). *Kommuneøkonomien [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2013/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Kommuneøkonomien/> [Nedlastet 11. september, 2012]

Helsedirektoratet (8. desember, 2011a). *Hva omfattes av kommunal medfinansiering i 2012 [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/hva-omfattes/Sider/default.aspx> [Nedlastet 10. november, 2012]

Helsedirektoratet (2011b). *Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/Documents/Kommunal%20betaling%20for%20utskrivningsklare%20pasienter,%20Fredrik%20A.S.R.%20Hanssen.pdf> [Nedlastet 12. september, 2012]

Helsedirektoratet (28. august, 2012). *Nasjonale og regionale utviklingstrekk [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/sites/samdata/produktivitetsutviklingen/produktivitet-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/utviklingstrekk/Sider/default.aspx> [Nedlastet 17. oktober, 2012]

Oslo Kommune (26. september, 2012a). *Byrådens forslag til budsjett 2013 og økonomiplan 2013-2016 [Internett]*.

Tilgjengelig fra:

http://www.budsjett.oslo.kommune.no/getfile.php/Budsjett%20%20%28BUDSJETT%29/Internett%20%28BUDSJETT%29/Dokumenter%202013/Del_1_2013_web_enkelt sider_med%20bokmerker-ny.pdf [Nedlastet 1. november, 2012]

Oslo kommune (3. desember, 2012b). *Helsetjeneste [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.bydel->

[sagene.oslo.kommune.no/hovedside/helse/direkte_til/helsetjenester/](http://www.bydel-sagene.oslo.kommune.no/hovedside/helse/direkte_til/helsetjenester/) [Nedlastet 10 desember, 2012]

Oslo kommune (28. august, 2012c). *Organisasjonskart [Internett]*.

Tilgjengelig fra:

<http://www.oslo.kommune.no/getfile.php/oslo%20kommune%20%28OSLO%29/Internett%20%28OSLO%29/Dokumenter/Organisasjonskart/Orgkart2012norskekstern.pdf> [Nedlastet 10. november, 2012]

Oslo universitetssykehus (22 juni, 2012). *Opptaksområder for lokalsykehusfunksjoner [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.oslo->

[universitetssykehus.no/fagfolk/veiviseren/Sider/generelle-retningslinjer.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/veiviseren/Sider/generelle-retningslinjer.aspx) [Nedlastet 8. oktober, 2012]

Regjeringen (5 desember, 2008). *Bedre og mer effektiv pasientbehandling [Internett]*.

Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/Pressesenter/pressemeldinger/2008/bedre-og-mer-effektiv-pasientbehandling.html?id=538546> [Nedlastet 8. september, 2012]

Regjeringen (8. desember, 2011a). *Kommunal medfinansiering [Internett]*.

Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/kommunal-medfinansiering-i-samhandlingsr.html?id=666221> [Nedlastet 10. november, 2012]

Regjeringen (13. mai, 2011b). *Fem milliarder til samhandlingsreformen i kommunene [Internett]*.

Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/vil-sikre-data-fra-kreftregisteret.html?id=643114> [Nedlastet 18. oktober, 2012]

Regjeringen (2012a). *Helse og omsorg [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/tema/helse.html?id=917> [Nedlastet 12. oktober, 2012]

Regjeringen (2012b). *Offentlig forvaltning [Internett]*.

Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/tema/offentlig_forvaltning.html?id=927 [Nedlastet 12. oktober, 2012]

Regjeringen (2012c). *Regelverk for økonomistyring i staten [Internett]*.

Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/tema/statlig_ekonomistyring/reglement-for-okonomistyring-i-staten.html?id=438887 [Nedlastet 17. oktober, 2012]

Regjeringen (2012d). *Oversikt over landets helseforetak [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/Oversikt-over-landets-helseforetak.html?id=485362> [Nedlastet 18. september, 2012]

Regjeringen (4. juni, 2012e). *Kommunene får nye samhandlingsmillioner [Internett]*.

Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2012/kommune-ne-far-nye-samhandlingsmillioner.html?id=683993> [Nedlastet 28. september, 2012]

Regjeringen (31. oktober, 2012f). *Viktig samhandling i Aker [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2012/viktig-samhandling-i-aker.html?id=706675> [Nedlastet 3. november, 2012]

SSB (27. april, 2012). *Helseutgifter, nøkkeltall. 1997-2011 [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/tab-2012-04-19-01.html> [Nedlastet 18. oktober]

Store norske leksikon (2012). *Bydelsutvalg [Internett]*.

Tilgjengelig fra: <http://snl.no/bydelsutvalg> [Nedlastet 13. oktober, 2012]

Sykehjemsetaten. (15 november, 2012). *Hvordan søke om sykehjemsplass [Internett]*.

Tilgjengelig fra:
<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/artikkelarkiv/article80107-24825.html> [Nedlastet: 11 16, 2012]

Vedlegg

A. Intervjuguide

Introduksjon til intervjuet

Vi, Knut Aamli Sundtjønn og Jan Rydén Ormseth, går det siste året av vår femårige siviløkonomutdannelse ved Norges Handelshøyskole i Bergen, med spesialisering innen økonomisk styring. Dette og tilsvarende intervjuer, vil sammen med tilgjengelig helsedata danne grunnlaget for vår masteroppgave.

Vår masteroppgave handler om hvordan de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen virker og implikasjonene de har for Oslo kommune. Disse to insentivene er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

I denne samtalen ønsker vi å rette fokus mot hvordan samhandlingsreformen, og spesielt de to nevnte insentivene, har påvirket deg, ditt ansvarsområde og din bydel/sykehus/etat.

Med ditt samtykke, ønsker vi å ta opp denne samtalen. Dette ønsket er begrunnet i å sikre en mest mulig korrekt gjengivelse av samtalen, slik at dine uttalelser ikke mistolkes eller gjengis på feil måte. Den endelige utgaven av oppgaven vil på sikt bli offentlig publisert, hvor ett eksemplar vil bli lagret på Handelshøyskolens bibliotek og en elektronisk utgave tilgjengeliggjøres i bibliotekdatabasen. Alle kilder vil bli anonymisert, og dine betraktninger vil ikke bli videreformidlet dersom ikke annet ønskes av deg. Kan vi ta opp denne samtalen?

Det er satt av en time til intervjuet, men faktisk lengde vil avhenge av dine svar og ønsker. Har du noen spørsmål før vi begynner?

Intervjuet

Introduksjon

1. Kan du fortelle kort om din stilling?
 - a. Hva er din befatning med samhandlingsreformen?
 - b. Hvordan har arbeidshverdagen din endret seg som følge av reformen?

Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Fra og med 1.1.12 må bydelen betale for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Tidligere har bydelene i Oslo hatt syv såkalte "karensdager" før denne betalingsplikten har slått inn. Satsen er i tillegg endret fra 2000,- til 4000,- per døgn.

2. Hvordan har dette påvirket deg og ditt ansvarsområde?
 - a. Har antall liggedøgn i sykehus nå endret seg? I så fall hvorfor?
 - b. Har antall utskrivningsklare pasienter endret seg? I så fall hvorfor?
 - c. Har fokuset i bydelen(e) på å hente ut utskrivningsklare pasienter endret seg?
 - d. Virker dette totalt sett som et sterkt insentiv for dere?
 - e. Virker det som et insentiv til å forebygge mer i og med at det da potensielt blir færre utskrevne pasienter?

3. Hvordan harmoniserer de økte (reduerte) bevilgningene med den endrede aktiviteten som følger av omleggingen?
 - a. BYDEL: Brukes mer/mindre/tilsvarende midler til å dekke kostnadene for utskrivningsklare pasienter?
 - b. SYKEHUS: Hvilke strukturelle og praktiske endringer har blitt foretatt?

4. Har antall reinnleggelser endret seg som følge av den endrede betalingsordningen?

5. Basert på tall vi har sett virker liggetiden for somatiske pasienter på sykehus å ha gått kraftig ned hos alle bydelene. Opplever dere noen problemer som følge av det økte tempoet rundt utskrivning?

6. Hvordan vil du si kvaliteten til en gjennomsnittlig pasient har endret seg?
 - a. Er pasientene i samme helsetilstand som før når bydelene mottar de?
Dersom det er endringer i helsetilstanden...
 - b. Har bydelene tilstrekkelig kompetanse til å ta de imot?
 - c. Er det spesielle pasientgrupper som får bedre/reduert helsetilbud?

7. Det er opprettet en tvistemålsnemnd for behandling av saker hvor bydel og sykehus ikke er enige om hvorvidt en pasient kan defineres som utskrivningsklar eller ikke. Hvordan oppfattes denne ordningen og benytter dere denne?

- a. Det står i samhandlingsreformen at det skal være likeverdige parter. Føler du at det er tilfellet?
8. Har ordningen medført noen vridningseffekter?
 - a. Eksempel fra Ski kommune, som har ledig kapasitet av korttidsplasser for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, noe som har økt ventetiden og redusert tilgjengeligheten på sykehjemsplasser for hjemmeværende med behov for et slikt tilbud. Har dere lignende eksempler, eller andre vridningseffekter?
9. Har det vært noen endring vedrørende utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern?
 - a. Endring i liggedøgn?
 - b. Endring i antall utskrevne pasienter?
 - c. Hvordan kan en slik nedgang/oppgang forklares?

Kommunal medfinansiering av spesialhelsetjenesten

Fra og med 1.1.12 skal kommunen betale 20 % av kostnadene for egne innbyggers bruk av spesialhelsetjenesten. For å dekke dette vil kommunene få overført et beløp som tidligere tilfalt de regionale helseforetakene. I Oslo kommune overføres ikke disse midlene til bydelene, men forvaltes sentralt i kommunen.

10. Hvilke endringer har skjedd i hos dere* som følger av dette?

*dere = Sykehus/kommune/bydel

11. En av tankene bak ordningen er at kommunene/bydelene nå skal bry seg mer om hva som foregår i spesialisthelsetjenesten. Opplever du at det har blitt et økt fokus på dette?
12. Anser du dette som et sterkt insentiv for kommunen/bydelen til å prioritere forebygging og dermed begrense antall innleggelser til spesialisthelsetjenesten?

-
13. Hvilke tiltak har dere iverksatt med hensyn til forebygging som følge av omleggingen?
14. Sett at disse midlene blir overført til bydelene, istedenfor at midlene forvaltes sentralt..
- Vil dette gi bydelene større mulighet til å forebygge og begrense sykdom, og dermed bruk av spesialhelsetjenesten?
 - Dersom regnstykket skal lønne seg for bydelen/kommunen økonomisk, må det forebyggende tiltaket være rimeligere enn 20 % av pasientens kostnad ved å være innlagt på sykehuset og eventuelle tjenester bydelen må tilby etter sykehusoppholdet. Er det troverdig at det vil lønne seg for bydelene å investere ytterligere i forebygging for bydelene?
15. Kommunal medfinansiering skal også gi insentiver til å behandle lokalt på et lavere nivå enn i spesialisthelsetjenesten i sykdomstilfeller der dette kan være aktuelt.
- Hvilke tiltak settes i verk for å kunne klare dette? Samhandlingsarena Aker?
 - Tror du dette, i tillegg til forebygging, kan være billigere enn å betale 20 % av regninga i spesialisthelsetjenesten?
Hvis ikke...
 - Har dere da noe insentiv til å opprette slike tilbud?
16. Kommunal medfinansiering gjelder kun utvalgte DRGer. Vil dette gjøre at kommunene neglisjerer forebygging av sykdomstilfeller som faller utenfor de berammede DRGene?
17. Ettersom det er usikkerhet knyttet til fremtidige innleggelser og kostnader omkring dette, kan kommunal medfinansiering medføre en økt risiko for kommunene.
- Hva er dine tanker omkring denne risikoen?
 - Er den potensielle gevinsten større enn den økte risikoen?

Generelt om de to insentivene

18. Har samhandlingsreformen medført økt grad av samarbeid mellom bydel og helseforetak?
Dersom ja...
- Har samarbeidet kommet som følge av én av de to insentivene eller begge?
 - Tror du samarbeidet ville kommet uavhengig av reformens tilstedeværelse?
 - Er samarbeidet pålagt av reformen, eller er avtalene inngått på frivillig basis?
19. Har dere engasjert dere i interkommunalt samarbeid, eller samarbeid på tvers av bydelene, som dere ikke ville ha gjort dersom reformen ikke var tilstede?
20. Hva er dine tanker om økt lønnsomhetstenkning innen helsesektoren?
21. Samhandlingsreformen skal bidra til å bremse veksten i helseutgiftene fremover. Tror du de to insentivene og virkningene av dem vil være med på å sikre en mer bærekraftig utvikling av helsesektoren?
22. Hva er dine tanker om økt bruk av økonomiske insentiver i kommunen?

Siste spørsmål...

23. Hva synes du om reformen generelt? Hva er du fornøyd med, hva kan potensielt forbedres og/eller hva synes du burde vært inkludert/ekskludert fra ordningen?

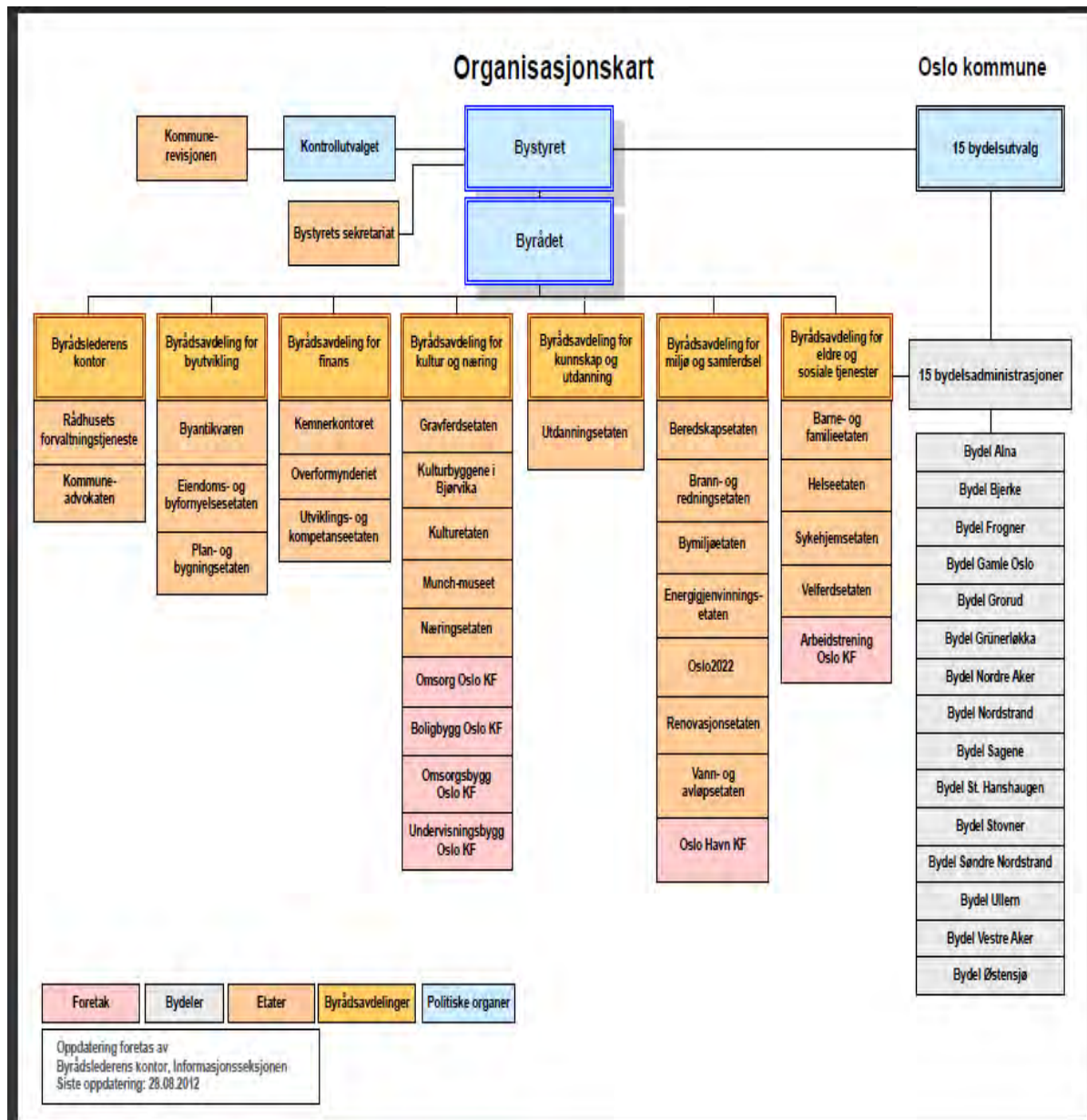
Avslutning av intervjuet

Da har ikke vi flere spørsmål. Har du gjort deg noen betraktninger omkring reformen som ikke har kommet fram under intervjuet, eller har du noen andre spørsmål før vi avslutter?

Intervjuene vi foretar vil benyttes i analysedelen av vår oppgave. Ønsker du å få tilsendt de utdragene fra denne samtalen som vi ønsker å benytte i oppgaven for å godkjenne at informasjonen fra samtalen gjengis korrekt?

Til slutt vil vi takke for at du tok deg tid til å snakke med oss.

B. Organisasjonskart for Oslo Kommune (Oslo kommune, 2012c)



C. Kriteriesett for FO3 (Byrådsavdeling for finans, 2012)

FO3 Pleie og omsorg	Kriterie- andel	Vekt	Kostnads- nøkkel
Andel hjelpestønadsmottakere 0-17 år, forhøyet sats (2-4) 1.1.2011	5,798	0,035	0,203
Andel personer 18-49 år 1.1.2011	8,963	0,065	0,583
Andel personer 50-66 år * Dødelighetsindeks 1.1.2011	8,366	0,070	0,586
Andel utviklingshemmede (16+ år) og ikke utviklingshemmede brukere (fra statlig kompensasjonsordning for ressurskrevende tjenester) 1.1.2011	4,147	0,180	0,746
Andel ikke-gifte personer 67-79 justert 1.1.2011	4,847	0,010	0,048
Andel personer 67-79 år justert * Dødelighetsindeks 1.1.2011	5,664	0,020	0,113
Andel personer 67-79 år justert * Lavutdanningsindeks 1.1.2011	5,842	0,100	0,584
Andel personer 80-89 år justert 1.1.2011	3,188	0,060	0,191
Andel ikke-gifte personer 80-89 år justert 1.1.2011	3,890	0,220	0,856
Andel personer 90+ år justert 1.1.2011	4,513	0,190	0,858
Andel uføretrygdede 18-66 år 1.1.2011	7,606	0,040	0,304
Andel personer 70+ år i bolig med dårlig sanitærstandard - FOB 2001 2)	5,974	0,010	0,060
Sum		1,000	5,132

1) * betyr multiplisert med

2) Folke- og boligtellingsen 2001