



Kommunal medfinansiering: spøk eller velsignelse?

*Hva kjennetegner kommuner som har implementert tiltak
motivert av kommunal medfinansiering?*

Niels Jakob Erlingsson

Veileder: Kari Nyland

Masterutredning i økonomisk styring

Økonomi og administrasjon

ved

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Kostnadsstrukturen i tiltak motivert av kommunal medfinansiering hindrer små kommuner i å etablere selvstendige tilbud som skal redusere sykehusinnleggelser og forbedre den generelle folkehelse. Dette har derimot mindre kommuner løst i stor grad ved interkommunale samarbeid med andre kommuner i tilsvarende posisjon.

Denne utredningen gjør rede for hva som kjennetegner kommuner som har implementert tiltak motivert av kommunal medfinansiering. Kommunal medfinansiering er ett av to økonomiske insentiv i Samhandlingsreformen og er ment å forbedre norsk helsesektor og møte de fremtidige utfordringer den demografiske utviklingen bringer. Kommunal medfinansiering pålegger kommunene et medfinansieringsansvar de tidligere har vært unntatt for, som skal gi kommunene insentiver til å jobbe mot de utfordringer som nevnt ovenfor. Dette skal gjøres ved hjelp av to tiltak; Øyeblikkelig-hjelp tilbud og økt fokus på helseforebyggende tiltak.

Masterutredningen tar utgangspunkt i endringsledelse og analyserer kommunenes implementering av tiltak etter denne teorien. Det presenteres en rekke funn som skal belyse dette. Resultater fra utredningen viser at respondentene fra kommunene hadde en svært varierende oppfatning av sine kommuners behov for endring. Dette endringsbehovet har ingen klar sammenheng med kommunenes implementering av tiltak. Utredningen peker på at majoriteten av kommunene prioriterte kommunal medfinansiering. Kommunenes størrelse eller økonomiske situasjon påvirket ikke kommunenes evne til å prioritere kommunal medfinansiering, det vil si at kommunene kan prioritere kommunal medfinansiering på like vilkår. Det vises derimot til at en aktiv prioritering på kommunal medfinansiering i tidlig fase har en positiv effekt på aktiv implementering av helseforebyggende tiltak.

Det vises til at kommunene i stor grad har implementert Øyeblikkelig-hjelp avdeling, mens fokus på helseforebyggende tiltak har vært nedprioritert. Mindre kommuner har vært avhengige av interkommunale samarbeid for å kunne etablere Øyeblikkelig-hjelp avdeling. Kun de aller største kommunene har midler til rådighet til å kunne drive aktivt med begge disse tiltakene. Avslutningsvis vises det resultater som tilsier at kommunenes tilgang på effektiv styringsinformasjon har vært for begrenset. Dette kan hindre kommunene i å kunne ta optimale beslutninger som høster størst fremtidig gevinst.

Forord

Denne utredningen er et selvstendig arbeid innen hovedprofilen økonomisk styring. Den markerer en slutt på masterstudium i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole(NHH).

Kommunal medfinansiering har måttet tåle hard kritikk fra flere hold etter Samhandlingreformens inntreden i januar 2012. Ved slutten av arbeidet med denne utredningen ble det kjent at regjeringen vil avvikle denne delen av reformen fra og med 2015 grunnet høy økonomisk risiko for kommunene. Jeg håper at denne utredningen kan være til nytte for å belyse hvilke forutsetninger kommunene har hatt til å tilpasse seg kommunal medfinansiering og de tiltak den skal motivere til.

Denne utredningen hadde ikke vært mulig uten deltakelse fra ansatte innen kommunehelsetjenesten fra flere kommuner i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Jeg vil derfor rette en stor takk til alle de som har stilt til dybdeintervju og besvart på min spørreundersøkelse.

Jeg vil rette en spesiell takk til veileder Kari Nyland som har bidratt med gode innspill og råd under hele prosessen. Jeg vil også takke Tor-Eirik Olsen ved Handelshøyskolen i Trondheim for god hjelp med den statistiske analysen av denne utredningen.

Bergen, juni 2014

Niels Jakob Erlingsson

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. MOTIVASJON OG PROBLEMSTILLING	8
2. BEREPSAVKLARING OG AVGRENSNING	10
2.1 SAMHANDLINGSREFORMEN	10
2.2 KOMMUNAL MEDFINANSIERING	11
2.2.1 <i>Implementering av tiltak</i>	12
2.3 AVGRENSNING	13
3. BEREPSAVKLARING OG AVGRENSNING	14
3.1 SAMHANDLINGSREFORMEN	14
3.2 KOMMUNAL MEDFINANSIERING	15
3.2.1 <i>Implementering av tiltak</i>	16
3.3 AVGRENSNING	17
4. TEORI	18
4.1 ENDRINGSLEDELSE	18
4.1.1 <i>Organisasjonsendring</i>	18
4.1.2 <i>Endringer i offentlig sektor</i>	19
4.1.3 <i>Hva er en vellykket endringsprosess?</i>	20
4.2 ØKONOMISK STYRING OG ENDRINGSPROSESSER I HELSETJENESTEN	30
4.2.1 <i>Utfordringer ved endringer i helsesektoren</i>	32
4.3 KONTEKSTUELLE HINDRINGER FOR ENDRING	34
4.3.1 <i>Kostnadsstrukturer som hindring for endring</i>	34
4.3.2 <i>Kommunal økonomi som hindring for endring</i>	36
4.3.3 <i>Kompetanse som hindring for endring</i>	37
5. METODE	38

5.1	METODE FOR DATAINNSAMLING.....	38
5.1.1	<i>Kvantitativ metode</i>	38
5.1.2	<i>Kvalitativ metode</i>	38
5.1.3	<i>Primær- og sekundærdata</i>	39
5.2	VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	40
5.2.1	<i>Datainnsamling til pilotundersøkelse: Kvalitative primærdata</i>	40
5.2.2	<i>Datainnsamling til videre forskning: Kvantitative primærdata</i>	42
5.2.3	<i>Datainnsamling til videre forskning: Kvantitative sekundærdata</i>	43
5.2.4	<i>Variabler i kvantitativ regresjonsanalyse</i>	44
5.3	EVALUERING AV METODISKE VALG.....	45
5.3.1	<i>Pålitelighet(reliabilitet)</i>	45
5.3.2	<i>Troverdighet(intern validitet)</i>	45
5.3.3	<i>Overførbarhet(ekstern validitet)</i>	46
5.3.4	<i>Bekreftbarhet(objektivitet)</i>	46
5.3.5	<i>Etiske vurderinger</i>	47
6.	EMPIRI	49
6.1	PILOTUNDERSØKELSE I TO KOMMUNER – OVERSETTELSE AV KOTTER TIL CASE.....	49
6.1.1	<i>Se behovet for endring</i>	51
6.1.2	<i>Prioritering av ressurser til kommunal medfinansiering</i>	55
6.1.3	<i>Fjerne hindringer</i>	57
6.2	KVANTITATIV SPØRREUNDERSØKELSE.....	61
6.2.1	<i>Forskningsspørsmål 1: Har kommunene opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud?</i>	61
6.2.2	<i>Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad har kommunene økt sitt fokus på helseforebyggende tiltak?</i> 64	
6.2.3	<i>Forskningsspørsmål 3: I hvilken grad ser kommunene behovet for endring?</i>	66

6.2.4	<i>Forskningsspørsmål 4: Er det sammenheng mellom erkjennelse for endring og vellykket endringsprosess?</i>	68
6.2.5	<i>Forskningsspørsmål 5: Er det sammenheng mellom kommunenes størrelse og prioritering av kommunal medfinansiering?</i>	70
6.2.6	<i>Forskningsspørsmål 6: Er det sammenheng mellom kommunenes økonomiske situasjon og prioritering av kommunal medfinansiering?</i>	71
6.2.7	<i>Forskningsspørsmål 7: Er det sammenheng mellom prioritering av kommunal medfinansiering og en vellykket endringsprosess?</i>	72
6.2.8	<i>Forskningsspørsmål 8: I hvilken grad oppleves ressurser som hindring for etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering?</i>	73
6.2.9	<i>Forskningsspørsmål 9: Oppleves stordriftsfordeler som en hindring for mindre kommuner i opprettele av Øyeblikkelig-hjelp tilbud?</i>	74
6.2.10	<i>Forskningsspørsmål 10: I hvilken grad oppleves kunnskap som hindring for etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering?</i>	76
7.	ANALYSE	82
7.1	FUNN 1: KOMMUNENE TILDELER SINE RESSURSER TIL ØYEBLICKELIG-HJELP TILBUD.....	82
7.2	FUNN 2: BEGRENSET VEKST I HELSEFOREBYGGENDE TILTAK	83
7.3	FUNN 3: OPPFATNINGEN AV ENDRINGSBEHOV SVÆRT VARIERENDE.....	83
7.4	FUNN 4: ERKJENNELSE AV ENDRINGSBEHOV HAR INGEN KLAR SAMMENHENG MED ETABLERING AV TILTAK	84
7.5	FUNN 5: STORE OG SMÅ KOMMUNER JEVNBYRDIGE I PRIORITERING AV KOMMUNAL MEDFINANSIERING 85	
7.6	FUNN 6: ØKONOMISK STABILITET IKKE AVGJØRENDE FOR PRIORITERING AV KOMMUNAL MEDFINANSIERING	86
7.7	FUNN 7: PRIORITERING AV KOMMUNAL MEDFINANSIERING HAR POSITIV EFFEKT PÅ HELSEFOREBYGGENDE TILTAK.....	87
7.8	FUNN 8: RESSURSSVAKE KOMMUNER PRIORITERER IKKE HELSEFOREBYGGENDE TILTAK	87
7.9	FUNN 9: MINDRE KOMMUNER AVHENGIG AV INTERKOMMUNALT SAMARBEID.....	89
7.10	FUNN 10: INEFFEKTIV TILGANG PÅ LØNNSOM STYRINGSINFORMASJON	91

7.11	REGRESJONSANALYSE	92
8.	AVSLUTNING	95
8.1	KONKLUSJON	95
8.2	UTREDNINGENS BEGRENSNINGER	96
8.3	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	96
	LITTERATURLISTE	98
	VEDLEGG.....	102

1. Motivasjon og problemstilling

“Ett år etter samhandlingsreformen kom på plass: 21 kommuner i Hordaland mangler til sammen 25 millioner kroner for å betale gildet.”

(Bergens Tidende, 11.01.2013)

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 etter nærmere 3 års forberedelser. Reformen har som målsetning å effektivisere og koordinere pasientens helsetilbud ved å pålegge kommunene en del av ansvaret for pasientens sykdomsfase. Spesialisthelsetjenesten vil da få frigjort ressurser som kan brukes til verdiskapende aktiviteter. Dette vil øke sykehusenes effektivitet og har potensial til å redusere ventelistene, øke pasientstrømmen og redusere antall “korridor-pasienter”(Helsedirektoratet, 2011).

I tillegg til å effektivisere helsesektoren har Samhandlingsreformen som mål å forbedre folkehelsen. Helse og omsorgssektoren fokuserer for lite på forebygging og begrenning av sykdom, mener regjeringen(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Målrettet fokusering på forebygging skal begrense det store ansvaret den demografiske utviklingen bærer med seg i årene som kommer.

Kommunal medfinansiering er ett av to økonomiske insentiv i Samhandlingsreformen og er et middel for å nå disse målene nevnt ovenfor. Insentivet innebærer at kommunene skal finansiere 20 % av kostnadene forbundet med innbyggernes sykehusinnleggelser, med et tak på 30.000 kroner for mer krevende sykehusinnleggelser(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Dette skal motivere kommunene til å redusere sykehusinnleggelser ved hjelp av tiltak som gir både langsiktig og kortsiktig gevinst.

Realiteten er at kommunal medfinansiering er blitt en økonomisk belastning for flere kommuner. 64 % av alle kommuner i Norge måtte betale mer for innbyggernes sykehusinnleggelser enn det de fikk i støtte fra staten i 2012(Kommunesektorens organisasjon, 2013). Av disse kommunene var det 58 kommuner som måtte betale mer enn 200 kroner per innbygger for kommunens sykehustjenester. For en gjennomsnittskommune utgjør dette en ekstra utgift på 2,5 millioner eller mer. Ifølge Valestrand(2013) kommer kommunene i Hordaland spesielt skjevt ut.

I denne masterutredningen vil jeg finne ut hvilke utfordringer kommunene møter på ved implementering og hvilke forutsetninger de ulike kommunene har for å gjennomføre de tiltak som reformen skal motivere til. Jeg skal se på om disse tiltakene har blitt iverksatt av kommunene halvannet år etter reformens inntreden.

Ved vellykket implementering av tiltakene motivert av kommunal medfinansiering kan kommunene oppnå store gevinster i form av fremtidige kostnadsbesparelser. Jeg vil se på om kommunene er klar over eget potensial til å forbedre den generelle folkehelse og oppnå fremtidige gevinster. Klarer kommunene å avsette nok ressurser til å prioritere implementeringen av kommunal medfinansiering og de tiltakene den skal motivere til?

Jeg vil se på om kommunene opplever hindringer ved iverksetting av disse tiltakene, eller om de har forutsetninger til å iverksette disse smertefritt. Klarer en budsjettreven organisasjon å avsette nok midler til å starte opp en Øyeblikkelig-hjelp avdeling? Har kommunen tilstrekkelig kunnskap til å iverksette lønnsomme tiltak som skal forbedre innbyggernes helse?

I en pressemelding fra Senterpartiet hevder Trygve Vedum at små kommuner vil greie de nye utfordringene minst like bra som de store kommunene (Senterpartiet, årstall ukjent). Stemmer dette? Evner små kommuner å takle de nye utfordringene like bra som store kommuner med bedre samarbeid og samhandling eller er kostnadene for ulike tiltak reformen skal motivere til for dyre for små kommuner?

På bakgrunn av denne diskusjonen stiller jeg følgende problemstilling:

”Hva kjennetegner kommuner som har implementert tiltak motivert av kommunal medfinansiering?”

Denne problemstillingen er med andre ord ment å undersøke om det finnes sammenheng mellom de kommuner som har klart å iverksette disse tiltakene. Eventuelle sammenhenger vil bli forsøkt forklart gjennom deskriptiv analyse i tillegg til en avsluttende regresjonsanalyse.

Under denne masterutredningen har jeg vært avhengig av samarbeid med ansatte i flere kommuner i Norge. Jeg håper å kunne gi nyttig informasjon tilbake og at resultatene kan bli til læring og nytte for flere aktører innen helsesektoren.

2. Berepsavklaring og avgrensning

2.1 Samhandlingsreformen

Som navnet på reformen tilsier skal Samhandlingsreformen øke samhandlingen og koordineringen mellom de ulike aktørene i helsetjenesten. Reformen skal effektivisere driften av helsetjenesten slik at helsesektoren skal få mer ut av hver krone den blir tildelt gjennom statsbudsjettet hvert år. Samhandlingsreformen peker på forbedringstiltak innen helsesektoren som skal effektivisere driften slik at den skal bli bedre rustet til å ta i mot de utfordringer den demografiske utviklingen i Norge vil føre med seg i årene som kommer.

Regjeringen pekte ut tre utfordringer helsesektoren står ovenfor i sin stortingsmelding nr 47, 2008-2009 da de introduserte Samhandlingsreformen. Disse utfordringene var følgende:

Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester

Det pekes på at tjenestene gitt av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er for fragmenterte. Pasienten har derimot behov for mer koordinerte tjenester. Regjeringen mener at et felles mål for tjenesten vil øke koordineringen av tjenestene og dermed øke ressursbrukens effektivitet. Dette gjøres ved at en større andel av ansvaret for pasientenes sykdomsfase og rehabiliteringsfase blir forskjøvet til kommunene. Dette ansvaret innebærer standardiserte oppgaver som ikke krever spesialisthelsetjenestens spesialiserte kunnskap. Sykehusene kan da fokusere på sin kjernevirksomhet samtidig som pasienten kan pleies i sin hjemkommune. Dette vil kunne gi pasienten et bedre helsetilbud samtidig som ressursene i helsesektoren utnyttes på en mer effektiv måte.

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

Regjeringen erkjenner at helsetjenesten har for lite fokus på forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Behandling av sykdommer og senkomplikasjoner blir tildelt mest ressurser mens forebygging blir nedprioritert. Reformen skal ta tak i dette ved at kommunene blir gitt insentiver til å forbedre innbyggernes folkehelse. Kommunene skal motiveres til å drive med aktiv forebygging som skal gi en langsiktig effekt på innbyggernes helse og dermed redusere kommunenes forbruk av sykehus tjenester.

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

Den demografiske utviklingen går mot at gjennomsnittsalderen i befolkningen blir høyere og en større andel av befolkningen kommer til å være eldre og pensjonerte. En mindre andel yrkesaktive må finansiere en større andel eldre og pensjonerte sammenlignet med dagens samfunn. Det vil gi velferdsstaten utfordringer i forhold til å bevare de velferdsordningene Norge byr på i dag. Økt samhandling og koordinering vil være essensielt for å kunne stå i mot de utfordringer som denne utviklingen bringer.

Regjeringen beskriver flere hovedgrep som skal gjøres for å kunne møte utfordringene beskrevet ovenfor og skape et felles mål for aktørene innen helsesektoren. Disse er klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og tilretteleggelse for tydeligere prioriteringer. Disse tiltakene skal øke samhandlingen og koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i større grad bruke sine ressurser på sine spesialiserte tjenester som vil føre til at flere oppgaver blir forskjøvet til kommunehelsetjenesten.

I denne utredningen fokuseres det på kommunal medfinansiering som er det ene av to økonomiske insentiver som ble pålagt kommunene ved Samhandlingsreformen.

2.2 Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene skal betale 20 % av innbyggernes forbruk av tjenester i somatiske sykehusavdelinger og poliklinikker. En rekke tjenester er derimot ikke inkludert i denne beregningen. Disse er kirurgiske inngrep, behandling med biologiske legemidler, fødsler og behandling av nyfødte(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Tjenestene prises ut ifra et DRG-system(**D**iagnose**R**elaterte **G**rupeer) som er ment å prise behandlinger ut ifra deres ressursbruk.

Kommunene får støtte for kommunal medfinansiering fra staten via rammetilskuddet hvert år. Dette tilskuddet blir vektet ut ifra flere variabler, blant annet kommunestørrelse og antall eldre i kommunen. Dette er gjort for at tilskuddet kommunene får skal korrelere best mulig med kommunenes forbruk av sykehustjenester(Kommunal- og

moderniseringsdepartementet, 2011). Et normalt forbruk av sykehustjenester ut ifra disse variablene vil da bli dekket av støtten kommunene får og kommunal medfinansiering vil dermed være fullfinansiert for kommunene.

2.2.1 Implementering av tiltak

Kommunal medfinansiering gir kommunene et insentiv til å redusere forbruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten. En aktiv prioritering vil kunne gi fremtidige gevinster som kan styrke andre av kommunens tilbud ved at tilskuddet fra staten overgår kommunens forbruk av sykehustjenester.

Forbruket av sykehustjenester som kommunene skal medfinansiere kan reduseres ved hjelp av to tiltak. Disse tiltakene, som er beskrevet nedenfor, skal gi en kortsiktig og langsiktig gevinst som skal bidra til å nå Samhandlingsreformens målsetninger som nevnt ovenfor.

Et av tiltakene som kommunal medfinansiering er ment å motivere til er etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Tilbudet, som er lovpålagt fra 1. januar 2016, skal gi kommunenes innbyggere et tjenestetilbud i kommunen på mindre ressurskrevende behandlinger. Tjenestene, som kan gis av kommunenes egne leger og sykepleiere, skal redusere forbruket av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Dette vil redusere kommunenes utgifter til spesialisthelsetjenesten samtidig som sykehusene får frigjort kapasitet som kan tildeles mer ressurskrevende behandlinger som ofte preges av lange ventetider.

Det andre tiltaket som kommunal medfinansiering skal gi insentiv til er helseforebyggende tiltak. Forebygging på innbyggernes helsetilstand skal gi en langsiktig effekt på kommunens forbruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten. En sentral del av dette aspektet er oppstart av frisklivssentraler i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Disse frisklivssentralene tilbyr varierte tilbud for forbedret folkehelse der frisklivssamtaler, fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og røykeslutt står sentralt.

En suksessfull implementering av tiltakene motivert av kommunal medfinansiering er i denne utredningen definert som etablering av et selvstendig eller interkommunalt Øyeblikkelig-hjelp tilbud og et aktivt fokus på helseforebyggende tiltak.

En interkommunal Øyeblikkelig-hjelp avdeling innebærer et samarbeid mellom flere kommuner på dette tilbudet. En kommune tar på seg ansvaret som vertskommune der avdelingen blir lokalisert. Alle kommunene i dette interkommunale samarbeidet vil kunne

tilby tjenester på denne avdelingen til sine innbyggere.

2.3 Avgrensning

Samhandlingsreformen består av to økonomiske insentiv, kommunal medfinansiering og insentiv som omhandler utskrivningsklare pasienter. Begge disse tiltakene er ment å bidra til å oppnå de målsetningene som Samhandlingsreformen setter. Denne utredningen avgrensner seg derimot til kun å omhandle insentivet om kommunal medfinansiering.

Populasjonen i min undersøkelse avgrenses til å gjelde for kommunene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Funnene gjort i denne utredningen kan derfor kun generaliseres til å gjelde for kommunene i disse tre fylkene. Denne avgrensningen ble gjort på grunn av at dette er et individuelt arbeid med en fastsatt, begrenset tidsramme.

3. Berepsavklaring og avgrensning

3.1 Samhandlingsreformen

Som navnet på reformen tilsier skal Samhandlingsreformen øke samhandlingen og koordineringen mellom de ulike aktørene i helsetjenesten. Reformen skal effektivisere driften av helsetjenesten slik at helsesektoren skal få mer ut av hver krone den blir tildelt gjennom statsbudsjettet hvert år. Samhandlingsreformen peker på forbedringstiltak innen sektoren som skal effektivisere driften slik at helsesektoren skal bli bedre rustet til å ta i mot de utfordringer den demografiske utviklingen i Norge vil føre med seg i årene som kommer.

Regjeringen pekte ut tre utfordringer helsesektoren står ovenfor i sin stortingsmelding nr 47, 2008-2009 da de introduserte Samhandlingsreformen. Disse utfordringene var følgende:

Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester

Det pekes på at tjenestene gitt av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er for fragmenterte. Pasienten har derimot behov for mer koordinerte tjenester. Regjeringen mener at et felles mål for tjenesten vil øke koordineringen av tjenestene og dermed øke ressursbrukens effektivitet. Dette gjøres ved at en større andel av ansvaret for pasientenes sykdomsfase og rehabiliteringsfase blir forskjøvet til kommunene. Dette ansvaret innebærer standardiserte oppgaver som ikke krever spesialisthelsetjenestens spesialiserte kunnskap. Sykehusene kan da fokusere på sin kjernevirksomhet samtidig som pasienten kan pleies i sin hjemkommune. Dette vil kunne gi pasienten et bedre helsetilbud samtidig som ressursene i helsesektoren utnyttes på en mer effektiv måte.

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

Regjeringen erkjenner at helsetjenesten har for lite fokus på forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Behandling av sykdommer og senkomplikasjoner blir tildelt mest ressurser mens forebygging blir nedprioritert. Reformen skal ta tak i dette ved at kommunene blir gitt insentiver til å forbedre innbyggernes folkehelse. Kommunene skal motiveres til å drive med aktiv forebygging som skal gi en langsiktig effekt på innbyggernes helse og dermed redusere kommunenes forbruk av sykehus tjenester.

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

Den demografiske utviklingen går mot at gjennomsnittsalderen i befolkningen blir høyere og en større andel av befolkningen kommer til å være eldre og pensjonerte. En mindre andel yrkesaktive må finansiere en større andel eldre og pensjonerte sammenlignet med dagens samfunn. Det vil gi velferdsstaten utfordringer i forhold til å bevare de velferdsordningene Norge byr på i dag. Økt samhandling og koordinering vil være essensielt for å kunne stå i mot de utfordringer som denne utviklingen bringer.

Regjeringen beskrev flere hovedgrep som skal gjøres for å kunne svare på utfordringene beskrevet ovenfor og skape et felles mål for aktørene innen helsesektoren. Disse er klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og tilretteleggelse for tydeligere prioriteringer. Disse tiltakene skal øke samhandlingen og koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i større grad bruke sine ressurser på sine spesialiserte tjenester som vil føre til at flere oppgaver blir forskjøvet til kommunehelsetjenesten.

I denne utredningen fokuseres det på kommunal medfinansiering som er det ene av to økonomiske insentiver som ble pålagt kommunene ved Samhandlingsreformen.

3.2 Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene skal betale 20 % av innbyggernes forbruk av tjenester i somatiske sykehusavdelinger og poliklinikker. En rekke tjenester er derimot ikke inkludert i denne beregningen. Disse er kirurgiske inngrep, behandling med biologiske legemidler, fødsler og behandling av nyfødte(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Tjenestene prises ut ifra et DRG-system(**D**iagnose**R**elaterte **G**rupeer) som er ment å prise behandlinger ut ifra deres ressursbruk.

Kommunene får støtte for kommunal medfinansiering fra staten via rammetilskuddet hvert år. Dette tilskuddet blir vektet ut ifra flere variabler, blant annet kommunestørrelse og antall eldre i kommunen. Dette er gjort for at tilskuddet kommunene får skal korrelere best mulig med kommunenes forbruk av sykehustjenester(Kommunal- og

moderniseringsdepartementet, 2011). Et normalt forbruk av sykehustjenester ut ifra disse variablene vil da bli dekket av støtten kommunene får og kommunal medfinansiering vil dermed være fullfinansiert for kommunene.

3.2.1 Implementering av tiltak

Kommunal medfinansiering gir kommunene et insentiv til å redusere forbruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten. En aktiv prioritering vil kunne gi fremtidige gevinster som kan styrke andre av kommunens tilbud ved at tilskuddet fra staten overgår kommunens forbruk av sykehustjenester.

Forbruket av sykehustjenester som kommunene skal medfinansiere kan reduseres ved hjelp av to tiltak. Disse tiltakene, som er beskrevet nedenfor, skal gi en kortsiktig og langsiktig gevinst som skal bidra til å nå Samhandlingsreformens målsetninger som nevnt ovenfor.

Et av tiltakene som kommunal medfinansiering er ment å motivere til er etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Tilbudet, som er lovpålagt fra 1. januar 2016, skal gi kommunenes innbyggere et tjenestetilbud i kommunen på mindre ressurskrevende behandlinger. Tjenestene, som kan gis av kommunenes egne leger og sykepleiere, skal redusere forbruket av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Dette vil redusere kommunenes utgifter til spesialisthelsetjenesten samtidig som sykehusene får frigjort kapasitet som kan tildeles mer ressurskrevende behandlinger som ofte preges av lange ventetider.

Det andre tiltaket som kommunal medfinansiering skal gi insentiv til er helseforebyggende tiltak. Forebygging på innbyggernes helsetilstand skal gi en langsiktig effekt på kommunens forbruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten. En sentral del av dette aspektet er oppstart av frisklivssentraler i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Disse frisklivssentralene tilbyr varierte tilbud for forbedret folkehelse der frisklivssamtaler, fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og røykeslutt står sentralt.

En suksessfull implementering av tiltakene motivert av kommunal medfinansiering er i denne utredningen definert som etablering av et selvstendig eller interkommunalt Øyeblikkelig-hjelp tilbud og et aktivt fokus på helseforebyggende tiltak.

En interkommunal Øyeblikkelig-hjelp avdeling innebærer et samarbeid mellom flere kommuner på dette tilbudet. En kommune tar på seg ansvaret som vertskommune der avdelingen blir lokalisert. Alle kommunene i dette interkommunale samarbeidet vil kunne

tilby tjenester på denne avdelingen til sine innbyggere.

3.3 Avgrensning

Samhandlingsreformen består av to økonomiske insentiv, kommunal medfinansiering og insentiv som omhandler utskrivningsklare pasienter. Begge disse tiltakene er ment å bidra til å oppnå de målsetningene som Samhandlingsreformen setter. Denne utredningen avgrensner seg derimot til kun å omhandle insentivet om kommunal medfinansiering.

Populasjonen i min undersøkelse avgrenses til å gjelde for kommunene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Funnene gjort i denne utredningen kan derfor kun generaliseres til å gjelde for kommunene i disse tre fylkene. Denne avgrensningen ble gjort på grunn av at dette er et individuelt arbeid med en fastsatt, begrenset tidsramme.

4. Teori

Denne teoridelen er todelt. Første delen omhandler endringsledelse, spesielt implementering av endring. Kommunal medfinansiering innebærer en stor endring for kommunene som krever en stor omstilling for å få til en vellykket implementering av denne delen av reformen. Jeg vil ta utgangspunkt i en åtte-stegsmodell fra Kotter(1996) for å forklare en vellykket implementering av endring. Andre del av teoripresentasjonen omhandler økonomisk styring og endringsledelse i helsesektoren, spesielt rettet mot stordrifts- og skalafordeler. Det kan tenkes at kommunenes pleie- og omsorgssektor preges av stordriftsfordeler i noe grad. Det vil innebære en økonomisk fordel for større kommuner som gjør det mer lønnsomt for dem å iverksette og drifte tiltak reformen skal gi insentiver til.

4.1 Endringsledelse

4.1.1 Organisasjonsendring

Målet med en organisasjonsendring er som oftest et ønske om forbedring. Et ønske om endring kan oppstå av ulike grunner, men skal være et ønske om å bedre kunne tilfredsstille organisasjonens interesser. Dette kan være å øke avkastningen til eierne, eller få mest mulig velferd ut av hver krone. Ifølge Hennestad og Revang(2012) er en organisasjonsendring enten en planlagt, episodisk endring eller en kontinuerlig endring.

I en planlagt, episodisk endring endres en organisasjon som har velkjente atferdsmønstre og rutiner. Disse kommer etter hvert i et selvforsterkende forhold(Hennestad og Revang, 2012). Når en organisasjon da må planlegge en endring er det på grunn av utestående forhold, såkalte drivkrefter, som fører med seg at organisasjonen ser seg nødt til å planlegge en endring. Jacobsen(2004) lister opp en rekke ulike drivkrefter som kan stå bak en planlagt endring:

<i>Endringer i markedet</i>	Endring tvunget av endringer i kundepreferanser, tilbud av råvarer eller makroøkonomiske konjunkturer.
-----------------------------	--

<i>Teknologiske endringer</i>	Endringer tvunget av teknologiske endringer, for eksempel innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi.
<i>Politiske endringer</i>	Endringer tvunget av statlige vedtak eller lovendringer.
<i>Endringer i konkurranseforhold</i>	Endringer som er nødvendige for å overleve under endrede konkurranseforhold.
<i>Massemedier</i>	Endringer tvunget av forsterket mediefokus.
<i>Demografiske endringer</i>	Endringer tvunget av demografiske endringer, eksempelvis av eldrebølgen.
<i>Kulturelle endringer</i>	Endringer tvunget av kulturelle endringer, som for eksempel styrket individualisme og materialisme.
<i>Endrede eierforhold</i>	Endringer som oppstår på grunn av for eksempel mer aktivt eierskap eller privatisering av offentlige selskaper.

En kontinuerlig endring er ikke en endring tvunget gjennom ledelse, men en kontinuerlig prosess i stadig forandring med et varig ønske om forbedring. En leder tvinger ikke frem endringen, men kanalisere og understøtter til den retningen den ønsker at selskapet skal følge (Hannestad og Revang, 2012).

4.1.2 Endringer i offentlig sektor

De grunnleggende forskjellene mellom privat og offentlig sektor blir definert av Busch, Johnsen og Vanebo (2003) som forskjeller i markedseksposering, graden av politisk innflytelse og offentlige virksomheters større eksterne påvirkning. En mer kostnadsfokuset offentlig sektor med større fokus på resultatmåling har gjort forskjellene mellom privat og offentlig sektor mindre (Busch, Johnsen og Vanebo, 2003). Denne styringsbølgen, kalt New

Public Management(heretter kalt: NPM), stiller krav til mer effektiv drift målt på ulike målemetoder. I offentlige selskap blir det fastsatt noen spesifikke mål som skal hjelpe ledelsen til å oppnå mest mulig velferd fra tildelte midler(Busch, Johnsen og Vanebo, 2003).

”Siktemålet er en mer effektiv styring av statlige midler og en bedre mål- og resultatoppnåelse.” (Busch, Johnsen og Vanebo, 2003. s. 32).

Dette kravet til effektivitetsforbedringer har modernisert offentlig sektor de siste årene som dermed har økt kravet til forbedringer og økt lønnsomhet gjennom organisasjonsendringer. Endringsledelse har derfor blitt mer relevant og nødvendig for offentlige selskaper de siste årene.

En kan se dette i Samhandlingsreformen, som er en politisk endring tvunget frem av styresmaktene, som har sitt mål om å øke lønnsomheten i helsesektoren. Kommunal medfinansiering fungerer også som et målstyringsverktøy for kommunenes pleie- og omsorgssektor. Kommunene kan til enhver tid følge med på kommunenes kostnader forbundet med forbruket av sykehustjenester på Helsedirektoratets sin nettside. Der kan de også se hvordan dette forbruket måles opp mot den støtten kommunene får til finansiering av sykehustjenester(Helsedirektoratet, 2012).

4.1.3 Hva er en vellykket endringsprosess?

Jeg vil bruke Kotters 8-trinns prosess for å belyse en vellykket endringsprosess(Kotter, 1996). Denne teorien vil være skjelettet i dette kapitlet som jeg vil supplere med annen teori som jeg finner relevant. For at en endringsprosess skal lykkes er det essensielt at hvert steg i prosessen blir gjennomført. De fire første stegene er ment å tilrettelegge for endringsprosessen og skape en base for vellykket implementering av endringen. Å unnlate å gå gjennom noen av de første stegene i prosessen vil skape motstand internt i organisasjonen som vil forhindre de i å gjennomføre de resterende stegene på en vellykket måte. Denne teorien vil være essensiell i min analyse av kommunenes implementering av tiltakene knyttet til kommunal medfinansiering.

Jeg vil følgelig beskrive hvert av de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess:

1. Se behovet for endring

En essensiell begynnelse for en vellykket endringsprosess er å skape forståelse for at dagens situasjon ikke er tilfredsstillende og at en endring er nødvendig. Kotter(1996) mener at hovedgrunnene til dette behovet er at selskapet undervurderer viktigheten av endring. Dette er en vesentlig faktor som mangler for å skape et felles mål og samarbeid for en endring. Dette gjelder ikke bare ledelsen i selskapet, men alle selskapets ansatte og andre interessenter(Kotter, 1996). Dersom dette første steget i endringsprosessen ikke oppnås, blir veien videre vanskelig da overbevisningen om at en endring er nødvendig ikke er tilstede.

Tilfredshet over nåværende situasjon er med andre ord noe som hindrer viljen og bevisstheten til å gjennomføre en endring. Kotter(1996) nevner 9 grunner til at tilfredshet over nåværende situasjon finnes i en situasjon der et ønske om endring og forbedring burde være tilstede:

1. En eventuell krise er lite synlig. Dette kan være fordi ingen handlinger som synliggjør en krise har blitt gjort. Dette kan være handlinger som oppsigelse av ansatte, medieoppmerksomhet rundt firmaet eller at det ikke er fare for konkurs. En mer dyptgående analyse av selskapet ville da være nødvendig før å innse at selskapet har hatt en nedadgående kurve eller er i en krise.
2. Organisasjonens image og stil tilsier ikke at organisasjonen er i en krise. Et selskap som synliggjør rikdom og suksess gjennom sine ressurser oppfattes ikke som et selskap i krise. Dette gir heller inntrykk av at dagens situasjon er vellykket og tilfredsstillende.
3. Ledelsen har en tendens til å sette seg for lave mål og sammenligner seg deretter. Dette gir et urealistisk bilde av selskapets suksess, og tilfredsstillende nødvendigvis ikke eiernes krav til avkastning.
4. Hver underavdeling i et selskap prestasjonsmåles med snevre resultatmål som sier noe om den aktuelle avdelingens prestasjoner, men unnlater å måle i et bredere perspektiv der selskapet måles som en helhet. Kun det gir et riktig bilde over selskapets situasjon.

5. Interne mål i virksomheten trikses med slik at virksomhetens drift blir målt på lett oppnåelige mål, uten at de sier noe om den faktiske lønnsomheten på driften. Dette gir ledelsen mulighet til å rapportere en høy måloppnåelse.
6. Manglende kommunikasjon med eksterne interessenter blir nevnt som den sjette grunnen til at nåværende situasjon ikke blir oppfattet som en krisesituasjon.
7. Liten vilje til å bli konfrontert med dårlige nyheter er den syvende grunnen. Dårlige nyheter kunne forverre moralen i selskapet eller føre til konflikter.
8. Den menneskelige evnen til å stenge ute dårlige nyheter blir nevnt som den åttende grunnen.
9. Den niende og siste grunnen til tilfredshet over nåværende situasjon er at en ikke ønsker å diskutere dårlige nyheter og overbeviser andre om at alt vil ordne seg. Kotter(1996) sier at dette er spesielt vanlig i selskaper som tidligere har gjort det bra.

Busch, Johnsen og Vanebo(2003) kaller dette første steget i en endringsprosess for eksponerings- og erkjennelsesfasen. En felles erkjennelse med selskapets nøkkelinteressenter er nødvendig for å få til et forpliktende samspill med de. En felles erkjennelse kan skapes gjennom endringspress fra interne eller eksterne krefter som institusjonelt press, markedspress eller teknologiske endringer. Alle grunnleggende antakelser om nåværende situasjon må diskuteres med selskapets interessenter for å etablere en felles forståelse for situasjonen og for å skape et aktivt forhold mellom interessentene som skaper energi og vilje til endring(Busch, Johnsen og Vanebo, 2003).

For at kommunene skal skape vilje til å gjennomføre de endringer kommunal medfinansiering motiverer til er det nødvendig at kommunene ser det endringsbehovet som finnes og mulighetene for forbedring. Det vil si at kommunene ser potensial til reduisering av innbyggernes sykehusinnleggelser og forbedring av deres folkehelse. Et slikt erkjennelsesbehov vil være et nødvendig utgangspunkt for implementering av de tiltak knyttet til kommunal medfinansiering.

2. Avsette ressurser

Det andre steget i Kotters(1996) endringsprosess handler om å etablere allianser. Han mener at en allianse av mennesker skal tildeles ansvaret til å lede en endring som er avgjørende for endringens suksess. I en raskt skiftende verden er bedrifter tvunget til å ta avgjørelser raskere

og hyppigere enn tidligere(Kotter, 1996). Meyer og Stensaker(2011) kaller disse endringene for parallelle endringer og mener at norske bedrifter er nødt til å kunne håndtere disse for å overleve i dagens marked.

Partene i alliansen må ifølge Kotter(1996) ha respekt, ekspertise, troverdighet og gode lederegenskaper for å være i stand til å gjennomføre endringen. Disse egenskapene er nødvendige å for å kunne kommunisere effektivt og raskt bli enige om løsninger som kan implementeres i bedriften på en rask og effektiv måte(Kotter, 1996).

I denne utredningen kan dette steget tolkes til å avsette ressurser for å ha muligheten til å gjennomføre endring. Kommunene må være i stand til å avsette nok ressurser i form av de ansattes tid og økonomiske midler til å kunne prioritere den endringen som kommunal medfinansiering innebærer.

Å få gjennomført en endring kan måles i endringskapasitet. Begrepet endringskapasitet kan defineres slik:

”evnen til å gjennomføre multiple endringer slik at bedriften sikrer lønnsomhet på lang sikt.” (Meyer og Stensaker, 2011. s. 16)

En bedrift med stor endringskapasitet kan gjennomføre endringer effektivt og hyppig som fører til lavere produksjons- og effektivitetstap enn en bedrift som ikke har bygd opp en slik endringskapasitet.

Ifølge Meyer og Stensaker(2011) kan endringskapasitet skapes ved å sette av tid og ressurser til gjennomføring av endringer. Dette kan for eksempel være å ta i bruk mennesker med de egenskapene som kreves for en god allianse(Kotter, 1996).

Evnen til endring samtidig som den daglige driften holdes ved like avhenger ifølge Meyer og Stensaker(2011) av ledernes evne til å mobilisere organisasjonen for endring og å lede selve omstillingen og de ansattes reaksjon på endring.

3. Utarbeide målsetninger for endringen

En visjon skal klargjøre bedriftens retning for alle interessenter og er det tredje steget i Kotters(1996) endringsprosess. Dette skal skape enighet blant interessentene og øke effektiviteten og motivasjonen for endringen(Kotter, 1996). Formålet med en visjon for å gjennomføre endring er ifølge Kotter(1996) følgende:

- En visjon skal forenkle detaljerte beslutninger
- Visjonen skal motivere de ansatte til å iverksette tiltak i riktig retning
- Den skal koordinere handlingene til de ansatte på en rask og effektiv måte.

Disse formålene oppnås når visjonen formidler et klart bilde av hva som skal oppnås, når den er ønskelig, realistisk, fokusert, fleksibel og lett å kommunisere.

For implementering av de tiltakene knyttet til kommunal medfinansiering vil det være essensielt å skape et mål for hvordan kommunen vil takle de utfordringer som følger med et medfinansieringsansvar. Et vanlig mål vil da være å etablere en effektiv Øyeblikkelig-hjelp avdeling og styrke sitt fokus på helseforebyggende tiltak. For å sannsynliggjøre oppnåelse av dette målet er det viktig at det er realistisk, motiverende og forståelig for at det skal koordinere, effektivisere og forenkle endringsprosessen som er satt i gang. Dette er essensielt for å fullføre de neste stegene i Kotters 8 trinn og oppnå en vellykket endring.

4. Kommunisere strategien utover i organisasjonen

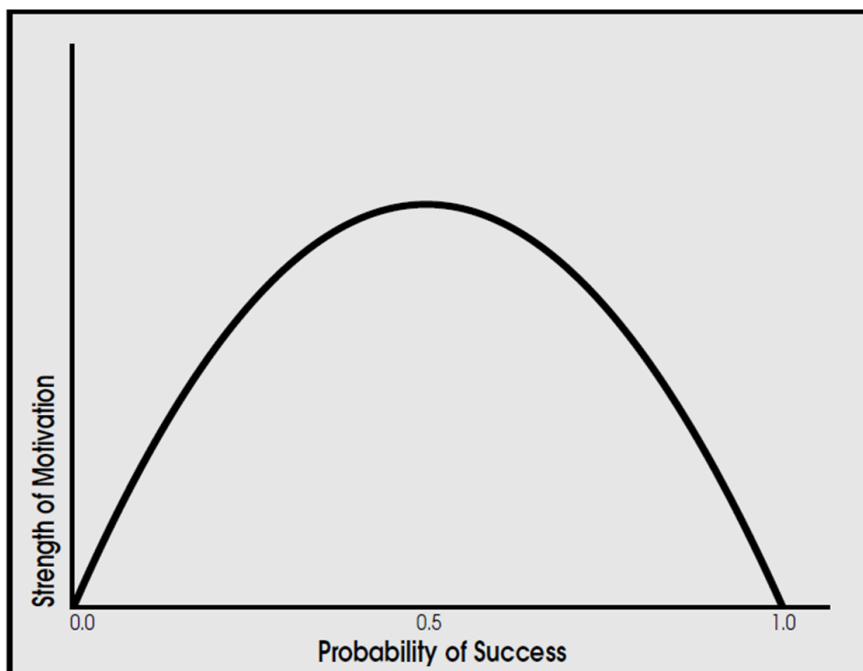
En målsetning og en strategi tjener ikke sin hensikt hvis den ikke er forstått og motiverer hele organisasjonen. En god visjon vil være null verdt hvis den ikke blir mottatt med entusiasme og vilje av de som skal utøve visjonen. Hovedårsakene til at en visjon ikke tjener sin hensikt i organisasjonen er at kommunisering av visjonen ikke blir prioritert godt nok til at alle forstår den, begrensede intellektuelle evner blant ansatte og en generell menneskelig motstand mot endringer (Kotter, 1996). Kotter (1996) nevner at ledelsen kompliserer uttalelsen av målsetningen, som er naturlig etter lang utarbeidelse av den. Men det fører til at det blir vanskeligere å overbevise og motivere organisasjonens interne interessenter.

Ifølge Kotter (1996) er det seks metoder som kan hjelpe til med at visjonen blir forstått og motiverer de øvrige ansatte:

- Bruke metaforer, analogier og eksempler
- Bruke forskjellige forum til å kommunisere den nye visjonen
- Repetere visjonen til de øvrige ansatte
- Ledelsen utøver visjonen fra første dag

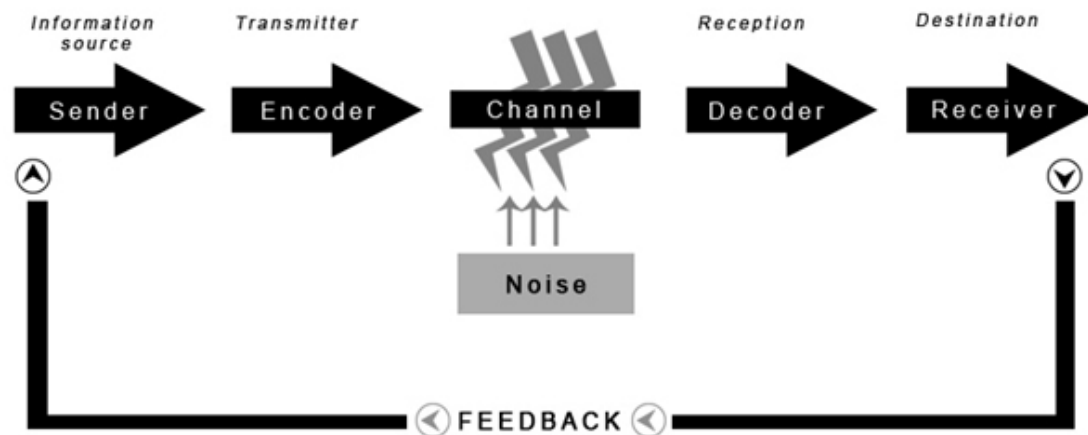
- Adressere synlige ulikheter i utøvelse av visjonen

En god visjon som blir tydelig kommunisert av ledelsen og som klarer å motivere alle organisasjonens ansatte har en mye større sannsynlighet for å lykkes. Dette vises ved følgende figur fra Hersey, Blanchard og Johnson(2008):



En visjon som skal motivere må være realistisk, men samtidig utfordrende. En visjon som organisasjonens ansatte vil føle er umulig eller åpenbart enkel vil ikke motivere tilstrekkelig godt. En visjon som vil utfordre de ansattes evner, men som samtidig er overkommelig er en visjon som vil motivere(Hersey, Blanchard og Johnson, 2008).

En vellykket visjon klarer å motivere hele organisasjonen gjennom ulike forum. Det vil kreve at mottaker klarer å tolke budskapet på riktig måte som krever at mottaker har intellektuelle evner til å forstå budskapet og kan motta budskapet tross all støy som kan forekomme i prosessen. Dette kan illustreres ved følgende figur fra Hersey, Blanchard og Johnson(2008).



De målsetninger som settes for endringsprosessen knyttet til kommunal medfinansiering skal forsøkes oppnådd av kommunens ansatte innen kommunehelsetjenesten. Når en beslutning er vedtatt om hvilke tiltak som skal iverksettes vil det da være de ansattes ansvar å utøve disse tiltakene på en forsvarlig og effektiv måte. Det innebærer at kommunisering av målsetningen vil være spesielt viktig for at kommunens ansatte skal forstå formålet med målsetningen og bli motivert til å lykkes med etablering og utøvelse av disse tiltakene.

5. Fjerne hindringer og opplæring

Flere ganger virker de interne strukturene i selskapet som hindringer mot implementering og utøvelse av visjonen. Dette er strukturer i selskapet som gjør det umulig å utøve og å lykkes med visjonen. Da er en god formulert visjon som blir forstått av de ansatte og motiverer nytteløs siden den ikke går igjen med selskapets strukturer (Kotter, 1996). Disse strukturene vil virke som hindringer for oppnåelse av endringen og må fjernes slik at de interne strukturene i organisasjonen samstemmer med den uttalte visjonen. Resultat- og prestasjonsmåling må endres slik at det vil være i alles interesse å oppnå visjonens mål. Kompensasjoner, forfremmelser og ansettelse må støtte under den forandringen (Kotter, 1996). Organisasjonens interne ansatte vil da motiveres og jobbe mot et felles mål som vil være for helhetens og alle individer sitt beste.

Hennestad og Revang (2012) mener at motstand mot endring handler mer om individuelle hindringer enn organisatoriske hindringer som nevnt ovenfor. Individer vil føle et ubehag for endring grunnet angst for det ukjente. Dette er på grunn av at individer har bygget opp sin kompetanse, verdipreferanse og maktbase under de eksisterende strukturene som de er motvillige til å endre på. Den nye situasjonen kan forandre den eksisterende maktbalansen

mellom individer og føre til økonomisk usikkerhet(Nadler(1981) referert i Hennestad og Revang, 2012).

”Uformell organisasjon skaper et maktproblem fordi organisasjoner er maktsystemer bestående av individer, grupper og koalisjoner som i det åpne og i det skjulte konkurrerer om makt for å forfølge egne interesser og verdier.”

(Nadler(1981) referert i Hennestad og Revang, 2012, s. 180)

Hennestad og Revang(2012) nevner seks ulike individuelle barrierer som skaper motstand mot endring:

- Økonomisk usikkerhet
- Redsel for det ukjente
- Trussel mot etablerte sosiale reaksjoner
- Vaner
- Mangel på å erkjenne endringsbehov
- Demografiske forskjeller

Jacobsen(2004) klassifiserer denne individuelle motstanden i fire faser. Han deler den individuelle motstanden etter hvordan den manifester seg hos mennesker og hvordan den kommer til uttrykk. Motstand i den første fasen uttrykker seg som apati eller likegyldighet. Det resulterer i en mild reaksjon uten særlige følelser eller interesse for endringen. Dette er vanlig når endring kommer for raskt og uventet på de ansatte. Denne type motstand er blitt kalt for BOHICA, eller ”Bend Over, Here It Comes Again(Jacobsen, 2004).

Den andre fasen karakteriseres av passiv motstand. Synlige, negative følelser blir uttrykt men likevel passivt og lite aggressivt.

Den tredje fasen kalles for aktiv motstand. Motstanden blir mer aggressiv, og motstanderen gjør mer for å kritisere og stoppe endringen. Dette gjøres ved å snakke aktivt utenfor organisasjonen, blant annet i media i tillegg til å skape allianser mot endringen.

I den fjerde og siste fasen går motstander mer aggressivt til verks for å hindre endringen. Denne fasen blir kalt for ”Aggressiv motstand”. Motstanderen går mer aggressivt til verks for å hindre endringen, ved å spre negative rykter, undergrave og sabotere for endringen. Denne type motstand vil du finne i endringer som har stor personlig relevans for individene(Jacobsen, 2004).

I tillegg til de individuelle barrierene vil dette steget være gjeldende i denne utredningen i den grad de organisatoriske strukturer i kommunen vil utgjøre en hindring for implementering av tiltak. Dette kan for eksempel være kommunens økonomi eller kompetanse innen det gjeldende feltet. Kommunens økonomi kan virke som et hinder hvis kommunen ikke har midler nok til å iverksette de tiltak kommunal medfinansiering skal motivere til. Kompetanse eller kunnskap innen feltet kan også utgjøre et hinder for kommunene ved at de ikke vet hvordan slike tilbud skal startes eller hvilke tiltak som skal etableres. Kommunens endringskapasitet vil da avgjøre i hvilken grad den er i stand til å fjerne disse hindringene.

6. Synliggjøre tidlig suksess

Tidligere ble det nevnt at en endring burde føles overkommelig, men likevel håndterbar for at ansatte skulle motiveres til å gjøre en god jobb og utføre visjonen. En sentral del i opplæring og motivasjon blant ansatte er å synliggjøre tidlig suksess(Kotter, 1996). Å måle sine prestasjoner og resultater etter flere kortsiktige mål i stedet for kun å måle etter en langsiktig visjon vil forbedre og forskynde en organisasjonsendring(Kotter, 1996). De ansatte vil bære frukter av det endringsarbeidet som er gjort som vil motivere de ytterligere, gjøre bestrebelsene håndterbare samtidig som kritiske motstandere vil stilne.

Bevis på tidlig suksess må være synlig og entydig. Dette vil gi signal om at endringen er verdt det som vil gi støtte fra alle interessenter til å fortsette(Kotter, 1996). Hennestad og Revang(2012) nevner at bevis på tidlig suksess gir hyppige forsterkninger av motivasjonen som innebærer kontinuerlig læring som igjen vil forsterke endringsprosessen. Slike små seiere tiltaler til menneskelige preferanser. Utfordringene vil virke mer håndterbare, det vil redusere faren for stress og fallhøyden for å mislykkes vil reduseres. De ansatte vil strebe etter muligheter for belønning som vil virke innen rekkevidde og de ansatte vil oppleve en kontrollfølelse(Hennestad og Revang, 2012).

Kommunenes gevinst av tiltakene knyttet til kommunal medfinansiering er reduserte utgifter forbundet med sykehusinnleggelser grunnet mindre forbruk av disse og forbedret folkehelse. Informasjon som synliggjør utviklingen av kommunens forbruk av sykehustjenester vil gi et bilde på effekten av kommunens tiltak og øke motivasjonen til fortsatt arbeid og forbedringer.

7. Ikke ta seier på forskudd

Selv om Kotter(1996) mener at en burde synliggjøre tidlig suksess må ikke det tolkes som at jobben er fullført og seieren erklært. Tidlig suksess er begynnelsen på det som må gjøres for å oppnå en langsiktig endring som forankres i organisasjonen. Bevisstgjøring på tidlig suksess kan også gi signaler om hva som kan forbedres og hva som gikk rett som man burde fortsette med.

Kotter(1996) nevner at dyktige ledere vil lansere flere prosjekter slik at endringen blir forankret i organisasjonen. Det er essensielt at lederne er konsistente i sin lederstil og visjonen de utøver.

Et kontinuerlig arbeid på kommunenes Øyeblikkelig-hjelp tilbud er nødvendig for å holde sykehusutgiftene nede ved å bruke de ressurser som er tildelt avdelingen. Tiltak som skal forbedre innbyggernes folkehelse er et langsiktig arbeid som høster bare fremtidige gevinster. Et kontinuerlig arbeid med disse tiltakene er derfor nødvendig for å oppnå de målsetninger som er tiltenkt kommunal medfinansiering.

8. Skape forankring i det nye

For at en endring skal vare må den forankres i organisasjonens kjernevirksomhet og alt som blir gjort må samstemme med visjonen og strategien av den endringen(Kotter, 1996). Når endringen er forankret i organisasjonens kultur vil den vises i organisasjonens daglige arbeid.

For å vedlikeholde endringen i organisasjonen gir Kottler(1996) en rekke tips slik at endringen ikke blir glemt, men fortsatt står sterkt i alle aspekter av organisasjonen:

- Snakk om fremgang og fortsett med å synliggjøre organisasjonens suksesser.
- Begynn tidlig med å lære opp de nye verdiene og holdningene til nye ansatte.
- Planlegge eventuell erstatning av ledere.

Som nevnt i forrige avsnitt er et kontinuerlig arbeid med tiltakene knyttet til kommunal medfinansiering essensielt for å oppnå tilstrekkelige gevinster for at tiltakene skal bli lønnsomme for kommunen. Sviktende fokus på arbeidet med kommunenes Øyeblikkelig-hjelp avdeling vil få umiddelbare konsekvenser på kommunes sykehusforbruk og dermed øke kommunens utgifter forbundet med dette. Det er derfor viktig for kommunene at disse tiltakene blir integrert i kommunehelsetjenestens daglige arbeid for å kunne oppnå de gevinster som ønsket.

Det å se sitt behov for endring, avsette ressurser til denne endringen, sette en målsetning for endringen og effektivt kommunisere den, fjerne hindringer, synliggjøre raske gevinster, og bygge på momentum er ifølge Kotter(1996) en oppskrift på en effektiv endringsledelse av kommunal medfinansiering. Endringen må som sagt bygges på riktig grunnlag uten forhastede avgjørelser og handlinger.

”Whenever you hear of a major restructuring, reengineering, or strategic redirection in which step 1 is ”changing the culture” you should be concerned that it might be going down the wrong path.” (Kotter, 1996. s.156)

4.2 Økonomisk styring og endringsprosesser i helsetjenesten

Det er velkjent at helsetjenesten er en ressurskrevende sektor. Helsetjenesten utgjør en stor del av velferdsstaten og er derfor noe de fleste interesserer og engasjerer seg i. Hver innbygger i Norge brukte i gjennomsnitt 57 000 kroner på helsetjenester i 2013(SSB, 2014). Dette utgjorde 9,6 % av bruttonasjonalproduktet(heretter kalt: BNP) det året. Økonomisk styring av helsesektoren er derfor svært viktig for å holde kostnadene nede og for å oppnå et naturlig mål om å gi mest mulig tjenester for hver krone. Pettersen et al(2008) nevner flere forhold som gjør økonomisk styring og dermed endring av helsesektoren utfordrende. Disse er blant andre:

- Et sterkt ytre og indre press skapt av vedvarende høye forventninger blant befolkningen og en rask teknologisk utvikling
- Redusert handlingsrom til den enkelte institusjon grunnet sterke brukerrettigheter og større eierengasjement

-
- Frie sykehusvalg fører til større usikkerhet på planlegging av kapasitet og aktivitetsnivå
 - Kompleksitet i finansieringssystemene fører til usikkerhet på sykehusenes inntektsside

Nyhetsbildet av helsesektoren bærer ofte et negativt preg der lange ventetider, dårlige fasiliteter eller mislykkede behandlinger er kritisert. Økonomisk styring av helsesektoren handler om prioritering av ulike helsetiltak og pasientgrupper ut fra de midlene helsesektoren har til rådighet til enhver tid (Askildsen og Haug, 2001). Den økonomiske tilnæringsmåten om å forvalte disse ressursene vil realisere samfunnsmessige målsetninger. Pettersen et al (2008) nevner at en kan se den økonomiske styringen av helsesektoren fra to ulike perspektiver; det samfunnsøkonomiske perspektivet og det bedriftsøkonomiske perspektivet.

Det samfunnsøkonomiske perspektivet på økonomisk styring innen helsesektoren handler om å utnytte og fordele de ressursene som er blitt tildelt på best mulig måte (Pettersen et al, 2008). Tankegangen er at ressursene fordeles ut ifra behov og ikke ut ifra markedsmekanismer. Hadde det vært tilfellet ville disse tjenestene blitt kjøpt av den delen av markedet som kunne betale mest for tjenestene. Den delen av markedet er ikke nødvendigvis den med det største behovet, og det ville ikke være en optimal ressursfordeling sett ut ifra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Det bedriftsøkonomiske perspektivet på økonomisk styring innen helsesektoren handler om å måle effektiviteten av sektorens ressursbruk (Pettersen et al, 2008). Dette perspektivet har vært lite brukt tidligere på grunn av måleproblemer og vanskeligheter med å definere målsettinger (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Siden sektoren ikke opererer med priser ut til forbrukere kan ikke helsetjenesten fordele ressurser ut ifra hvor det er mest lønnsomt og hvor kundene har størst betalingsvillighet. Ressursene må derfor knyttes opp mot en annen nytteverdi (Pettersen et al, 2008). Dette målet burde være helsegevinster ved tiltak som har en egenverdi, siden det offentlige helsevesenets overordnede mål ikke er å tjene eller spare penger, men å redde liv og forbedre befolkningens folkehelse (Haug, Kaarbøe og Olsen, 2009). Denne helsegevinsten kan for eksempel måles i naturlige enheter som antall liv eller leveår. Helsegevinstene kan også måles i kvalitetsjusterte leveår og verdsettes ved personlig betalingsvillighet (Haug, Kaarbøe og Olsen, 2009).

Den økonomiske styringen av helsesektoren har utviklet seg fra å være hierarkisk til å bli markedsorientert og kulturelt styrt (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Med en kulturell styring menes at de ansatte er blitt mer profesjonaliserte og at deres beslutninger i arbeidet er begrunnet ut ifra kunnskap fra videreutdanninger og forskning. En markedsorientert styring bygger ut ifra en prestasjon- og målstyring fra det private markedet (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Denne utviklingen, som blir kalt for New Public Management, er ment å modernisere og kostnadseffektivisere offentlig sektor (McLaughlin, Osborne og Ferlie, 2003).

4.2.1 utfordringer ved endringer i helsesektoren

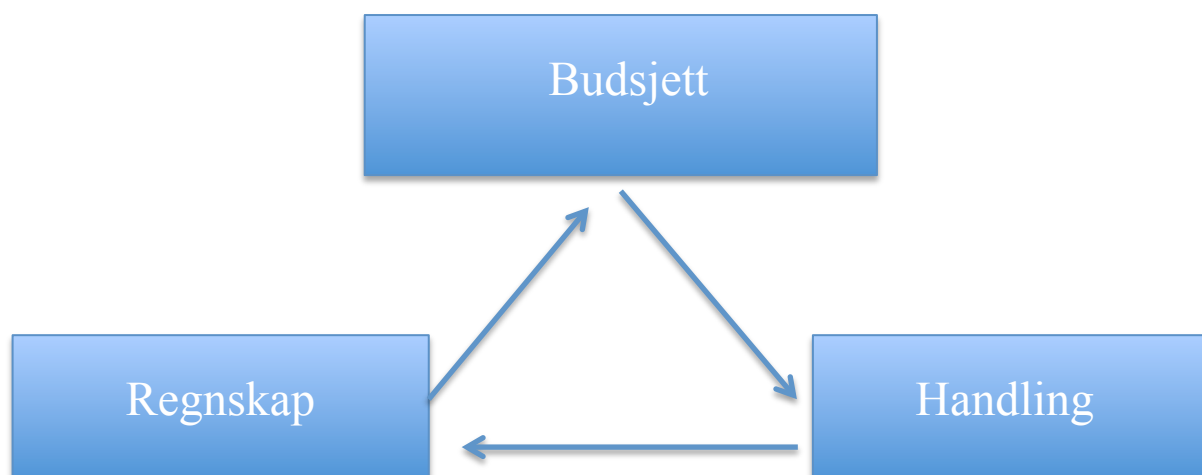
Som nevnt ovenfor er det vanskelig å komme frem til en optimal løsning på forbruk av ressurser i helsetjenesten. Ulikt fra de fleste andre markeder er ikke hovedformålet til aktørene i helsetjenesten å maksimere sitt overskudd, men å maksimere nytten av tildelte ressurser. En normativ økonomisk styring er derfor vanskelig å utføre fullt ut i offentlig sektor. Dette kompliserer bruken av insentivkontrakter (Dixit, 2002). Dixit (2002) nevner at multiple prinsipaler, multiple oppgaver, motiverte agenter, fravær av konkurranse og måleproblemer gjør en effektiv insentivordning vanskelig å gjennomføre i offentlig sektor. Siden ulike insentivordninger ofte er et effektivt middel til å oppnå en endring, vil dette gjøre en endringsprosess i helsesektoren mer utfordrende.

Helsesektoren, og offentlig sektor generelt, består av flere ulike aktører. Hver aktør innen helsesektoren utarbeider et årsbudsjett som viser sine planlagte prioriteringer av tildelte ressurser over ett år. Dette gir mulighet for interessenter å følge med på hva som prioriteres, det gir de ansatte et insentiv til å overholde budsjettet og det gir mulighet til analyse ved budsjettperiodens slutt av forholdet mellom ressursbruk og resultater (Mauland og Mellempvik, 2004). I forskriften om kommunale og fylkeskommunale økonomiplaner blir det formulert slik:

”Økonomiplanleggingen skal med utgangspunkt i dagens økonomiske situasjon og realistiske anslag på fremtidige inntekter og utgifter, særlig være et instrument til hjelp for kommunen og fylkeskommunen til:

- å få oversikt over den økonomiske handlefriheten, og*
- å få prioriteringer av ressursbruken på ulike formål”*

(Mauland og Mellempvik, 2004, s. 25)



Som nevnt tidligere er en normativ økonomisk styring ikke mulig å gjennomføre i helsesektoren. Siden helsesektoren har knappe ressurser og ikke kan behandle alle helseplager, vil det skapes interessekonflikter da alle interessentene og alle aktørene ikke vil være enige i hvor og hvordan ressursene burde brukes (Pettersen et al, 2008). Det vil alltid være uklart hvor midlene gir størst nytte, derfor vil det skapes uklare mål-middelrelasjoner.

Det kan tenkes at slike målkonflikter skapes både mellom interessenter, som mellom ansatte i to sykehusavdelinger, eller mellom aktører innen helsesektoren. En kommer ofte til enighet gjennom forhandlinger fra ledelsen som aksepteres av faggruppene ved institusjonen (Pettersen et al, 2008). Denne løsningsmetoden vil under en budsjettforhandling forekomme der det finnes en budsjetteringsfilosofi som kalles for nedbrytingsmetoden (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Her er det toppledelsen som setter de økonomiske rammene for organisasjonen som senere bryter det ned i avdelingsnivå på forsvarlig måte (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Under en situasjon med motstridende interesser som ikke gir en likevekt med harmoni, vil den også kunne løses med insentiver. Kravene til dette insentivet er at det gir begge parter interesse av å oppnå samme mål. Interessentene vil da være interessert i å oppnå samme mål, som vil tjene begge parter. Kommunal medfinansiering fungerer som et insentiv for kommunene. Det medfører at flere uavhengige parter innen helsesektoren som jobber ut ifra

sine egne budsjetter har et felles mål om å effektivisere og forbedre lønnsomheten i helsesektoren.

4.3 Kontekstuelle hindringer for endring

4.3.1 Kostnadsstrukturer som hindring for endring

Helsesektoren utgjør et viktig tilbud for nordmenn og er en stor del av velferdsstaten Norge. Utgifter til helsesektoren utgjorde 9,4 % av BNP i 2013. Sammenlignet med andre land er denne andelen av BNP likevel ikke særlig høy, i tillegg har den holdt seg stabil de siste årene. Norge ligger for eksempel under Danmark og Sverige og et godt stykke under USA. Dette skyldes i stor grad store oljeinntekter som har vokst mye de siste årene(SSB, 2014).

Totale helseutgifter som andel av BNP for fastlands-Norge var derimot 12,4 % i 2013. På grunn av store, voksende oljeinntekter gir absolutte tall et bedre og riktigere bilde av ressursbruken i helsesektoren de siste årene. I 2013 ble det brukt 288 milliarder kroner i helsesektoren, dette er 25 % mer enn i 2009(SSB, 2014). Pettersen et al(2008) sier at dette skyldes sterk kostnadsvekst, økt behandlingsaktivitet og kortere gjennomsnittlig liggetid hos pasientene. Haug, Kaarbø og Olsen(2009) mener at dette også skyldes fastlegereformen fra 2001 som ga alle innbyggere tilbud om fast allmennlege. Dette gir innbyggerne et lavterskeltilbud inn til helsevesenet. Dette stemmer godt overens med det faktum at behandlingsaktiviteten har økt og gjennomsnittlig liggetid har gått ned(Pettersen et al, 2008).

Kommunehelsetjenestens utgifter utgjør 35 % av kommunenes netto driftsutgifter(Haug, Kaarbø og Olsen, 2009). Videre hevder forfatterne at kommunenes driftsutgifter til helse og omsorg avhenger av kommunenes økonomi, alderssammensetningen til innbyggerne, geografiske beliggenhet med mer. Disse kostnadene varierte fra 10 000 kroner til 20 000 kroner per innbygger i 2006(Haug, Kaarbø og Olsen, 2009). Hva er det som eksakt forklarer disse store variasjonene i kommunenes ressursforbruk? Hvorfor koster en innbygger 10.000 kroner i helseutgifter for en kommune men 20.000 kroner for en annen kommune?

Ressursbruk kan deles i to deler(Pettersen og Bjørnenak, 2003). De er:

- Fysiske mål på ressursbruk, som antall stykker og timer
- Finansielle mål brukt i regnskapet

En legevakt er pliktet til å ha kontinuerlig bemanning i legevaktens åpningstid. Det kan tenkes at i en kommune med usikker, varierende etterspørsel vil lønnskostnadene per behandlet pasient være høyere enn i en kommune hvor etterspørselen er mer stabil.

Det kan også tenkes at hver legevakt må ha et visst antall utstyr og inventar for å kunne behandle sine pasienter. Ved ledig kapasitet i utnyttelse av dette utstyret vil kapitalkostnadene være høyere enn når utstyrets kapasitet er benyttet fullt ut.

Dette kalles for tiltakende skalautbytte. Det vil si at produksjonen vokser mer enn ressursinnsatsen(Riis og Moen, 2011). Hvis antall utstyr fordobles vil det føre til mer enn en fordobling av produksjonen, her helsetjenester.

$$F(2v) > 2f(v)$$

Riis og Moen(2011) har to forklaringer på tiltakende skalautbytte:

- Produksjonsfaktorer kan ikke skaleres ned, selv om etterspørselen er liten. Dette betyr at en ressursenhet gir et tilbud som ikke kan deles opp eller kuttes ned. Ved liten etterspørsel der tilbudet er høyere enn etterspørselen får en ledig kapasitet av dette inventaret. Realkapitalen, som i eksemplet er utstyr eller inventar, blir en fast produksjonsfaktor som gir en kapitalkostnad. (Andreassen, 2012). Kapitalkostnaden per produserte enhet blir høyere når totale produserte enheter er høy enn når den er lav.
- Den andre forklaringen er at to ressursinnsatser kan være komplementære. Jo mer en bruker av den ene ressursen, jo mer produktiv blir ressursbruken av den andre ressursen.

Når produksjonen vokser tiltakende med ressursinnsatsen vil effektiviteten av ressursbruken gå opp. Gjennomsnittsproduktiviteten vil vokse, det vil si at marginalproduktiviteten av å produsere en enhet til er høyere enn gjennomsnittsproduktiviteten og driver derfor gjennomsnittsproduktiviteten opp(Frank og Bernanke, 2009).

Ved tiltakende skalautbytte vil en produsent som har store ressursinnsatser utnytte sine ressurser mer effektivt. I helsesektoren er effektiviteten og produktiviteten av ressursbruken svært viktig. Helsesektoren blir tildelt begrensede ressurser og det er dens oppgave å utnytte disse på best mulig måte, det vil si få mest mulig nytte ut av ressursbruken(Pettersen et al, 2008).

Tiltakende skalautbytte finnes ofte i sektorer som krever høye faste kostnader(Andreassen, 2012). Dette utgjør en stor etableringshindring for mindre aktører, siden større aktører oppnår lavere gjennomsnittskostnad og kan dermed utkonkurrere de mindre aktørene(Sobel et al, 2006). En lavere gjennomsnittskostnad oppnås fordi de faste kostnadene blir fordelt over et større antall varer eller tjenester.

Kommunal medfinansiering skal motivere kommunene til å iverksette tiltak som krever store etableringsmidler. Det er tenkelig at mindre kommuner eller kommuner med lave frie inntekter finner det vanskelig å finansiere de tiltakene. Er driften av disse tiltakene også karakterisert av stordriftsfordeler vil større kommuner finne det mer lønnsomt å drifte et slikt tilbud som skal redusere kommunenes sykehusinnleggelser på grunn av høyere ressursutnyttelse og produktivitet.

4.3.2 Kommunal økonomi som hindring for endring

Kommuner, som andre statlige aktører, får tildelt statlige midler til å drive sin virksomhet. Disse midlene blir styrt gjennom et budsjett som skal vise kommunens handlingsrom for en viss fremtidig periode uttrykt i økonomiske termer. Dette budsjettet skal gi et klart bilde på hva disse midlene brukes til og hva en kan forvente av kommunens drift i denne perioden. Det er disse midlene kommunen har til rådighet over perioden og kommunens ressursutnyttelse blir målt i forhold til disse midlene. I motsetning brukes budsjett i en langt friere rolle i privat sektor, først og fremst som en målestokk for de ressurser som er brukt(Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Med andre ord kan kommuner betegnes som en budsjett-dreven organisasjon der de midlene som er tildelt til enhver tid må prioriteres og tildeles der kommunestyret finner det mest hensiktsmessig og lønnsomt. Dette kan være en utfordrende situasjon når tiltak som kommunal medfinansiering innebærer skal iverksettes. I privat sektor kan dette løses ved for eksempel emisjon der nye midler blir satt i selskapet som kan brukes på nye tiltak. I en offentlig organisasjon må midler omprioriteres for at lignende tiltak skal kunne

materialiseres. Dette kan være utfordrende og virke som en hindring for flere kommuner ved etablering av tiltak knyttet til kommunal medfinansiering.

4.3.3 Kompetanse som hindring for endring

Tidligere i dette kapitlet ble det nevnt at endringskapasitet er nødvendig for å gjennomføre en endring. Det vil si at organisasjonen har vilje, kompetanse og kunnskap til å omstille organisasjonen mot det mål som ønskes oppnådd.

Kommunal medfinansiering innebærer at en del av ansvaret for pasientens sykdomsfase forskyves til kommunehelsetjenesten. Dette krever at kommunene har den kompetansen blant sine ansatte til å ta vare på pasientene på best mulig måte. Dette krever både kompetanseheving og kompetanseutvikling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ifølge Kunnskapsdepartementet(2012). I tillegg til overføring av kunnskap og kompetanse til kommunehelsetjenesten må denne kompetansen integreres i kommunens arbeid for at de målsetninger som er satt skal oppnås(Norsk Sykepleierforbund, 2012). Den kunnskapssatsningen kan være en utfordring for noen kommuner og dermed virke som hindring for å oppnå en vellykket endring.

5. Metode

Dette kapitlet inneholder informasjon om de metodiske tilnærmingene som er benyttet for å belyse problemstillingen og for å innhente informasjon til påfølgende analyse. Jeg vil begynne med å beskrive de to hovedmetodene for datainnsamling før jeg begrunner mitt valg av metode ut ifra forskningens behov for data og metodenes styrker og svakheter.

5.1 Metode for datainnsamling

Valget av metode avhenger av forskningens behov og forskningstype (Ghauri og Grønhaug, 2005). Det anvendes to ulike typer metoder for datainnsamling. Disse er kvalitativ og kvantitativ metode. En kan enten bruke data som er innhentet primært, eller bruke sekundærdata som er eksisterende data innhentet av andre.

5.1.1 Kvantitativ metode

Ved kvantitativ metode er det enklere å innhente informasjon fra en stor gruppe respondenter. Ulempene med denne metoden er derimot at den er preget av strukturering og lite grad av fleksibilitet. Det vil si at metodene som er brukt for å innhente informasjon vanskelig lar seg gjøre om underveis eller i etterkant av informasjonsinnhenting.

Hvis utvalget er et representativt utvalg av populasjonen kan funnene generaliseres til å gjelde for hele populasjonen (Johannesen, Kristoffersen og Tuft, 2004). Innhentede data er målt i mengde og antall som analyseres ved hjelp av statistiske teknikker for å finne fellestrekk i populasjonen som undersøkes (Ghauri og Grønhaug, 2005). Ved bruk av denne metoden vil en ikke fange opp informasjon som ikke lar seg måle eller tallfeste. Ved kvantitativ metode vil en kun kunne fange opp respondentens meningskontekst, men ikke dyptinngående forklaringer til denne meningen. En må benytte kvalitative metoder for å få frem dette meningsaspektet (Johannesen et al, 2004).

5.1.2 Kvalitativ metode

Ved kvalitativ metode vil en ha et mer dyptinngående intervju med intervjuobjektet og studere dets meninger og aspektet bak meningene. Denne informasjonen må deretter tolkes av intervjueren. Det vil si at intervjueren skal se informasjonen i sammenheng med resten av

dataene og teorier for å forstå betydningen av informasjonen som er funnet har for det som skal undersøkes(Johannesen et al, 2004). Denne type data betegnes derfor ofte som ”myke” data, siden informasjonen må fortolkes og ikke enkelt lar seg klassifisere og måle. Er forskningsområdet relativt nytt, eller hvis det finnes lite forskning på området fra før, vil kvalitative metoder egne seg godt. Kvalitativ metode tillater intervjueren å gå i dybden og vektlegge betydningen av intervjuobjektets meninger(Thagaard, 2009). Denne metoden preges også av større grad av fleksibilitet som gjør det mulig for intervjueren å tilpasse og endre på undersøkelsesprosessen underveis(Yin, 2006). Formålet med kvalitativ undersøkelse kan deles i to; eksplorerende og konfirmatoriske undersøkelser. Eksplorerende undersøkelser utforsker et uutforsket tema og avdekker nye forhold mens det sistnevnte bekrefter eller avkrefter faktiske forhold(Ringdal, 2001).

5.1.3 Primær- og sekundærdata

Datainformasjon kan innhentes på to måter. Forskeren kan selv innhente data som er tilpasset forskningens formål. Formålet med datainnhenting er å samle tilstrekkelig informasjon til å besvare de forskningsspørsmålene som forskeren ønsker å finne svar på(Ghauri og Grønhaug, 2005). Denne type data kalles for primærdata. Innhenting av primærdata er tidkrevende og må derfor veies opp mot nytten en får ved å innhente dataene selv. Er forskningsområdet forsket lite på fra før, vil det finnes lite tilgjengelige data på området. Derfor vil innhenting av primærdata være nødvendig og nytten høy(Ringdal, 2001).

Den andre typen datainnhenting er bruk av data som andre har innhentet, som er kalt sekundærdata. Bruk av sekundærdata frigjør mye tid og ressurser sammenlignet med innhenting av primærdata. Det er derimot viktig å sjekke gyldigheten av sekundærdata før disse brukes i en undersøkelse. Sekundærdata er data som er innhentet til et formål og er derfor ikke fullt overførbare til et annet formål. Reabiliteten av sekundærdata må også vurderes før bruk. Er dataene utgitt av internasjonale selskaper eller styresmakter er disse som oftest å regne som pålitelige(Ghauri og Grønhaug, 2005).

5.2 Valg av forskningsdesign

Ved valg av forskningsdesign må en utforme metodeinnhenting slik at en samler alle nødvendige data for å kunne besvare forskningens problemstilling. Forskningsområdets karakteristika vil stå sentralt i valget av metode.

Formålet med min masteroppgave er å finne ut hvilke kjennetegn som karakteriserer de kommuner som vellykket har klart å implementere tiltak knyttet til kommunal medfinansiering. For dette formålet vil en kvantitativ undersøkelse være mest hensiktsmessig. Meninger fra kommunenes respondenter kan enklest klassifiseres ved kvantitativ metode og tolkes ved hjelp av statistiske verktøy.

Det har derimot vært svært lite forskning på kommunal medfinansiering i forkant av denne utredningen. Det har derfor vært begrenset med informasjon og omtale om emnet, som har gjort det vanskeligere å lese seg opp på temaet og utvikle interessante forskningsspørsmål som med sikkerhet er av interesse og relevans for helsesektoren. Derfor har jeg valgt å bruke både kvantitativ og kvalitativ metode i mitt forskningsdesign, såkalt metodetriangulering. Ved metodetriangulering har en mulighet til å se et fenomen fra flere perspektiver og gi et mer nyansert bilde av resultatene (Johannesen et al, 2004). Når kvalitative undersøkelser blir gjort i forkant av kvantitative undersøkelser vil en oppnå kunnskap som kan brukes i utformingen av den kvantitative undersøkelsen og bidrar til å øke dens reliabilitet.

5.2.1 Datainnsamling til pilotundersøkelse: Kvalitative primærdata

På grunn av begrenset forskning på området var det å innhente data selv den mest nyttige og pålitelige metoden. Jeg kan da være sikker på gyldigheten til dataene og at disse kan anvendes til de forskningsspørsmålene jeg ønsker å besvare. Grunnen til at jeg ønsker å utføre kvalitative undersøkelser i forkant av den kvantitative undersøkelsen er å innhente informasjon fra fagpersoner som har vært med i prosessen av implementering av reformen og som har gjort seg opp meninger om dens styrker og svakheter. Ved å utføre slike undersøkelser med flere personer vil jeg kunne finne ut hvilke meninger som går igjen hos flere og som derfor kan være interessant å forske videre på i et bredere utvalg. Funnene har dermed større potensial for å være interessante for flere innen helsesektoren.

Ved å utføre kvalitative undersøkelser har jeg også fått hjelp til å utforme spørreundersøkelsen og teste dens gyldighet og logikk før den videresendes til resten av

utvalget. Dette er viktig siden en kvantitativ undersøkelse er mindre fleksibel og ikke kan tilpasses og forandres underveis.

Disse kvalitative dataene har blitt samlet inn gjennom dybdeintervjuer med ansatte i lederstillinger i to kommuner som har vært sentrale i implementeringen av Samhandlingsreformen eller som har god kunnskap til reformen og virkningene av den. Disse intervjuene ga meg en dypere innsikt i kommunal medfinansiering og bidro sterkt til utforming av forskningsspørsmålene.

Dybdeintervjuene ble utført som semi-strukturerte intervju der jeg hadde en intervjuguide å følge, men der intervjuobjektet kunne svare fritt og komme med supplerende uttalelser. Som intervjuer hadde jeg også mulighet til å tilpasse intervjuet etter hva jeg oppfattet som interessant og hva som hadde potensial til å bidra til et forskningsspørsmål. Ved å følge en intervjuguide kunne jeg likevel være overbevist om at alle opprinnelige spørsmål ble besvart og sikre en flyt i intervjuet (Grennes og Askheim, 2008). Ved personlig oppmøte på respondentens arbeidsplass fikk jeg muligheten til å oppklare uklarheter, stille oppfølgingsspørsmål og be om dypere begrunnelse av svar jeg fant interessante og relevante for min forskning. Dette er med på å styrke forskningens pålitelighet (Johannesen et al, 2004). Intervjuene ble dokumentert ved transkribering av opptak gjort på diktafon. Lydfilene ble permanent slettet i etterkant av transkriberingen.

På grunn av tidsbruken ved dybdeintervjuer valgte jeg ikke å gå bredt ut i valg av intervjuobjekter. Formålet med dybdeintervjuene var ikke å oppnå representative funn, men å innhente kunnskap som kunne brukes i den kvantitative undersøkelsen. Etter to dybdeintervjuer vurderte jeg det som tilstrekkelig for å oppnå målet. Begge intervjuobjektene viste interesse og vilje til å være hjelpelige i utformingen av den kvantitative undersøkelsen. Siden formålet med den kvalitative undersøkelsen ikke var å kunne gjøre statistiske generaliseringer var utvalget gjort hensiktsmessig og ikke tilfeldig. Jeg valgte derfor å gjøre dybdeintervjuer med representanter fra én stor kommune og én liten kommune for å få et mer nyansert bilde av virkningene kommunal medfinansiering har på kommunene. Navn og kommunenavn blir ikke oppgitt i oppgaven for å sikre anonymiteten til intervjuobjektene. Anonyme intervju øker sannsynligheten for at intervjuobjektene er ærlige og oppriktige i sine uttalelser. Dette styrker forskningens pålitelighet.

Intervjuobjekt	Antall informanter	Stillingstittel/Stillingstitler	Tid
1 og 2	2	Helse- og sosialsjef og seniorrådgiver	97 min
3	1	Kommunalsjef	54 min

5.2.2 Datainnsamling til videre forskning: Kvantitative primærdata

Med utgangspunkt i de kvalitative dybdeintervjuene ble kvantitative data innhentet ved hjelp av et spørreskjema. Populasjonen i dette studiet består av alle kommunene i fylkene Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Spørreundersøkelsen ble sendt til samtlige kommuner i disse fylkene, det vil si at utvalget består av hele populasjonen. Kommunene i disse fylkene tilhører helseforetaket Helse Vest. Ved en tilstrekkelig stor svarprosent blant utvalget håper jeg å komme frem til funn som kan generaliseres til å gjelde for hele populasjonen. I det tilfellet vil sammensetningen i utvalget tilsvare sammensetningen i populasjonen på alle viktige egenskaper og dermed kunne kalles et representativt utvalg. En generalisering vil være hensiktsmessig siden det er mindre tidkrevende samtidig som utvalget representerer samtlige enheter uten tilfeldige skjevheter (Johannesen et al, 2004).

Representative funn er avhengig av at en stor del av utvalget, eller bruttoutvalget, svarer på spørreundersøkelsen. Det vil si at det er i forskerens interesse å maksimere nettoutvalget. Hvis nettoutvalget er for lite er det mer sannsynlig at funnene inkluderer tilfeldige skjevheter som ikke gjelder for hele populasjonen (Johannesen et al, 2004). Det vil da ikke være et representativt utvalg for populasjonen. Siden mitt utvalg består av hele populasjonen vil det øke sannsynligheten for at nettoutvalget ikke vil inkludere tilfeldige skjevheter og at resultatene kan generaliseres til å gjelde for alle kommunene i de tre fylkene.

Spørsmålene i spørreundersøkelsen er formulert for å samle inn data som skal besvare utredningens problemstilling. Spørreskjemaet er semistrukturert, det vil si et skjema med både spørsmål med oppgitte svaralternativer og åpne spørsmål der respondentene kan skrive inn sine egne svar. De åpne spørsmålene må da klassifiseres senere for å omgjøres til målbare størrelser (Johannesen et al, 2004).

Spørreskjemaet er utarbeidet i programmet Qualtrics. Lisens til programmet er gitt av Norges Handelshøyskole. Spørreskjemaet ble utsendt til alle kommunalsjefer for pleie- og omsorg¹ i alle kommuner i fylkene Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Disse 82 kommunene utgjorde min populasjon og bruttoutvalget i undersøkelsen min. Responsen til å delta i undersøkelsen var varierende, men etter gjentatte forespørsler og påminnelser ble mitt nettoutvalg 70 % av populasjonen. Dette anser jeg som en tilfredsstillende svarprosent. Ifølge Johannesen et al(2004) er en svarprosent på over 50-60 % en akseptabel svarprosent. Noen restriksjoner i programmet Qualtrics hindret noen av respondentene i å fullføre undersøkelsen. Det var for eksempel ikke mulig å gå tilbake i undersøkelsen for å endre på sine svar etter at et svar var avlagt. Dette fikk jeg flere klager på. I tillegg var det ikke mulig å starte undersøkelsen på nytt på en annen datamaskin med samme IP-adresse. Dette hindret personer i å videresende undersøkelsen til en annen ansatt i kommunen som var bedre egnet til å svare etter at undersøkelsen var allerede påbegynt.

5.2.3 Datainnsamling til videre forskning: Kvantitative sekundærdata

I tillegg til dataene fra spørreundersøkelsen benytter jeg sekundærdata som supplerer til de eksisterende primærdataene. Dette er blant annet data hentet fra Helsedirektoratets sin hjemmeside. Der finnes det oppdatert tallgrunnlag om kommunens forbruk av sykehustjenester og forholdet mellom dette forbruket og støtte fra staten for kommunal medfinansiering. I tillegg benytter jeg data tilsendt fra Audun Langørgen fra Statistisk sentralbyrå(heretter kalt: SSB) som inneholder data om kommunenes bundne kostnader og frie inntekter. Disse dataene innhentet Audun Langørgen og Rolf Aaberge til sin analyse som har fått navnet "*Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2008*". Det er ikke grunn til å tro at disse dataene har endret seg nevneverdig siden 2008. Jeg vurderer derfor disse dataene som valide til å bruke i min analyse. I tillegg har jeg hentet inn data om kommunenes finansiering fra SSB sin nettside og kommunenes avstand til nærmeste sykehus. Disse dataene vil jeg bruke for å finne ut om det er sammenheng mellom noen av disse dataene og primærdataene funnet fra spørreundersøkelsen.

¹ Eller tilsvarende stilling

5.2.4 Variabler i kvantitativ regresjonsanalyse

Her vil jeg presentere variabler basert på data fra den kvantitative spørreundersøkelsen som blir omgjort til målevariabler og brukt i en avsluttende regresjonsanalyse. Én variabel er vektet ut ifra flere svar fra spørreundersøkelsen. Fremgangsmåten vil også bli presentert her.

Variabel 1: Etablering av Øyeblikkelig-hjelp avdeling

Denne variabelen måler hvilke kommuner som har etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Siden etablering og drift av et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud krever større midler og planlegging av kommunen vektet dette størst, eller med 150 poeng. Et interkommunalt tilbud vektet med 100 poeng, mens kommuner som har et slikt tilbud under etablering får 50 poeng. De kommuner som verken har etablert et sånt tilbud eller har dette under etablering blir vektet med 0 poeng.

Variabel 2: Fokus på helseforebyggende tiltak

Denne variabelen måler i hvor stor grad kommunene fokuserer på helseforebyggende tiltak og er tatt fra den kvantitative spørreundersøkelsen. Jo større fokus kommunene har på helseforebyggende tiltak, jo flere poeng blir de vektet med. Følgende er en oversikt over tildelingen av poeng etter kommunenes fokus. Svært stort fokus blir vektet med 100 poeng mens ikke noe fokus blir vektet med 20 poeng. Respondentene fikk 5 svaralternativer som gir et utfall fra 20-100 poeng med 20 poengs intervall.

Variabel 3: Prioritering av kommunal medfinansiering

Denne variabelen ble laget for å måle kommunens prioritering av stegene 2-4 i Kotters(1996) endringsprosess. Disse stegene blir tolket i denne utredningen til å avsette ressurser, utarbeide en målsetning for endringsprosessen og kommunisere den utover i organisasjonen. Respondentene fra kommunene fikk spørsmål om hvert steg i prosessen og svarene blir alle vektet fra 0-10 poeng. Maksimalt utfall blir dermed 30 poeng, mens minimalutfall blir 0 poeng.

Andre variabler som blir brukt i denne regresjonsanalysen er kommunenes gjeldsgrad, kommunenes indeks for frie inntekter og bundne kostnader og deres avstand til nærmeste sykehus målt i kilometer. Dette er kvantitative sekundærdata.

5.3 Evaluering av metodiske valg

Ved undersøkelser der primærdata innhentes er det sentralt å evaluere kvaliteten av dataene og måten disse blir innhentet på. Følgende evalueringkriterier blir benyttet for å sikre nettopp dette: Pålitelighet(reliabilitet), troverdighet(intern validitet), overførbarhet(ekstern validitet) og overensstemmelse(begrepsvaliditet). Disse blir beskrevet kort i tillegg til en etisk vurdering av dataene og innsamlingen av disse.

5.3.1 Pålitelighet(reliabilitet)

Pålitelighet handler hvorvidt du kan stole på at dataene brukt i undersøkelsen er korrekte og metoden disse innhentes og bearbeides på er til å stole på(Johannesen et al, 2004). Reliabiliteten til kvantitative data kan testes gjennom for eksempel test-retest-reliabilitet der samme undersøkelsen blir gjennomført med et gitt tidsmellomrom. En annen måte å teste undersøkelsens pålitelighet på er at flere forskere tester den samme hypotesen og kommer frem til samme resultat. På grunn av reformens relativt nylige inntreden har det ikke vært en lignende forskning på dette området og derfor ikke mulig å teste reliabiliteten slik. Den kan derimot testes senere ved at andre undersøker den samme problemstillingen.

For å sjekke reliabiliteten på de gjennomførte dybdeintervjuene vil slike tester ikke være hensiktsmessig. Datainnsamlingen er basert på samtaler, og ikke på strukturerte datainnsamlingsteknikker. Reliabiliteten til dybdeintervjuene blir styrket ved en transparent beskrivelse av intervjuet, framgangsmåten og datamaterialet.

5.3.2 Troverdighet(intern validitet)

Intern validitet i kvantitative undersøkelser handler om i hvilken grad vi kan slutte en kausalitet mellom to variabler i vår analyse(Ghauri og Grønhaug, 2005). I kvalitative undersøkelser handler intern validitet om i hvilken grad observasjonene som er funnet reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten(Johannesen et al, 2004).

I denne undersøkelsen har metodetriangulering vært brukt for å øke troverdigheten. Det innebærer at det har vært brukt to metoder som kan understøtte resultatene funnet fra hverandre. Først ble dybdeintervjuer gjennomført som en pilotundersøkelse for problemstillingen. Der kom informantene med ulike svar og påstander som jeg fant interessante. Jeg har deretter testet noen av disse påstandene på et bredere utvalg.

Den største trusselen mot intern validitet av de kvantitative dataene er multikollinearitet mellom to av variablene som blir vektet til variabel 3 som er beskrevet ovenfor. Korrelasjonen mellom disse er rundt 0,84 som beskrives som svært høyt. Dette vil føre til at disse variablene vil måle det samme og komme til svært like resultater og det vil være vanskelig å skille variablenes effekter fra hverandre. Dette ble løst ved at variabelen som omhandlet tildeling av ressurser ble ekskludert fra samlevariabelen i den avsluttende regresjonsanalysen. Denne variabelen ble ekskludert fremfor variabelen som omhandlet utarbeidelse av målsetning siden det gav best resultater, målt ved den justerte forklaringsgraden.

5.3.3 Overførbarhet(ekstern validitet)

Overførbarhet handler om forskningsresultatene kan generaliseres til å gjelde for liknende fenomener. Forskningsresultatenes overføringsverdi vil øke betydelig hvis de kan overføres til å gjelde for hele populasjonen. Det vil derfor være i forskerens interesse(Johannesen et al, 2004).

Populasjonen i denne undersøkelsen består av kommunene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Hele populasjonen er inkludert i bruttoutvalget i undersøkelsen. Derfor har jeg et håp om at resultatene fra nettoutvalget kan generaliseres til å gjelde hele populasjonen. Det vil være tilfellet hvis nettoutvalget ikke inkluderer skjevheter som ikke finnes i populasjonen. Det er ikke grunn til å tro at resultatene ikke kan overføres til å gjelde kommuner i andre fylker. Jeg anser derfor den eksterne validiteten som god.

5.3.4 Bekreftbarhet(objektivitet)

Bekreftbarhet går ut på at forskeren kan godkjenne resultatene som er funnet i undersøkelsen ved å utføre lignende undersøkelser. Dette vil styrke objektiviteten i undersøkelsen. I tillegg kan en selvkritisk holdning til gjennomføringen av prosjektet der en kommenterer skjevheter eller avvik styrke forskningens bekreftbarhet(Johannesen et al, 2004).

Jeg har fokusert på å beskrive de valg jeg har tatt underveis for å bevise at subjektive holdninger ikke har påvirket undersøkelsen. Samhandlingsreformen er relativt ny som medfører at det har vært liten eller ingen lignende forskninger å støtte seg til. Dette gjør det umulig å styrke forskningsresultatenes objektivitet ved å sammenligne resultatene med tilsvarende forskning. Dette kan derimot gjøres for andre som ønsker å forske på det samme

området. Siden jeg mener at ingen subjektive holdninger har påvirket undersøkelsesprosessen bør lignende forskning komme frem til lignende resultater.

5.3.5 Etiske vurderinger

Under forskning må en rette seg etter særskilte etiske retningslinjer som definerer forholdet mellom forsker og informant(Thagaard, 2009). Thagaard(2009) omtaler tre etiske hovedutfordringer, de er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av deltakelse. Her vurderer jeg utfordringene om informert samtykke og konfidensialitet som de mest relevante i denne utredningen. Derfor vil jeg følgelig utdype de litt nærmere.

Informert samtykke

”Som hovedregel skal forskningsprosjekter som inkluderer personer, settes i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke. Informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten at dette får negative konsekvenser for dem.” (NESH, 2006. s. 13)

Denne etiske retningslinjen ble fulgt under arbeidet av denne utredningen ved at informantene ble gjort klar over hva hensikten med oppgaven var og hva det innebar å delta samtidig som aksept for deltakelse ble forespurt. Dette samtykket ble gitt uten noen form for press eller begrensinger for personlig handlefrihet. Dette er et nødvendig krav for at samtykket skal være både informert og frivillig(Thagaard, 2009). Prosjektbeskrivelsen ble sendt ut og godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste(NSD). Dette gjelder både for datainnsamling fra de kvalitative dybdeintervjuene og kvantitative undersøkelsene gjort med en spørreundersøkelse.

Konfidensialitet

”De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på.” (NESH, 2006. S.18).

Ved at datainformasjon anonymiseres forhindrer forskeren at materialet kan skade enkeltpersoner som deltar i forskningsprosjektet. Det skal i tillegg ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner ut ifra datamaterialet og det stilles strenge krav til oppbevaring av materialet og tilintetgjørelse av det.

Under dette forskningsprosjektet ble informantene gjort kjent med kravet om konfidensialitet som de godtok. Under dybdeintervjuene ble samtalene tatt opp på lydbånd. Deretter ble dataene transkribert, personidentifiserende opplysninger ble samtidig fjernet. Etter transkribering ble lydopptakene permanent slettet. Under spørreundersøkelsen ble deltakerne bedt om å oppgi kommunenavn og stillingstittel. Disse dataene var nødvendig å samle inn for å kunne knytte sekundære data til de aktuelle kommunene. Etter at disse dataene ble knyttet opp mot hverandre ble de personidentifiserende opplysningene slettet. Alt datamaterialet ble oppbevart på én datamaskin som var låst med passordbeskyttelse.

6. Empiri

I dette kapitlet vil jeg fremstille den informasjon som er innhentet fra to kvalitative intervjuer, samt informasjonen som ble innhentet ved hjelp av spørreundersøkelse. Jeg vil ut ifra informasjonen som jeg finner relevant komme frem til spørsmål som skal belyse problemstillingen som jeg ønsker å forske videre på.

Kommunal medfinansiering er et relativt utforsket tema. Det finnes lite eller ingenting om virkningene, effektene og resultatene av kommunal medfinansiering. En viktig årsak til dette er naturligvis at reformen bare har vært gjeldende i drøye to år, som har gjort det vanskeligere å få tak i data og informasjon om reformens virkninger. Det har igjen gjort det vanskelig å avdekke noen områder av kommunal medfinansiering som hadde vært interessante å forske videre på. I løpet av disse to årene har derimot delen av reformen om kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fått mye oppmerksomhet og har blitt tildelt mye forskning. Dette kan begrunnes i stor mediedekning og mye oppmerksomhet og interesse fra befolkningen.

6.1 Pilotundersøkelse i to kommuner – oversettelse av Kotter til case

Grunnet lite forskning om kommunal medfinansiering så langt arrangerte jeg to dybdeintervjuer med personer i ledende stillinger i to kommuner. Det første intervjuet var med en i en ledende stilling innen pleie og omsorgssektoren og en fra økonomiavdelingen i en liten kommune. Det andre intervjuet var med en i en ledende stilling innen pleie- og omsorgssektoren i en stor kommune. Disse intervjuene med fagpersoner fra kommunene var ment som en pilotundersøkelse for å få en dypere innsikt i denne delen av reformen fra fagpersoner som jobber med dette daglig og har dyp kunnskap innen feltet. Samtidig var disse undersøkelsene ment for å spørre intervjuobjektene om deres meninger om kommunal medfinansiering, hva de synes har fungert etter planen og hva som har fungert mindre bra. Med dette ville jeg få dypere innsikt i reformen samtidig som jeg kunne få idéer og tips om områder innen reformen som kunne være interessant å forske videre på.

En implementering av en stor reform som Samhandlingsreformen krever en innsats og vilje til endring fra flere involverte parter innen pleie- og omsorgssektoren i kommunene. En slik

implementering kan derfor anses som en stor endringsprosess. Jeg vil knytte opp svarene jeg får fra de to dybdeintervjuene til teorien som er nevnt i kapitlet ovenfor. Videre vil jeg da formulere dette til forskningsspørsmål som jeg vil forske videre på og evaluere gyldigheten av i et bredere utvalg.

Hensikten med kommunal medfinansiering var at det skulle gi kommunene insentiv til å iverksette tiltak som ville virke kostnadsreducerende på kommunens sykehusforbruk. Innledningsvis vil jeg undersøke i hvor stor grad kommunene har klart å fullføre denne endringsprosessen, det vil si etablert en Øyeblikkelig-hjelp avdeling og drive aktivt med helseforebyggende tiltak. Dette tallgrunnlaget vil da skape grunnlag for den videre analysen.

Kommunene som ble intervjuet driver med forebyggende arbeid i varierende grad. Noe forebyggende arbeid har derimot begge kommunene drevet med før reformens inntreden.

“Ja, det er jo dette med folkehelse. Det er en av de tingene som blir satset på av kommunen og fra staten. Det med bedre folkehelse og det forebyggende arbeidet. Det er litt av det som ligger i intensjonen, at vi skal bli mindre syke.”

– Respondent XI

“Vi har for eksempel tilsett en frisklivskoordinator som vi på en måte ikke fått midler til. Og vi har et enormt stort fokus i tjenesteapparatet vårt som handler om forebygging” – Respondent Y

Kommunene hadde derimot ikke etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud i kommunen. Kommune Y og X fant det henholdsvis ulønnsomt å drive og for dyrt å etablere. Kostnadene for å drifte et slikt tilbud var for store for kommune Y, som fant det ikke lønnsomt å etablere et slikt tilbud. Jeg vil undersøke om dette er et vanlig problem i populasjonen og hvordan kommunene velger å prioritere sine midler.

Spørsmål for videreforskning 1: Har kommunene opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud?

Spørsmål for videreforskning 2: I hvilken grad har kommunene økt sitt fokus på helseforebyggende arbeid?

6.1.1 Se behovet for endring

Det første steget jeg vil analysere i Kotters(1996) endringsprosess er steget som omhandler å skape kriseforståelse. Denne kriseforståelsen er elementær for å skape ansvarsbevissthet og vilje til å skape endringer som reformen skulle motivere til. Kommunal medfinansiering og årsaken til dens opphav er ikke best karakterisert som en krise, men bedre et tiltak for å oppnå et ønsket potensial. Det første steget i endringsprosessen oversettes derfor til kommunenes evne til å se deres eget potensial og behov for endring. Hvis en ikke var klar over formålet og målsetningen med den kommunale medfinansieringen ville det sannsynligvis forhindre en effektiv endringsprosess.

På spørsmål om kommunene var klar over mulige endringer og det ekstra ansvarsområdet som ble tildelt kommunene som følge av kommunal medfinansiering fikk jeg varierende svar fra de to respondentene. Respondenten fra kommune Y, som er den store kommunen, virket ansvarsbevisst på hvilke ansvarsområder kommunen fikk som følge av kommunal medfinansiering.

”Ja, det var vi, vi var klar over det. Det som var litt spennende var å se på hva slags grupper spesialisthelsetjenesten mente at vi skulle ta hånd om.” – Respondent Y

Respondenten fra kommune X virket derimot overrasket over virkningene reformen har ført med seg.

”Det som vi hadde fokus på og det vi tilstrebet etter var å ta imot pasientene. Jeg visste om medfinansiering, men jeg var ikke så opptatt med det. Jeg vet ikke hvor bevisste vi var ellers i organisasjonen på det.” – Respondent XI

For kommune X sin del var det den delen av reformen som gjaldt betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som fikk størst oppmerksomhet og ble tildelt størst ressurser før og under etableringen av reformen. Dette har ført med seg at kommunen på imponerende vis har klart å ta hånd om utskrivningsklare pasienter da de ble meldt utskrivningsklare fra sykehusene.

”Vår kommune har løst stort sett alt innenfor rammene. Vi hadde vel noen døgn sent i fjor høst der vi betalte for noen sånne døgn, men ellers har vi løst dette i løpet av de siste to årene ved å ta imot innenfor fristen” – Respondent XI

Det store fokuset på denne delen av reformen har nok ført til at kommunen ikke har viet nok ressurser til forberedelse og implementering av den kommunale medfinansieringen i kommunen.

”Det som var forespeilet og som hadde fokus hos oss var dette med pasienter som ble overliggende hos sykehusene når de egentlig var utskrivningsklare. Det var det som hadde hovedfokus til å begynne med.” – Respondent XI

Respondent X nevnte derimot at fokuset på kommunal medfinansiering har økt betraktelig, spesielt etter at de ble oppmerksomme på at de var underfinansiert på kommunal medfinansiering. Det vil si at de at kommunens innbyggere brukte mer på sykehusopphold enn det de fikk i støtte fra staten for nettopp dette.

”Vi så for oss at i stedet for at vi ligger på minus 800 tusen, at vi lå litt på pluss. At vi hadde midler til å bygge opp kompetanse. Både i forhold til kompetanse og i forhold til å øke bemanningen. Men det har ikke vært rom for å øke bemanning eller kompetanse ut ifra disse midlene. Så det har ikke blitt sånn som ble forespeilet oss.” – Respondent XI

Merforbruket til kommune X var 212 % høyere enn merforbruket til kommune Y i 2012 og 17 % høyere i 2013. Det vil si at begge kommunene bruker mer av sykehustjenester enn det stipulerte forbruket, men at kommune X bruker betydelig mer enn kommune Y. Det kan tenkes at et slikt overforbruk øker kommunenes motivasjon til å gjennomføre tiltak siden deres behov for endring og potensial til forbedring er relativt større enn hos andre kommuner. Eller virker dette merforbruket og den ekstra utgiften det fører med seg hemmende på gjennomføring av tiltak i en budsjett-dreven organisasjon?

De midlene kommune X har måttet betale utover de tildelte midlene har ikke virket som et insentiv for kommune X til å starte opp tiltak som kan redusere sykehusinnleggelse. På

spørsmål om hvorfor ingen tiltak var iverksatt, spesielt siden kommunen var kraftig underfinansiert svarte respondenten fra kommune X:

“Vi snakker om det men vi er ikke der at vi har det på plass. Vi drøyer litt for å se. Vi har ikke de Øyeblikkelig-hjelp plassene på plass.” – Respondent XI

På spørsmål om årsaken til dette svarte respondenten:

“Både at en ikke helt vet hvordan dette skal løses og at vi ligger litt på vent.” – Respondent XI

Dette er et område som jeg vil forske videre på. Støtten som kommunene får grunnet medfinansieringsansvaret som en del av rammetilskuddet er justert for en rekke faktorer med tilhørende vekting som skal fange opp utgiftsvariasjoner i kommunene. Et forbruk utover dette tilskuddet tilsier at kommunen har et forbruk utover det som er forventet. Dette kan for eksempel skyldes dårligere helsetilstand blant innbyggerne sammenlignet med en gjennomsnittskommune. Jeg vil undersøke om kommunene er klar over denne tilstanden. Er kommunene oppmerksom på at innbyggernes forbruk av sykehustjenester er for stor, kan en tenke seg at det gjør kommunene bedre rustet til å planlegge og implementere en endringsprosess for å redusere merforbruket.

Spørsmål for videreforskning 3: I hvilken grad ser kommunene behovet for endring?

Som nevnt tidligere innviet kommune X store deler av sine ressurser som var tiltenkt Samhandlingsreformen til å kunne ta imot pasienter når de ble erklært utskrivningsklare for å unngå betalingsplikt. Dette har medført at kommunen ikke har tildelt tilstrekkelige ressurser til andre deler av reformen og tiltak den skulle motivere til.

“Og kommune X har jo gått inn i det med folkehelse, vi har midler der og. Man har jo fokus på det. Det var liksom det andre vi hadde mest fokus på.” – Respondent XI

Kommunen mente at de ekstra utgiftene forbundet med kommunal medfinansiering har tvunget kommunen til å omprioritere på de budsjetterte midlene som har gjort muligheten for

iverksetting av tiltak mindre. På spørsmål om kommunal medfinansiering har virket som et insentiv til å drive aktivt med forebyggende arbeid svarte respondenten fra kommunen:

“Vi er ikke kommet dit enda hvertfall.” – Respondent XI

Kommune Y hadde derimot planlagt detaljerte tiltak som skulle redusere kommunens forbruk av sykehustjenester og intervjuobjektet forklarte at kommunen var godt innforstått med hva denne delen av reformen innebar.

“Altså, alle nye ting som kommer inn blir møtt med skepsis over alt. Det er ikke dermed sagt at det er et dårlig alternativ, sant. Sånn at jeg tenker at vi er nødt til å tenke på hvordan man får redusert bruken av sykehustjenester. Det mener jeg ærlig og oppriktig. Og det mener jeg det har reformen virkelig satt fokus på i forhold til det med forebygging og i forhold til dette med vektreduksjoner.” – Respondent Y

Kommune Y var godt klar over hvilke utfordringer de sto ovenfor som ville gjøre det lettere å iverksette effektive tiltak som kunne redusere deres utgifter til kommunal medfinansiering.

“I Y så har vi en folkehelseprofil som sier noe om at vi har veldig mange uføretrygdet i 40-års alderen. Vi har mange som dropper ut av skolen her og, og blir sosialt hjelpemottakere. Alle disse tingene er bra at blir satt fokus på.” – Respondent Y

En erkjennelse for endring og kunnskap om hvilke tiltak som vil være effektive og hvilke områder det vil være mest lønnsomt å fokusere på vil skape et godt utgangspunkt for en endringsprosess. Det neste forskningsspørsmålet omhandler derfor om en tydelig prioritering på endringsbehovet til kommunene har effekt videre i endringsprosessen.

Spørsmål for videreforskning 4: Er det sammenheng mellom erkjennelse for endring og vellykket endringsprosess?

6.1.2 Prioritering av ressurser til kommunal medfinansiering

Neste steget i Kotters(1996) endringsprosess er å tildele ressurser for å gjøre endring mulig. Kommune Y har tydelig prioritert reformen fra starten av og har iverksatt tiltak for at tiltakene skulle bli iverksatt og forankret blant alle involverte.

“Jeg begynte (med innføring av reformen) når jeg begynte i denne stillingen, det er tre år siden. Det var akkurat i innføringen av Samhandlingsreformen. Men det er på ingen måte jeg som har gjort jobben alene, dette hadde vi aldri greid uten at hele tjenesteapparatet ute visste at dette var det som var forventet. Så det har vært masse gode folk ute i organisasjonen som har hjulpet til, og for å utforme tjenesteavtalene med spesialisthelsetjenesten.” – Respondent Y

Kommune X har også prioritert å innføre reformen og forankre det behovet blant andre ansatte.

“Lokalt er vi helt avhengig av et godt samspill mellom tverrfaglige tjenester. Både innenfor pleie- og omsorgsdelen er det også flere som driver, rehabiliteringstjenester og legetjenester. Det er jo med at vi har kunne hatt et godt samarbeid som har gjort at vi har kunnet løst ting lokalt.” Respondent XI

Kommune X har derimot hatt et mer begrenset og selektivt fokus ved innføring av reformen. Som tidligere nevnt lå fokuset mer på å kunne ta hånd om utskrivningsklare pasienter til rett tid.

“Det som var forespeilet og som hadde fokus hos oss var dette med pasienter som ble overliggende hos sykehusene når de egentlig var utskrivningsklare.” – Respondent XI

Mulige virkninger av kommunal medfinansiering kom også som en overraskelse på kommune X:

”Vi visste hvordan ting var i forkant. I forhold til den faglige delen. Men i forhold til det økonomiske var vi ikke så klar over hvordan ting kom til å slå ut.” – Respondent X1

og

”I forhold til dette med medfinansering, så har X kommune en høy kostnad i forhold til andre sammenlignbare kommuner. Det har noe med alders sammensetningen vår.” – Respondent X2

Det siste utsagnet vitner om at kommune X ikke var klar over at tilskuddet kommunen får for kommunal medfinansiering er justert for ulike utgiftsvariasjoner i kommunene, for eksempel alderssammensetning. Skyldes dette utilstrekkelig prioritering av kommunal medfinansiering? Siden kommune X er en relativt liten kommune vil jeg undersøke om flere små kommuner har opplevd problemer med å avgi tilstrekkelige ressurser til å prioritere kommunal medfinansiering og tiltakene som iverksettes som følge av den.

Spørsmål for videreforskning 5: Er det sammenheng mellom kommunenes størrelse og prioritering av kommunal medfinansiering?

Særlig de økonomiske konsekvensene av kommunal medfinansiering kom overraskende på kommune X. Kommunen påpekte flere ganger på i løpet av intervjuet at uforutsette utgifter knyttet til denne delen av reformen har hindret dem i å iverksette tiltak. Jeg vil derfor undersøke om kommuner med mindre økonomisk handlefrihet har enn større tendens enn andre til å nedprioritere kommunal medfinansiering.

Spørsmål for videreforskning 6: Er det sammenheng mellom kommunenes økonomiske situasjon og prioritering av kommunal medfinansiering?

Til slutt vil jeg undersøke i en større skala om prioriteringen av kommunal medfinansiering er avgjørende for kommunene i å fullføre denne endringsprosessen. På grunn av sin økonomiske situasjon så har kommune X ikke hatt mulighet til å iverksette tiltak som kommunal medfinansiering skulle motivere til. Samtidig satset kommune Y på forebyggende arbeid ved å undersøke kommunens folkehelseutfordringer og tok tak i disse. Dette var tydelig prioritert av kommunen, uten at økonomiske utfordringer ved dette ble nevnt. Jeg vil

undersøke om denne sammenhengen finnes igjen i populasjonen.

Spørsmål for videreforskning 7: Er det sammenheng mellom prioritering av kommunal medfinansiering og en vellykket endringsprosess?

6.1.3 Fjerne hindringer

Følgende vil jeg undersøke hvilke hindringer kommunene har opplevd underveis i sin endringsprosess. Dette er steg 5 i Kotters(1996) endringsprosess. Som tidligere nevnt har tiltaket om Øyeblikkelig-hjelp avdeling ikke blitt gjennomført hos de to kommunene som ble intervjuet grunnet ressursmangel og ulønnsom drift av dette tilbudet. Kommunene fant derimot ressurser til å drive med helseforebyggende arbeid, noe de også gjorde før reformens inntreden. Årsaken til manglende oppstart og drift av Øyeblikkelig-hjelp i de respektive kommunene var følgende:

”Vi hadde jo et håp om at vi skulle starte opp denne Øyeblikkelig-hjelp avdelingen i fjor, men da kom en som sagt ikke til enighet med legene om hvor mye de skulle ha i betaling for å gå inn i helgene og det er heller ikke forhandlet sentralt. Så vårt syn på den saken er at det er for høyt beløp som de krever og at det vil ta for mye av midlene som vi får til dette. Så der er vi ikke kommet noen vei.” – Respondent Y

Svaret fra respondent X om hvorfor de ikke hadde opprettet et Øyeblikkelig-hjelp tilbud var todelt. For det første nevnte de at underfinansieringen av kommunal medfinansiering førte til at kommunen ikke hadde tilstrekkelige midler for å kunne opprette et slikt tilbud, mens den andre grunnen var manglende kunnskap om hvordan det ville være best å opprette tilbudet.

”Ja, det er klart at de fleste kommunene sliter, kommune X og, hvis det går mer ut enn det går inn på denne Samhandlingsreformen så må vi hente det fra andre plasser. Da blir det redusert aktivitet der.” – Respondent X2

Mens kommune Y fant ressurser til å drive aktivt med forebyggende tiltak, er tilgjengelige ressurser flaskehalsen til kommune X og grunnen til at de ikke har økt sin aktivitet på forebyggende arbeid.

“Og så er vel Samhandlingsreformen en tanke om at vi skal gjøre noe lokalt for å forbedre folkehelse, men det blir ikke så mye igjen når vi går i minus med ganske mange hundre tusen.” – Respondent X2

Øyeblikkelig-hjelp avdeling og økt fokus på helseforebyggende arbeid skal bidra til forbedret folkehelse og reduserte sykehusinnleggelser. Iverksetting av slike tiltak vil derfor kunne sees på som en investering der gevinsten ikke vil materialisere seg før et stykke frem i tid. Jeg vil undersøke om mangel på ressurser hindrer kommunene i å foreta en slik investering.

Spørsmål for videreforskning 8: I hvilken grad oppleves ressurser som hindring for etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering?

Begge kommunene var enig i at gevinsten en kan oppnå i form av redusert kostnad for sykehusinnleggelser ved å opprette Øyeblikkelig-hjelp tilbud er for liten til å kunne forsvare investeringskostnaden og kostnadene for å drifte dette tilbudet.

“En investering i Øyeblikkelig-hjelp kan ha en effekt, men jeg tror vel egentlig at man må være større enn Y for å få god nok effekt, det tror jeg. Men det vet vi ikke.” – Respondent Y

“For hos oss så driver vi vår egen legevakt og er så liten kommune så er det en høy vaktbelastning på de lokale legene våre. Vi har fire leger inkludert turnuskandidat. De har legevakttjenester kontinuerlig. 24 timer i døgnet. Det hadde nok vært lettere å få på plass Øyeblikkelig-hjelp i lag med de andre. Det tror jeg nok gjerne, at det må være i lag med de andre. Jeg vet ikke helt. Rådmannen er nok avventende til dette.” – Respondent XI

Respondentene fra kommunene antyder at det finnes store stordriftsfordeler i driften av Øyeblikkelig-hjelp avdelinger, samtidig som de poengterte at de ikke hadde god nok kunnskap til dette. Hvis det er tilfellet, vil større kommuner dra fordel av dette og enklere kunne opprette et slikt tilbud. Kostnadsstrukturen ved slik drift innebærer da så store faste kostnader at en lønnsom drift må være av en viss størrelsesorden. Dette kommenterer respondent Y i følgende utsagn:

“Blant annet i Y så har en jo for eksempel en politisk beslutning om at Øyeblikkelig-hjelp sengene, de skal være på (stedsnavn) sykehjem, og det er 1,9 senger, sant. Og det vil jo selvsagt bety at noe fornuftig drift for 1,9 senger blir ikke noe god drift.” – Respondent Y

og

“Jeg tror nok at de aller fleste kommunene synes at vi har fått for lite penger, men at det kan jo like godt handle om at kommunene er for små til å håndtere dette her, alle disse forandringene selv. Sånn at interkommunale selskap vil jo være det naturlige å tenke for de små kommunene da.” – Respondent Y

Spørsmål for videreforskning 9: Oppleves stordriftsfordeler som en hindring for mindre kommuner i opprettelse av Øyeblikkelig-hjelp tilbud?

Den andre grunnen til at kommune X ikke hadde opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud er manglende kunnskap om hvordan det vil være best å opprette tilbudene. Derfor avventer de situasjonen.

“Vi snakker om det men vi er ikke der at vi har det på plass. Vi drøyer litt for å se. Vi har ikke de Øyeblikkelig-hjelp plassene på plass.” – Respondent XI

På spørsmål om årsaken til manglende oppstart svarte respondenten:

“Både at en ikke helt vet hvordan dette skal løses og at vi ligger litt på vent. Akkurat hvordan X kommer til å gjøre det, det vet jeg ikke.” – Respondent XI

Mens kommune Y har investert i kompetanseoppbygging blant de ansatte har kommune X ikke funnet tilgjengelige midler til dette.

“Kompetansen måtte vi jo bygge opp, sant. Sånn at den er jo nesten på plass nå da. Det mangler jo litt hospitering og sånne ting, men det ligger det jo i Samhandlingsavtalene eller tjenesteavtalene med spesialisthelsetjenesten.” – Respondent Y

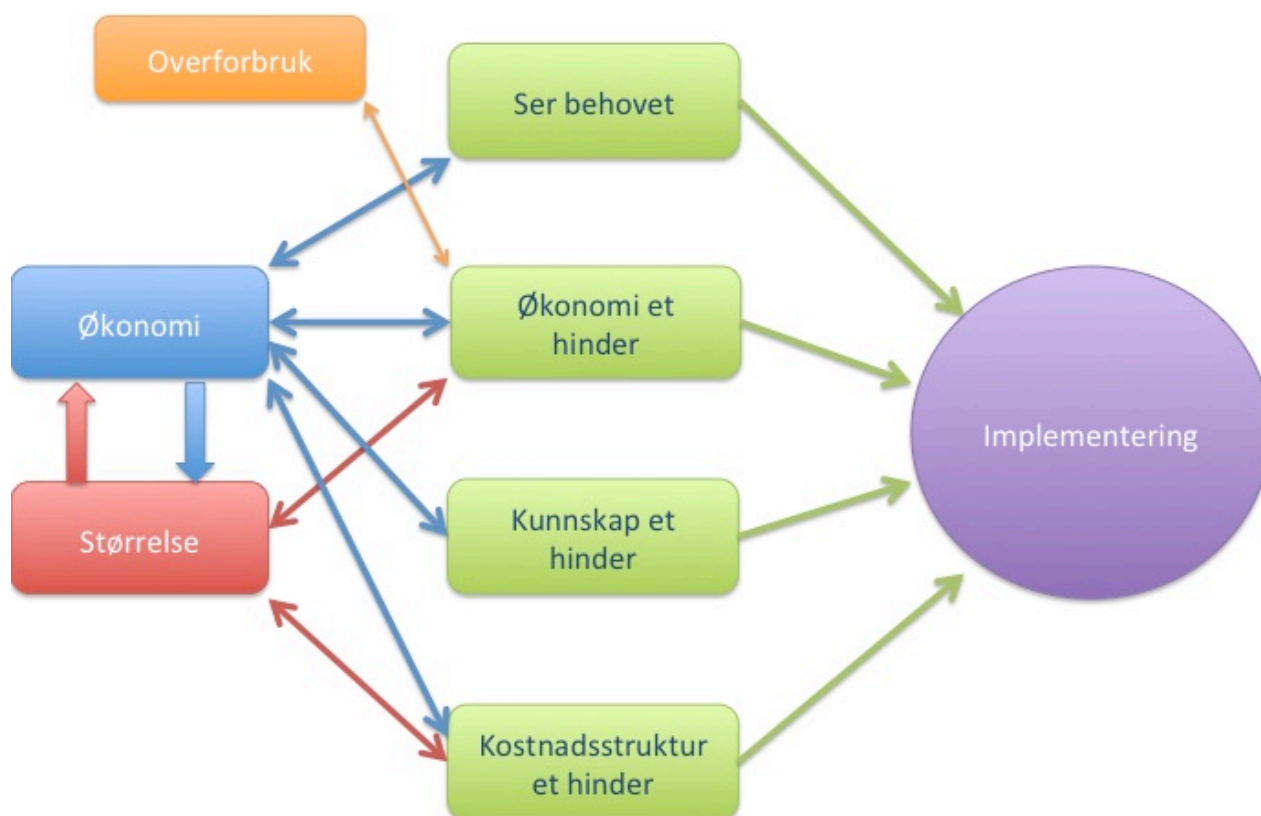
“Så kommunen har vært positiv til kompetansepåfyll, men det har ikke vært sånn at det har vært mye midler til rådighet. Det står ikke masse midler til rådighet i Samhandlingsreformen til å kunne tilby x antall personer videreutdanning.” – Respondent XI

Under intervjuet med respondentene fra kommune X poengterte de at styringsinformasjonen som var tilgjengelig for dem var for begrenset. De mente at denne styringsinformasjonen ikke var tilstrekkelig til å kunne danne seg et bilde over helseutfordringene til innbyggerne i kommunen eller holde oversikt over hva slags diagnose pasientene får som kommunen må betale sin andel av. Et mer utfyllende svar på denne problemstillingen fikk jeg fra økonomisjef i kommune X som skrev følgende på e-post:

“Ei grunnleggjande problemstilling er mangelen på styringsinformasjon. Som kommune må me passivt godta rekningane som kjem frå Helse Vest. Helsedirektoratet lager gode statistikkar, men dette er på eit nivå som ikkje gjev tilstrekkeleg informasjon.” – Økonomisjef, kommune X

Mangel på kunnskap eller informasjon kan være en hindring for at kommunene skal sette i gang lønnsomme tiltak. Kommunene må ha tilstrekkelig kunnskap blant de ansatte for å kunne opprette og drifte slike tilbud, samt tilstrekkelig styringsinformasjon for å adressere folkehelseutfordringer som er lønnsomme for å iverksette forebyggende tiltak mot.

Spørsmål for videreforskning 10: I hvilken grad oppleves kunnskap som hindring for etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering?



Modellen ovenfor viser en oversikt over de forskningsspørsmål som er fremstilt i denne utredningen på bakgrunn av problemstillingen og som skal undersøkes videre og besvares ved en spørreundersøkelse. I det neste delkapitlet blir dataene fra denne kvantitative spørreundersøkelsen presentert og fremstilt gjennom grafer og andre modeller.

6.2 Kvantitativ spørreundersøkelse

6.2.1 Forskningsspørsmål 1: Har kommunene opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud?

Dette forskningsspørsmålet stilles for å gi et bilde av hvor mange kommuner har opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud og hvordan fordelingen er mellom selvstendige og interkommunale tilbud. Resultatene vil danne grunnlag for resten av analysen. Kommunenes endringsprosess kan sees som gjennomføring av de virkemidlene reformen har pålagt kommunene for å nå dens mål. Etablering av Øyeblikkelig-hjelp avdeling og økt grad av

forebyggende arbeid skal øke ressursutnyttelsen i helsesektoren og øke koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette avhenger av at kommunene gjennomfører og får nytte av de tiltak som reformen motiverer til.

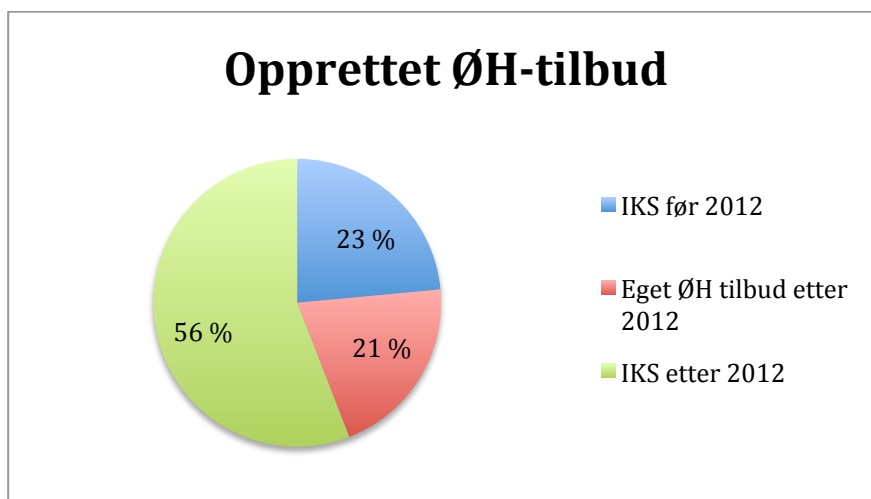
Etablering av Øyeblikkelig-hjelp avdelinger i sterk vekst

I det tidsrommet hvor spørreundersøkelsen ble gjennomført var det 58,6 % av respondentene som hadde opprettet Øyeblikkelig-hjelp avdeling i sin kommune eller som interkommunalt samarbeid med andre nærstående samarbeidskommuner. I nettoutvalget var det 34 kommuner som hadde etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud, mens 24 kommuner ikke hadde opprettet en slik avdeling. 4 kommuner svarte ikke på det spørsmålet.

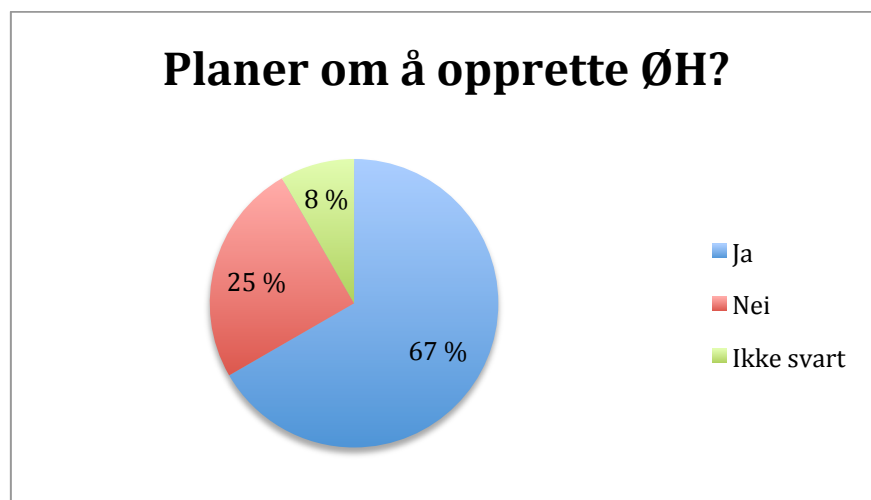
ØH_etablert

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	24	41.4	41.4	41.4
Valid 1.00	34	58.6	58.6	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Av de 34 kommunene som på nåværende tidspunkt drifter en Øyeblikkelig-hjelp avdeling var det 8 kommuner som hadde opprettet et slikt tilbud før reformens inntreden. Samtlige av disse tilbudene var en del av et interkommunalt samarbeid. Det vil si at 26 kommuner av nettoutvalget etablerte et slikt tilbud etter 1. januar 2012. 7 kommuner har etablert et selvstendig tilbud, mens 19 kommuner er en del av et interkommunalt samarbeid.



Kommunene er pålagt å etablere og drifte et Øyeblikkelig-hjelp tilbud fra 1. januar 2016. De 24 kommunene som ikke hadde etablert et slikt tilbud da spørreundersøkelsen ble besvart ble spurt om grunnen til dette og om de tiltakene som var planlagt for å etablere dette før 1. januar 2016. En klar majoritet av disse kommunene har planer om å opprette dette tilbudet i nærmeste fremtid.



En stor andel av de respondentene som ikke hadde opprettet en Øyeblikkelig-hjelp avdeling var i etablerings- eller planleggingsfasen av et slikt tilbud. Av disse var det også en klar majoritet som har valgt å inngå i et interkommunalt samarbeid med andre kommuner. Av figuren nedenfor ser vi at det er en svært liten andel av hele nettoutvalget som ikke har planer om å etablere et slikt tilbud.



Kommuner med overforbruk	
Opprettet ØH	Ikke opprettet ØH
15	15

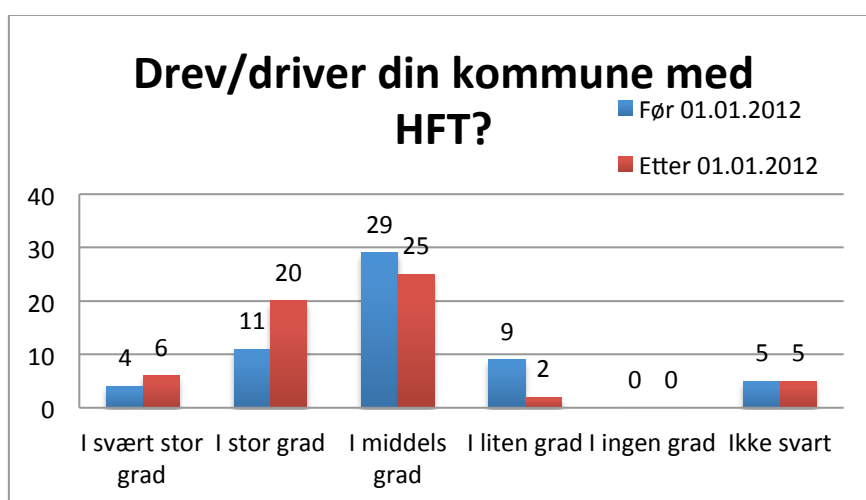
Av de kommunene med et overforbruk på kommunal medfinansiering i 2013 var det 50 % som hadde etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Hele 93,3 % hadde enten etablert et slik tilbud eller hadde nærstående planer om det. Til sammenligning var det 59 % av alle kommunene i nettoutvalget som hadde etablert et slikt tilbud og 86 % som enten hadde etablert en slik avdeling eller har planer om å gjøre det. Dette viser at de kommunene som burde ha ekstra grunn og motivasjon til endringsbehov viste dette og fikk i stor grad gjennomført denne delen av endringen. Dette viste også andre kommuner som viste omtrent like god evne til endring. Vi ser derfor en tendens til at kommunene viste tilstrekkelig endringsbehov, men at overforbruk på kommunal medfinansiering ikke var en avgjørende årsak til endring.

6.2.2 Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad har kommunene økt sitt fokus på helseforebyggende tiltak?

Etter Samhandlingsreformen trådte i kraft har behandlingsaktiviteten til sykehusene økt og ventelistene har gått ned (Halvorsen og Hansen, 2013). Økningen i behandlingsaktiviteten skyldes at den gjennomsnittlige liggetiden har gått ned ved at pasientene ligger på sykehusene i færre døgn etter at de er blitt erklært utskrivningsklare. Denne atferdsendringen er oppnådd grunnet det andre økonomiske insentivet i Samhandlingsreformen som

omhandler kommunenes betalingsplikt for ethvert døgn kommunens pasienter blir liggende på sykehusene etter at de er blitt erklært utskrivningsklare. Denne økte behandlingsaktiviteten har ført til at kommunenes utgifter forbundet med kommunal medfinansiering også er blitt høyere enn den ellers ville ha vært uten dette insentivet.

Økt fokus på helseforebyggende tiltak skal bidra til å redusere kommunens utgifter til sykehusinnleggelser. Dette tiltaket, som er motivert av kommunal medfinansiering, skal bidra til reduksjon av sykehusinnleggelser på lengre sikt ved at kommunene i større grad satser på effektiv forebygging og pleieinnsats. Kommunene blir belønnet for dette arbeidet ved at den generelle folkehelse forbedres som vil føre til færre sykehusinnleggelser og dermed lavere utgifter knyttet til kommunal medfinansiering.



Av søylediagrammet ovenfor ser vi at fokuset på helseforebyggende tiltak i kommunene har økt etter Samhandlingsreformens inntreden i 2012. Flere kommuner driver aktivt med helseforebyggende tiltak, det vil si i stor grad og i svært stor grad. På den andre siden er det fortsatt et betydelig antall kommuner som ikke driver aktivt med helseforebyggende tiltak. Ved å vekte kommunenes fokus fra 1-5 har en gjennomsnittskommune et fokus på 3,19 før Samhandlingreformens inntreden, mens fokuset etter 1. januar 2012 har økt til 3,57. Det innebærer et fokus som ligger mellom middels og stor grad på helseforebyggende tiltak.

Det ser ut til at kommunenes fokus på helseforebyggende tiltak ikke har vært like stort som deres fokus på å starte opp et Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Av de 53 respondentene som svarte på disse spørsmålene for sine kommuner var det 17 kommuner som hadde økt sitt fokus på helseforebyggende tiltak etter Samhandlingsreformens inntreden, mens 36 kommuner hadde

likt fokus på dette som før 1.januar 2012. Til sammenligning var det 26 kommuner som hadde etablert Øyeblikkelig-hjelp avdeling etter 2012.

Respondentenes svar vitner om at flere kommuner har prioritert etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud fremfor økt fokus på helseforebyggende tiltak. Respondentene fikk mulighet, men ikke en plikt, til å svare på hvorfor kommunen valgte å ikke drive aktivt med helseforebyggende tiltak. 10 respondenter svarte for kommuner som hadde etablert Øyeblikkelig-hjelp avdeling, mens 9 respondenter svarte for kommuner som hadde en slik avdeling under etablering og var ventet i løpet av 2014.

	Hva er grunnen til at din kommune ikke driver aktivt med HFT?		
	Manglende ressurser	Manglende kunnskap om tiltak	Under planlegging
ØH etablert	70 %	20 %	10 %
ØH under etablering	78 %	22 %	0

En klar majoritet av kommunene i nettoutvalget som ikke driver aktivt med helseforebyggende tiltak begrunner dette med manglende ressurser. Dette er uavhengig om kommunene har klart å opprette Øyeblikkelig-hjelp tilbud som vitner om at etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud prioriteres høyere av disse kommunene. Det er derimot verdt å merke seg at alle de 19 kommunene som valgte å svare på dette spørsmålet hadde etablert et interkommunalt tilbud, ikke en selvstendig dreven avdeling.

6.2.3 Forskningsspørsmål 3: I hvilken grad ser kommunene behovet for endring?

Første del av spørreundersøkelsen som ble sendt ut til kommunene omhandlet deres egen forståelse av behovet for en ny reform. En god måleparameter på kommunenes behov for reduserte sykehusinnleggelser og forbedret folkehelse er deres mer- eller mindreforbruk av sykehustjenester knyttet til kommunal medfinansiering. Siden støtten kommunene får for kommunal medfinansiering er vektet etter et større antall kostnadsdrivere som skal reflektere et naturlig kostnadsbruk for enhver kommune vil et merforbruk signalisere et unødvendig overforbruk av sykehustjenester og et potensial for reduksjon av disse. En vil da kunne si at kommuner med et merforbruk knyttet til kommunal medfinansiering har et relativt større endringsbehov enn andre kommuner. Et nødvendig utgangspunkt for å kunne redusere dette

merforbruket er å være klar over endringsbehovet, eller potensialet for reduksjon av sykehusinnleggelser.

Varierende oppfatning av behovet for endring

Kommuner med et merforbruk på kommunal medfinansiering vil ha større behov for endring som burde gjenspeiles i deres oppfatning av behovet for endring. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser derimot at det er svært varierende oppfatning av behovet for endring blant kommunene med merforbruk.

Overforbruk per innbygger	For mange sykehusinnleggelser innen din kommune?				
	Ja, i svært stor grad	Ja, i stor grad	I middels grad	Nei, i liten grad	Nei, i ingen grad
0-100 kr	9,5 %	27 %	27 %	27 %	9,5 %
100-200 kr	0 %	25 %	50 %	17 %	8 %
>200 kr	17 %	33 %	33 %	0 %	17 %

Disse resultatene viser at det oppfattede endringsbehovet blant kommunene med et merforbruk er meget varierende. Det er derfor ikke lett å se en sammenheng eller trekke noen konklusjoner ut ifra disse svarene. En klar majoritet av respondentene med merforbruk mener derimot at deres kommuner har et for stort forbruk av sykehustjenester over middels grad. Når det gjelder forklaringen bak dette overforbruket får vi todelte svar. Halvparten mener at det høye forbruket av sykehustjenester skyldes for dårlig helsetilstand blant innbyggerne i kommunen. Reformens virkemidler, som er økt fokus på forebygging og økt behandling i kommunen, kan kommunene derfor komme godt med. Den andre halvparten mener derimot at dette store forbruket av sykehustjenester skyldes eksterne faktorer som kommunen selv har liten påvirkning på. Disse forklaringene er nærhet til sykehus og for mange henvisninger til sykehus av fastlege.

Ved å sammenligne resultatene med tilsvarende resultater fra respondentene i kommunene med mindreforbruk kan en se en tendens til økt oppfattelse av endringsbehov blant kommuner med merforbruk. Ved å sammenligne de kommunene som mener at merforbruket skyldes for dårlig helsetilstand med kommunene med mindreforbruk kan en se en klar tendens til økt oppfattelse av endringsbehov hos kommunene med merforbruk på kommunal

medfinansiering. Hvis en vokter grad av endringsbehov fra 1-5, der svært stort endringsbehov blir vektet til 5 og ikke noe endringsbehov blir vektet til 1 får kommuner med et merforbruk som skyldes helsetilstand en score på 3,75 mens kommuner med mindreforbruk får en tilsvarende score på 2,33.

Mindreforbruk per innbygger i 2013				
For mange sykehusinnleggelser innen din kommune?				
Ja, i svært stor grad	Ja, i stor grad	I middels grad	Nei, i liten grad	Nei, i ingen grad
0 %	7 %	30 %	52 %	11 %

6.2.4 Forskningsspørsmål 4: Er det sammenheng mellom erkjennelse for endring og vellykket endringsprosess?

På bakgrunn av dybdeintervjuene ble dette forskningsspørsmålet stilt som undersøker om det finnes en sammenheng mellom kommunenes egen oppfattelse av endringsbehov og en vellykket endringsprosess. En vellykket endringsprosess blir i denne sammenheng definert som en prosess der de tiltakene som skal bidra til reduserte sykehusinnleggelser er etablert og driftes på det tidspunktet den kvantitative undersøkelsen fant sted. Det vil si at en Øyeblikkelig-hjelp avdeling er etablert og driftes selvstendig av en kommune eller interkommunalt, og at kommunen driver aktivt med helseforebyggende tiltak. Dette forskningsspørsmålet ønsket å undersøke om et større endringsbehov som innebærer en større mulighet for gevinst motiverer i større grad til handling.

Vi har sett at det finnes en viss sammenheng mellom kommunenes egen oppfatning av endringsbehov og deres forbruk av sykehustjenester. Ifølge teorien som beskrevet tidligere i utredningen skal en slik forståelse for sitt eget endringsbehov virke stimulerende og motivere til en effektiv endringsprosess (Kotter, 1996). Av følgende krysstabell kan vi se at det ikke finnes noen tydelig sammenheng mellom kommunenes oppfattelse av eget endringsbehov og opprettelse av Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Tvert i mot, kan en se en liten negativ samvariasjon mellom kommunenes egen oppfatning og aktive Øyeblikkelig-hjelp tilbud.

	For mange sykehusinnleggelseser innen din kommune?				
Opprettet ØH?	Ja, i svært stor grad	Ja, i stor grad	I middels grad	Nei, i liten grad	Nei, i ingen grad
Ja	7 %	7 %	33 %	33 %	20 %
Nei	0 %	36 %	32 %	32 %	0 %

En mulig forklaring på dette er at flere respondenter fra kommunene var av den oppfatning at antall sykehusinnleggelseser ikke kunne forklares av helsetilstanden til kommunens innbyggere, men eksterne årsaker som kommunen har liten eller ingen påvirkningskraft på. Øyeblikkelig-hjelp avdeling ville i så fall ikke være en effektiv løsning på problemet. Derfor undersøkes det om de kommunene som mener at et høyt sykehusforbruk skyldes dårlig helsetilstand i større grad oppretter et Øyeblikkelig-hjelp tilbud.

	Helsetilstand årsaken til for mange sykehusinnleggelseser				
	For mange sykehusinnleggelseser innen din kommune?				
Opprettet ØH	Ja, i svært stor grad	Ja, i stor grad	I middels grad	Nei, i liten grad	Nei, i ingen grad
Ja	25 %	25 %	50 %	0	0
Nei	0	60 %	40 %	0	0

Denne sammenhengen kan derimot ikke bevises av krysstabellen ovenfor. Av de ni respondentene som mente at helsetilstanden var årsaken til mange sykehusinnleggelseser innen sin kommune var det kun fire kommuner som hadde fått etablert en Øyeblikkelig-hjelp avdeling. Siden dette delutvalget er så lite kan det vise skjevheter som gir et feilaktig bilde, men vi ser at fordelingen mellom disse kommunene gir et lignende bilde som fordelingen mellom alle kommunene i nettoutvalget.

Følgende krysstabell viser også det samme resultatet. En klar samvariasjon mellom respondentenes oppfattelse av kommunens eget potensial for endring og fokus på helseforebyggende tiltak er ikke synlig. For å kunne vise en tendens til en slik sammenheng måtte fokuset på helseforebyggende tiltak øke markant med økningen i behovet for endring. Av tallene på den nederste raden i tabellen nedenfor viser et gjennomsnitt av kommunenes satsning på helseforebyggende tiltak. Der blir et svært stort fokus på helseforebyggende tiltak vektet med tallet 5, mens ikke-eksisterende fokus på slike tiltak blir vektet med tallet 1. Disse resultatene viser ikke en sammenhengende økning i fokuset på helseforebyggende tiltak når behovet for endring øker.

Fokus på HFT	For mange sykehusinnleggelser innen din kommune?				Nei, i ingen grad
	Ja, i svært stor grad	Ja, i stor grad	I middels grad	Nei, i liten grad	
I svært stor grad	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
I stor grad	5 %	20 %	40 %	20 %	15 %
I middels grad	0 %	16 %	28 %	48 %	8 %
I liten grad	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %
I ingen grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Ikke svart	0	20 %	60 %	20 %	0 %
Gjennomsnitt	4,5	3,5	3,625	3,278	3,833

6.2.5 Forskningsspørsmål 5: Er det sammenheng mellom kommunenes størrelse og prioritering av kommunal medfinansiering?

Resultatene fra de kvalitative dybdeintervjuene tydet på at den store kommunen viet større ressurser til prioritering og forberedelse av tiltakene motivert av kommunal medfinansiering enn den mindre kommunen. Dette forskningsspørsmålet ønsket derfor å undersøke om respondentenes oppfattelse av de store kommunenes prioritering av kommunal medfinansiering skiller seg klart fra de små kommunenes oppfattelse av egen prioritering. Dette måletallet blir betegnet som oppfattelse av egen prioritering siden respondentene skulle bruke sitt eget skjønn til å vurdere kommunens prioritering og inneholder derfor ikke konkrete tall, men en subjektiv vurdering. Selv om kommunenavnene er gjort anonyme i denne utredningen, kan det forekomme at respondentenes svar avviker fra andres meninger.

Sammenhengen mellom kommunenes prioritering og de økonomiske variablene beskrevet ønskes vist gjennom korrelasjon. Korrelasjon måler samvariasjon mellom to variabler, på en skala fra -1 til +1. En korrelasjon på -1 signaliserer en perfekt negativ samvariasjon mellom de to variablene, mens en korrelasjon på +1 signaliserer en perfekt positiv korrelasjon. En korrelasjon på 0 signaliserer ingen samvariasjon mellom de to variablene. På tross av resultatene fra dybdeintervjuene som antydte at store kommuner kunne ha større tilgjengelige midler til å prioritere kommunal medfinansiering, ble ingen slike resultater funnet fra respondentenes svar fra de øvrige kommunene. Fra tabellen i vedlegg A kan en se at korrelasjonskoeffisienten mellom befolkning og kommunenes prioritering var positiv, men svært lav. Korrelasjonen ble heller ikke funnet statistisk signifikant. Det vil si at nullhypotesen som tilsa at det ikke er noen lineær korrelasjon mellom de to variablene ikke

kunne forkastes og en kan derfor ikke konkludere med at det finnes lineær korrelasjon mellom disse variablene. Dette tyder på at store kommuner ikke har hatt større muligheter til å prioritere kommunal medfinansiering sammenlignet med mindre kommuner.

6.2.6 Forskningsspørsmål 6: Er det sammenheng mellom kommunenes økonomiske situasjon og prioritering av kommunal medfinansiering?

Meningen med dette forskningsspørsmålet er å undersøke om prioritering av reformen har en sammenheng med kommunenes økonomiske stabilitet og ressurser. Årsaken til at kommune X mente at de ikke kunne sette i gang de tiltak motivert av kommunal medfinansiering var at de ikke hadde tilstrekkelige midler til rådighet. Samtidig hadde kommune Y satt i gang disse tiltakene til en viss grad selv om respondenten syntes at midlene kommunen fikk til rådighet kunne vært større. Inntrykket var derimot at de hadde tilstrekkelig med midler til å kunne drive noen tiltak til en viss grad.

Derfor finner jeg det naturlig å undersøke om prioritering av kommunal medfinansiering har en sammenheng med kommunenes økonomiske situasjon.

De økonomiske variablene jeg velger å sammenligne med målevariabelen for prioritering av kommunal medfinansiering er kommunenes gjeldsgrad i 2013, kommunenes indeks for bundne kostnader og indeks for frie inntekter i 2013.

Kommunenes gjeldsgrad forteller hvor mange gjeldskroner kommunene har for hver krone de har i egenkapital. Dette er derfor et mål på kommunenes gjeldsbelastning.

Kommunenes indeks for bundne kostnader forteller hvor store utgifter kommunen har for å yte et lovpålagt tjenestetilbud sammenlignet med en gjennomsnittskommune. Utgiftsvariasjonene til kommunene varierer grunnet ulik befolkningssammensetning, geografi og kommunestørrelse (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2011). Indeks for frie inntekter regnes som rammeoverføringer, naturressursskatt og skatt på inntekt og formue i kommunen sammenlignet med en gjennomsnittskommune (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2011). Disse to variablene gir derfor et bilde på kommunenes økonomiske posisjon og midler tilgjengelig sammenlignet med en gjennomsnittskommune.

Resultatene viser ingen samvariasjonen mellom disse økonomiske parameterne og kommunenes egen oppfatning av deres prioritering av kommunal medfinansiering. Det vil si at korrelasjonen mellom prioritering av kommunal medfinansiering og de økonomiske

variablene er alle tilnærmet lik 0. Korrelasjonene er dermed ikke statistisk signifikante. Dette tyder på at kommunenes økonomiske situasjon ikke har noen påvirkning på deres evne til å prioritere og forberede deres tiltak motivert av kommunal medfinansiering (se vedlegg B).

Korrelasjonsmatrise	Prioritering av kommunal medfinansiering
Gjeldsgrad	0,15
Indeks for frie inntekter	0,06
Indeks for bundne kostnader	-0,06

6.2.7 Forskningsspørsmål 7: Er det sammenheng mellom prioritering av kommunal medfinansiering og en vellykket endringsprosess?

Resultatene ovenfor har vist at kommunenes størrelse og økonomiske posisjon ikke har noen påvirkning på deres evne til å prioritere kommunal medfinansiering. Følgende stilles dette forskningsspørsmålet om respondentenes oppfatning av kommunenes prioritering av kommunal medfinansiering fører til en vellykket endringsprosess. Er det kun kommunenes egen evne til å prioritere og fordele ressurser som er forklaringen på en vellykket endringsprosess og ikke kommunenes størrelse eller økonomiske styrke?

For å gi et bilde på denne sammenhengen blir samvariasjonen mellom kommunenes prioritering og kommunenes etablering av tiltak målt. Med andre ord blir samvariasjonen mellom kommunenes prioritering og henholdsvis deres etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud og fokus på helseforebyggende tiltak målt.

Resultatene viser en korrelasjonskoeffisient på henholdsvis 0,255 og 0,566. Den førstnevnte ble ikke funnet statistisk signifikant, mens den sistnevnte korrelasjonen ble funnet statistisk signifikant ($p < 0,01$). Det vil si at det finnes en lineær korrelasjon mellom kommunenes fokus på helseforebyggende tiltak og deres prioritering av de tidlige stegene i endringsprosessen. Nullhypotesen mellom Øyeblikkelig-hjelp tiltak og prioritering kunne derimot ikke forkastes og det kan derfor ikke konkluderes med en lignende lineær korrelasjon mellom disse (se vedlegg C).

6.2.8 Forskningsspørsmål 8: I hvilken grad oppleves ressurser som hindring for etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering?

Etablering av de tiltakene motivert av kommunal medfinansiering kan ses på som en investering som krever store midler på investeringstidspunktet. Gevinsten, som skal gjøre denne investeringen lønnsom i form av reduserte sykehusinnleggelses, blir realisert senere. For at kommunene skal oppnå denne gevinsten krever det altså tilgjengelige ressurser som kan prioriteres til dette. Dette forskningsspørsmålet ønsker å gi et svar på om ressurser har blitt opplevd som hinder for kommunene i deres realisering av disse tiltakene.

Av de 24 kommunene som ikke hadde etablert et Øyeblikkelig-hjelp avdeling ved reformens begynnelse var det 21 respondenter som valgte å gi en årsak til manglende oppstart av dette tiltaket.

Grunnen til manglende oppstart av Øyeblikkelig-hjelp			
Ressurser	Kompetanse	Under etablering	Ingen tiltak planlagt
42 %	9,5 %	38 %	10,5 %

9 av 21 respondenter mener at manglende oppstart av Øyeblikkelig-hjelp avdeling skyldes utilstrekkelige ressurser. Av de kommunene som opplever en hindring for å etablere Øyeblikkelig-hjelp er ressurser årsaken i 69 % av tilfellene.

Av de 27 kommunene i nettoutvalget som ikke driver aktivt med helseforebyggende tiltak var det 21 respondenter som valgte å begrunne sitt svar. Av disse var det 16 respondenter som begrunnet dette med manglende ressurser.

Grunnen til ikke-aktivt fokus på helseforebyggende tiltak		
Ressurser	Kunnskap	Under planlegging
76 %	19 %	5 %

Færre kommuner klarer å finne ressurser til helseforebyggende tiltak enn til oppstart av Øyeblikkelig-hjelp avdeling. Dette støtter opp mot de funnene der flere kommuner som

hadde etablert eller var i etableringsfasen av Øyeblikkelig-hjelp tilbud ikke drev aktivt med helseforebyggende tiltak.

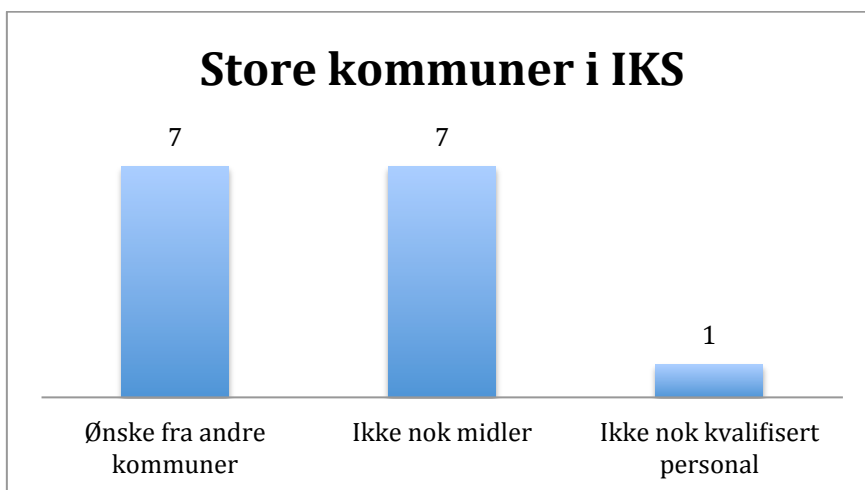
En korrelasjonsanalyse bekrefter den deskriptive statistikken. I vedlegg D kan en se korrelasjonen mellom kommunenes iverksettelse av de to tiltakene med de to økonomiske variablene indeks for bundne kostnader og frie inntekter. Korrelasjonen mellom helseforebyggende tiltak og indeks for frie inntekter var det eneste tilfellet der en kunne forkaste nullhypotesen og konkludere med at det er en lineær korrelasjon mellom de to variablene. Denne var signifikant på 1 %-nivå. En signifikant, positiv korrelasjon mellom disse tilsier at jo større frie inntekter kommunene har, jo større fokus har de på helseforebyggende tiltak.

6.2.9 Forskningsspørsmål 9: Opplevs stordriftsfordeler som en hindring for mindre kommuner i opprettele av Øyeblikkelig-hjelp tilbud?

Data som har blitt presentert ovenfor viser at kommuner i svært stor grad har benyttet seg av et interkommunalt samarbeid på Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Fra de kvalitative dybdeintervjuene mente respondentene at dette var ene mulige løsningen for mindre kommuner. Her vil jeg undersøke om kostnadsstrukturen i disse tilbudene oppleves slik at det er kun mulig for større kommuner med stort befolkningsgrunnlag å etablere og drifte tilbudene motivert av kommunal medfinansiering selvstendig.

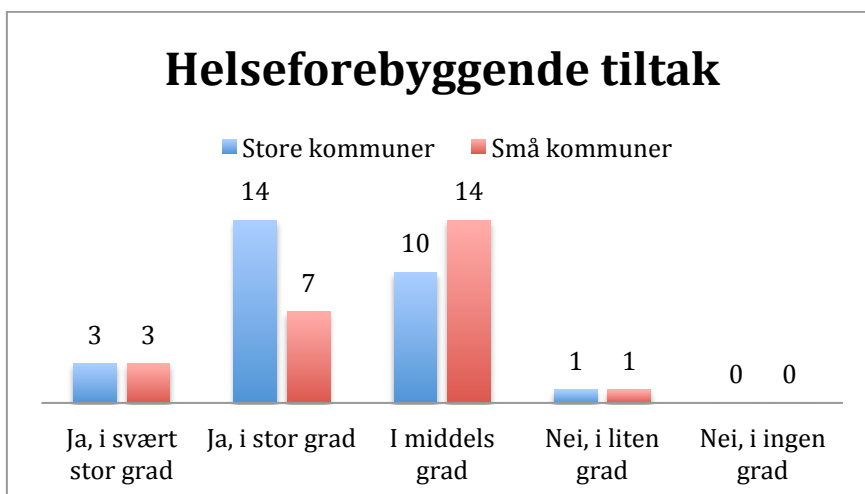
Dataene presentert under forskningsspørsmål 6 viste at det var kun fire kommuner som har etablert en selvstendig driftet Øyeblikkelig-hjelp avdeling. Alle disse kommunene blir klassifisert som store kommuner ut ifra deres befolkningsgrunnlag. Disse kommunene har et befolkningsgrunnlag mellom 5-17 000 innbyggere.

Når det viser seg at svært få kommuner i nettoutvalget har valgt å etablere en selvstendig Øyeblikkelig-hjelp avdeling tyder det på at det er mange, store kommuner som ikke har gjort dette. Mange av disse har også et betydelig større befolkningsgrunnlag enn de kommunene som har etablert et selvstendig tilbud. 15 store kommuner hadde startet et interkommunalt samarbeid angående Øyeblikkelig-hjelp når spørreundersøkelsen ble gjennomført. Deres begrunnelse for det kan sees av figuren nedenfor.



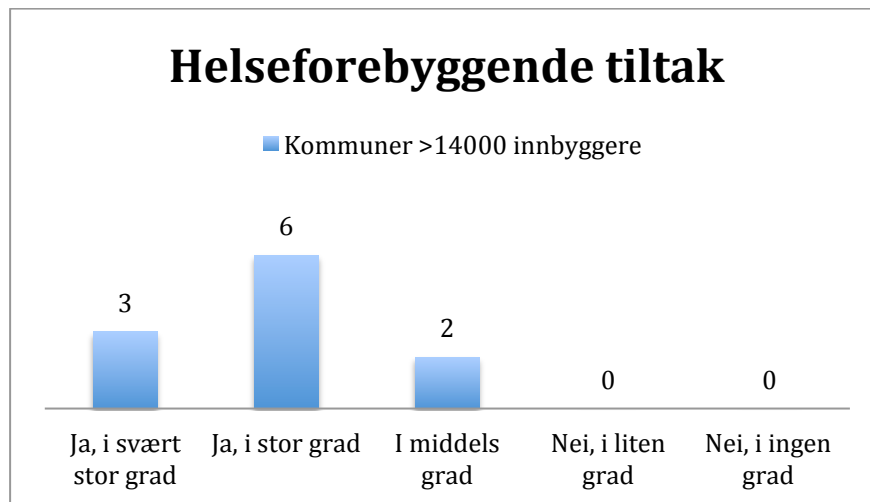
Kommuner blir klassifisert som store når befolkningsgrunnlaget overstiger utvalgets median på 5022. Ved å fordele de kommunene som inngår i figuren ovenfor ytterligere etter befolkningstall kan en se et interessant bilde. De kommunene som begrunnet sitt valg med begrensede ressurser har alle et befolkningsgrunnlag mellom 5-11 000 innbyggere. De kommunene som har startet et interkommunalt samarbeid etter ønske fra andre kommuner har et befolkningstall mellom 14-129 000 innbyggere.

Fire store kommuner i nettoutvalget har ikke startet opp Øyeblikkelig-hjelp tilbud når spørreundersøkelsen ble foretatt. Ingen av disse begrunnet sitt valg.



Figuren ovenfor viser at store kommuner driver aktivt med helseforebyggende tiltak i større grad enn små kommuner. 61 % av de store kommunene driver med helseforebyggende tiltak i svært stor eller stor grad, sammenlignet med 40 % av de mindre kommunene. Ved å vekte kommunenes fokus fra 1-5 har de store kommunene et gjennomsnittsfokus på 3,68, mens de mindre kommunenes gjennomsnitt er på 3,48.

Ovenfor ble det presentert data som tilsier at kommuner med et befolkningsgrunnlag over 14 000 innbyggere har ikke definert ressurser som hinder for etablering av tiltak. Ved å sammenligne av disse kommunene med resten ser vi at de største kommunene driver med helseforebyggende i betydelig større grad enn resten.



De 11 kommunene i nettoutvalget med et innbyggertall over 14 000 ser ut til å klare å drive aktivt med helseforebyggende tiltak i større grad enn resten av kommunene. Ved å vekte disse kommunenes fokus tilsvarende fra 1-5, har disse kommunene et gjennomsnittsfokus på 4,09. Ved å ekskludere disse fra hele nettoutvalget og regner gjennomsnittet til kommunene med innbyggertall mindre enn 14000 får disse kommunene et gjennomsnittsfokus på 3,45. Av dette ser vi at større kommuner i større grad klarer å drive aktivt med helseforebyggende tiltak.

6.2.10 Forsknings spørsmål 10: I hvilken grad oppleves kunnskap som hindring for etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering?

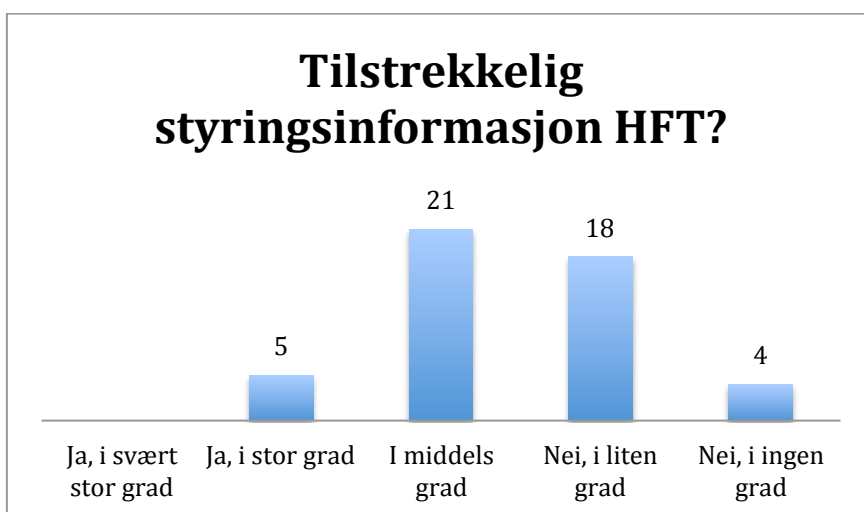
Tidligere i denne utredningen har det blitt presentert data om kommunenes hovedgrunn til at de ikke har etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud eller ikke driver aktivt med helseforebyggende tiltak. Disse dataene er gjengitt nedenfor. Disse signaliserer at det er få kommuner som mener at manglende kompetanse til å starte opp en Øyeblikkelig-hjelp avdeling eller manglende kunnskap om hvilke helseforebyggende tiltak det ville være hensiktsmessig å iverksette er hovedårsaken til manglende oppstart av disse tiltakene.

Grunnen til manglende oppstart av Øyeblikkelig-hjelp			
Ressurser	Kompetanse	Under etablering	Ingen tiltak planlagt
41 %	9 %	36 %	14 %

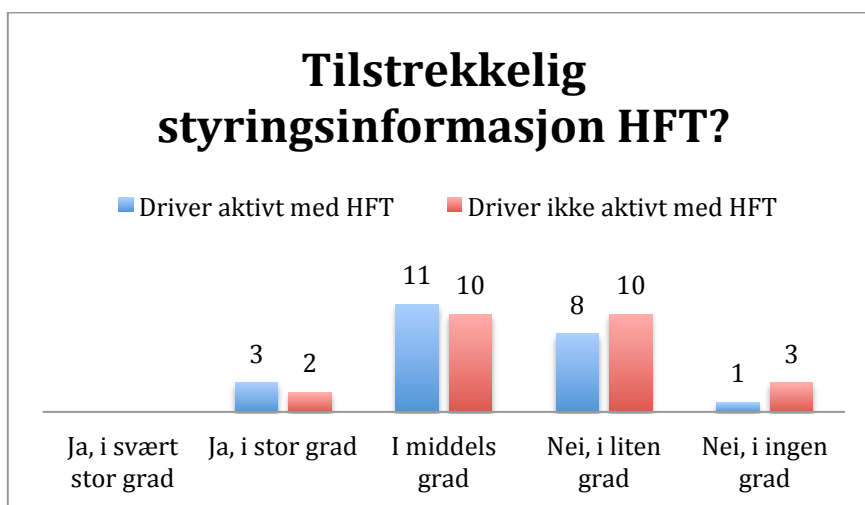
Grunnen til ikke-aktivt fokus på helseforebyggende tiltak		
Ressurser	Kunnskap	Under planlegging
76 %	19 %	5 %

Disse tallene viser at manglende kunnskap og kompetanse er en hovedårsak til manglende oppstart av tiltak blant få kommuner i nettoutvalget. Grunnet økonomisjef i kommune X sine meninger om tilgjengelig styringsinformasjon ble respondentene også spurt om dette i den kvantitative spørreundersøkelsen. De ble spurt om deres oppfatning av tilgang på nyttig styringsinformasjon og dens påvirkning og tilstrekkelighet til lønnsomme beslutninger.

Respondentenes oppfatning av kommunenes tilgang til styringsinformasjon om hvilke helseforebyggende tiltak det vil være hensiktsmessig å iverksette er dårlig. Av de 48 respondentene som valgte å svare på dette spørsmålet er gjennomsnittsoppfatningen at kommunene i liten til middels grad får tilgang på tilstrekkelig styringsinformasjon for å kunne iverksette lønnsomme tiltak. Dette gjennomsnittet på 2,56 er beregnet ved å vekte kommunenes fokus fra 1-5, der svært stort fokus blir vektet med tallet 5 og der ikke noe fokus blir vektet med tallet 1.



Det kan tyde på at mangelen på tilstrekkelig styringsinformasjon har vært en medvirkende faktor til at flere kommuner ikke har valgt å drive aktivt med helseforebyggende tiltak. Ved å skille kommunene i de kommuner som driver aktivt med helseforebyggende tiltak fra de som ikke driver aktivt ser vi at de kommuner som ikke har valgt å prioritere midler til aktiv forebygging i større grad synes at tilgangen til styringsinformasjon ikke er tilstrekkelig. Tilsvarende vektning av kommunenes fokus på helseforebyggende tiltak gir at kommuner som driver aktivt med disse tiltakene får et vektet gjennomsnitt på 2,70, mens de som ikke driver aktivt med helseforebyggende tiltak har et vektet gjennomsnitt på 2,44.

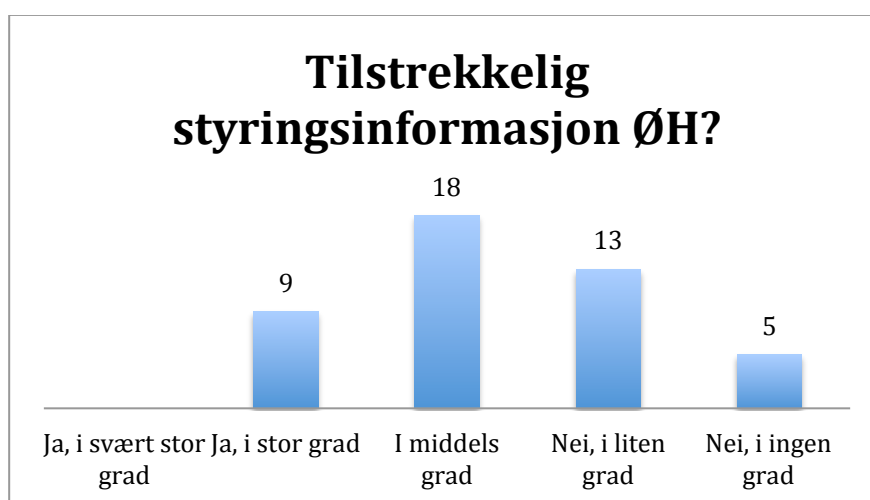


Fra figuren ovenfor kan vi se at på tross av at flere kommuner ikke er fornøyd med kommunenes tilgang på styringsinformasjon til forebyggende tiltak er det flere av disse som likevel driver aktivt med forbedring av innbyggernes folkehelse. Dette begrenser kommunens muligheter til å vite hvilke folkehelseutfordringer det vil være hensiktsmessig og lønnsomt å iverksette. Når kommunen likevel velger å drive aktivt med helseforebyggende tiltak vil det være naturlig å tenke seg at disse tiltakene ville gi kommunene mindre nytte enn ellers.

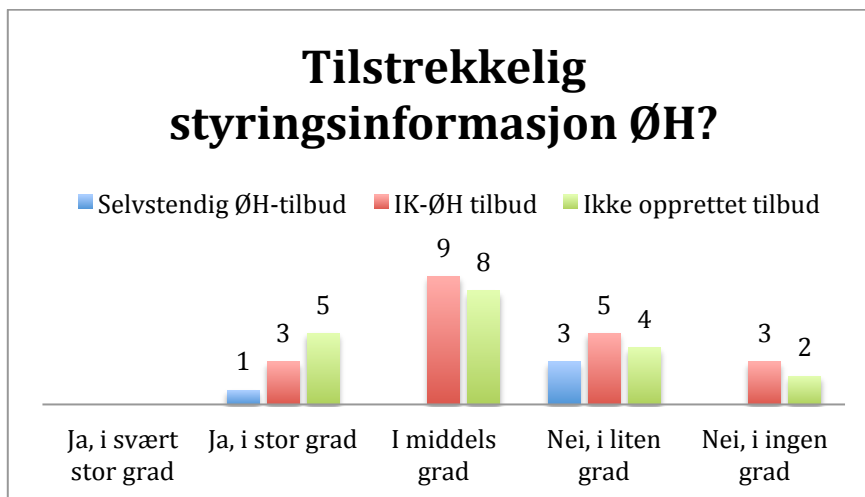
Nytte	Tilstrekkelig styringsinformasjon om helseforebyggende tiltak?				
	I svært stor grad	I stor grad	I middels grad	I liten grad	I ingen grad
Ja, i svært stor grad			5 %		
Ja, i stor grad		60 %	45 %	36 %	
I middels grad		40 %	50 %	50 %	33 %
Nei, i liten grad				14 %	67 %
Nei, i ingen grad					
		3,6	3,556	3,214	2,333

Dette ser vi av krystabellen ovenfor. Jo mindre fornøyd kommunene er med tilgangen på helseforebyggende tiltak, jo mindre nytte har respondenten oppfatning av at kommunene får for sin satsning på helseforebyggende tiltak. Respondentens oppfatning av nytte er dens oppfatning av kommunens fremtidige gevinst for sin satsing på helseforebyggende tiltak.

Respondentenes oppfatning om kommunenes tilgang til styringsinformasjon som skal bidra til lønnsomme beslutninger ved etablering av Øyeblikkelig-hjelp er dårlig, men dog marginalt bedre enn kommunenes oppfatning av deres egen tilgang til styringsinformasjon om innbyggernes folkehelseutfordringer. Ved tilsvarende vektning som gjort tidligere har respondentenes oppfattelse av kommunenes tilgang til styringsinformasjon til Øyeblikkelig-hjelp et gjennomsnitt på 2,69.



Ved å skille de kommunene som har etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud fra de som ikke har gjort det viser det seg at kommunene som har fått etablert et slikt tilbud ikke har noen bedre oppfattelse av kommunenes tilgang til styringsinformasjon, snarere tvert i mot. De som har etablert et Øyeblikkelig-hjelp tilbud enten selvstendig eller interkommunalt har henholdsvis et gjennomsnitt på 2,5 og 2,6. De som ikke har opprettet et slikt tilbud har derimot et gjennomsnitt på 2,8.



Disse tallene tilsier at de kommunene som ikke har opprettet et Øyeblikkelig-hjelp tilbud har best oppfatning av kommunenes tilgang til styringsinformasjon. Tidligere har vi derimot sett at flere kommuner som ikke hadde opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud når spørreundersøkelsen fant sted var i planleggings- eller etableringsfasen av et slikt tilbud. Ved å skille mellom disse fra de som ikke har slike planer ser vi en tydelig forskjell i kommunenes oppfatning av tilgang på styringsinformasjon. De som har planer om å opprette et Øyeblikkelig-hjelp tilbud i nærmeste fremtid har et gjennomsnitt på 3,17. Dette er betydelig høyere enn andre gjennomsnitt som er blitt presentert. Oppfatningen på tilgangen på styringsinformasjon blant kommunene som ikke har planer om å opprette et slikt tilbud har et gjennomsnitt på 2,29.

På tross av at flere kommuner er misfornøyde med deres tilgang på styringsinformasjon har flere av disse opprettet et Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Likt med helseforebyggende tiltak, vil det være naturlig å tenke at kommunene vil oppleve en begrenset oppnådd nytte av tiltakene hvis de ikke har mulighet til å ta beslutninger på best mulig grunnlag med all nødvendig informasjon til grunn. Dette får vi bekreftet av krysstabellen nedenfor:

Nytte	Tilstrekkelig styringsinformasjon om Øyeblikkelig-hjelp tiltak?				
	I svært stor grad	I stor grad	I middels grad	I liten grad	I ingen grad
Ja, i svært stor grad		33 %	12 %	20 %	
Ja, i stor grad		67 %			
I middels grad			55 %	20 %	50 %
Nei, i liten grad			33 %	40 %	50 %
Nei, i ingen grad				20 %	
Gjennomsnitt	0	4,33	2,89	2,6	2,5

Av 34 kommuner som har opprettet Øyeblikkelig-hjelp tilbud var det kun 19 respondenter som valgte å svare på begge disse spørsmålene som gir grunnlag til å lage denne tabellen. Av denne tabellen ser vi at oppfattelsen av egen nytte synker når oppfattelsen av tilgjengelig styringsinformasjon synker.

7. Analyse

I denne analysedelen vil jeg diskutere funn som er funnet fra de data som er presentert i foregående kapittel. Hvert funn vil gi et svar på de forskningsspørsmålene som ble nevnt i empirikapittelet ovenfor.

7.1 Funn 1: Kommunene tildeler sine ressurser til Øyeblikkelig-hjelp tilbud

Øyeblikkelig-hjelp tilbud viser seg å være et godt insentiv for kommunene som et tiltak for å oppnå Samhandlingreformens målsetninger. Kommunene har i stor grad klart å implementere en Øyeblikkelig-hjelp avdeling for sine innbyggere. Hele 86,2 % av kommunene i nettoutvalget har etablert eller er i ferd med å etablere et slikt tilbud. Av disse er det 34 kommuner som har etablert enten et selvstendig eller et interkommunalt tilbud, mens 16 kommuner i nettoutvalget forventer å ha etablert sitt tilbud i nærmeste fremtid.

Dette beviser at de tidlige stegene i endringsprosessen ikke har vært til hinder for kommunene i sin opprettelse av Øyeblikkelig-hjelp tilbud, men gitt kommunene like forutsetninger til å bygge opp endringskapasitet for å fullføre endringsprosessen. Graden av endringsbehov har vist seg ikke å være en avgjørende faktor i kommunenes implementering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Andelen av kommuner med stort endringsbehov som har implementert Øyeblikkelig-hjelp er omtrent like stor som de kommunene med mindre endringsbehov.

En klar majoritet av kommunene er inkludert i et interkommunalt samarbeid. 27 av 34 allerede etablerte tiltak er en del av et interkommunalt samarbeid, mens 11 av 16 kommuner som er i etableringsfasen av sine tilbud planlegger et interkommunalt samarbeid. Det tilsier at 76 % av kommunene velger et interkommunalt samarbeid. Dette er åpenbart et attraktivt og kanskje nødvendig alternativ for flere kommuner i nettoutvalget. Respondentene i dybdeintervjuene mente at kostnadsstrukturen i et Øyeblikkelig-hjelp tilbud var slik at de ikke trodde at et selvstendig tilbud ville være bærekraftig for mindre kommuner. Dette ser vi også av datamaterialet som viser at det er utelukkende store kommuner som har etablert et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud.

7.2 Funn 2: Begrenset vekst i helseforebyggende tiltak

Veksten i kommunenes fokus på helseforebyggende tiltak har ikke vært like markant som deres vekst i opprettelse av Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Dette til tross for at betydelig flere av kommunene drev med helseforebyggende tiltak i noen grad før Samhandlingsreformen. Før Samhandlingsreformens inntreden hadde kommunene et gjennomsnittsfokus på helseforebyggende tiltak på 3,19 som tilsier et fokus over middels grad. Dette gjennomsnittet har nå økt til 3,57. Dette kan betegnes til å være en begrenset økning. Til sammenligning drev bare 13,7 % av kommunene en Øyeblikkelig-hjelp avdeling før 1. januar 2012, mens dette har nå økt til 58,6 %.

Resultatene viste at flere kommuner ikke driver aktivt med helseforebyggende tiltak grunnet begrensede ressurser. Dette til tross for at flere av disse har klart å opprette et interkommunalt samarbeid på Øyeblikkelig-hjelp. Kommunene ser derfor ut til å ha tildelt sine ressurser i større grad til etablering av Øyeblikkelig-hjelp tjenester fremfor økt fokus på helseforebyggende tiltak.

7.3 Funn 3: Oppfatningen av endringsbehov svært variierende

Når organisasjoner ser behovet for endring og potensialet for forbedring skapes det et internt insentiv som er nødvendig for en vellykket endringsprosess. Organisasjonen vil da ønske å avsette ressurser til å implementere denne endringen (Kotter, 1996). Ut ifra denne teorien var kommunene nødt til å oppfatte et behov for endring blant innbyggernes generelle folkehelse og forbruk av somatiske sykehustjenester. Kommunal medfinansiering ga kommunene med andre ord et insentiv om å gjøre seg en oppfatning om et tema de nødvendigvis ikke hadde så stor kjennskap eller kunnskap til tidligere.

Respondentenes oppfattelse av kommunens eget endringsbehov viste seg å være svært variierende. Kun snau 11 % av respondentene mente at antall sykehusinnleggelses i kommunen var i svært stor eller stor grad for mange. 38 % av respondentene var i middels grad til i svært stor grad enige at sin kommune hadde et for stort forbruk av sykehustjenester.

Kommunene hadde derimot forskjellige utgangspunkt og varierende stort potensial for oppnåelse av fremtidige gevinster. 50 % av kommunene i nettoutvalget hadde et merforbruk av sykehustjenester i 2013. Disse hadde derfor et større potensial for reduksjon av sykehustjenester sammenlignet med resten av kommunene. 72 % av kommunene med merforbruk mente at kommunen i middels til i svært stor grad hadde et for stort forbruk av disse tjenestene. Til sammenligning mente 37 % av kommunene med mindreforbruk det samme. Det ga kommunene med merforbruk et bedre utgangspunkt til en endringsprosess som skal føre til reduserte sykehusinnleggelseser.

Respondentene fra kommunene med merforbruk begrunnet sitt merforbruk svært ulikt. Blant de respondentene som valgte å begrunne sin mening om at kommunene hadde for stort sykehusforbruk var det 50 % av disse som mente at dette skyldtes dårlig helsetilstand blant innbyggerne i kommunen. For disse virker kommunal medfinansiering som et godt insentiv og tiltak for å forbedre folkehelsen i kommunen og redusere sykehusinnleggelsene. Disse respondentene erkjente også sine kommuners endringsbehov i betydelig høyere grad enn resten. Det gir et godt utgangspunkt for endring.

De resterende 50 % av respondentene mente at det store forbruket av sykehustjenester skyldtes andre faktorer enn for dårlig helsetilstand blant innbyggerne i kommunen. De to årsakene respondentene nevnte var nærhet til sykehus og for mange henvisninger av fastlege til sykehus. Dette stemmer med uttalelsene fra respondenten i kommune Y som mente at sykehustjenestene er blitt et lavterskeltilbud. For 50 % av kommunene som erkjenner sitt høye sykehusforbruk vil kommunal medfinansiering ikke være løsningen på hovedårsaken til det høye forbruket. Selv om endringsbehovet er tilstede vil kommunal medfinansiering ikke utløse et insentiv for kommunene siden disse kommunene mener at et høyt sykehusforbruk skyldes eksterne årsaker som kommunen har liten eller ingen påvirkningskraft på. Når kommunene er av den oppfatning at de ikke kan påvirke eget sykehusforbruk vil kommunal medfinansiering i stedet kunne oppleves som et pengesluk som de ikke har mulighet til å redusere eller stoppe.

7.4 Funn 4: Erkjennelse av endringsbehov har ingen klar sammenheng med etablering av tiltak

Ovenfor ble det nevnt at erkjennelse for eget endringsbehov ga et godt utgangspunkt for en vellykket endringsprosess. Det ble derimot ikke funnet noen klar sammenheng mellom

kommunenes oppfattede endringsbehov og etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud eller aktivt fokus på helseforebyggende tiltak.

De kommunene med merforbruk som skyldes for dårlig helsetilstand får et insentiv til å redusere sykehusinnleggelser som burde føre til sterk atferdsendring. De andre kommunenes mulighet for gevinst er mindre, eller oppfattet mindre, som burde føre til en lavere grad av atferdsendring. Dataene som ble presentert viste derimot ikke disse sammenhengene. Tallene viste en randomisert fordeling mellom kommunenes oppfattelse av eget endringsbehov og etablering av tiltak.

Årsaken til at kommuner med et stort endringsbehov ikke kan vise til en større grad av endring kan være at det oppstår flere hindringer på veien til etablering av disse tiltakene. Et endringsbehov vil da ikke bli dekket siden noen hindringer, som beskrevet i Kotter(1996), vil forhindre en vellykket endringsprosess. Dette er steg i endringsprosessen som analyseres senere i denne utredningen. Det kan for eksempel være at mangel på ressurser eller kompetanse oppleves som en hindring for kommunene i deres etableringsprosess av tiltak motivert av kommunal medfinansiering. Dette kan være årsaken til at kommuner med et større endringsbehov ikke kan vise til større grad av atferdsendring sammenlignet med resten av kommunene i nettoutvalget.

7.5 Funn 5: Store og små kommuner jevnbyrdige i prioritering av kommunal medfinansiering

Forskningsspørsmål 5 stilte spørsmål om store kommuner i større grad var i stand til å prioritere kommunal medfinansiering i større grad enn de andre. Med prioritering menes de steg i endringsprosessen om å avsette ressurser, skape en målsetning og kommunisere strategien utover i organisasjonen. Ifølge Kotter(1996) er disse stegene nødvendige å fullføre for å oppnå en vellykket endringsprosess. En større prioritering av disse stegene i endringsprosessen av store kommuner vil ifølge den teorien føre til at større kommuner ville i større grad fullføre enn vellykket endringsprosess sammenlignet med mindre kommuner.

Resultatene fra den kvantitative spørreundersøkelsen ga et tydelig svar på dette forskningsspørsmålet. Det finnes ingen avvik mellom de store og små kommunens prioritering av kommunal medfinansiering. Fordelingen av de små kommunenes prioritering viste seg derimot til å være overraskende lik fordelingen på de store kommunenes

prioritering. Disse resultatene viser med andre ord at små og store kommuner hadde likt utgangspunkt for videre implementering av denne endringsprosessen. Ifølge Meyer og Stensaker(2011) vil dette kunne tolkes som at kommunene har lik endringskapasitet for å gjennomføre en endring, det vil si at store og små kommuner har lik mulighet til å avsette ressurser til prioritering av reformen.

7.6 Funn 6: Økonomisk stabilitet ikke avgjørende for prioritering av kommunal medfinansiering

Dataene fra spørreundersøkelsen viste ingen sammenheng mellom kommunenes økonomiske posisjon og deres mulighet til å prioritere endringsprosessen som skal føre til etablering av tiltak motivert av kommunal medfinansiering.

Korrelasjonene mellom kommunenes prioritering av kommunal medfinansiering og deres gjeldsgrad, indeks for frie inntekter og bundne kostnader var alle tilnærmet lik null. Dette tyder på at kommunene ikke måtte avsette store ressurser eller økonomiske midler til prioritering av denne endringsprosessen. Hadde det vært tilfellet ville høyt gjeldsbelastede kommuner kunne få problemer med nye gjeldsopptak som ville føre til problemer med å kunne avsette midler til prioritering av kommunal medfinansiering. Det ville føre til en negativ korrelasjon mellom gjeldsgrad og prioritering. Samme problemet kunne vi ha sett blant kommuner som ligger lavt på indeksen over frie inntekter. Kommuner med lite likvide midler ville få problemer med å avsette midler til prioritering av kommunal medfinansiering. Dette ville også føre til en negativ korrelasjon mellom frie inntekter og prioritering av kommunal medfinansiering.

Ingen korrelasjon mellom disse variablene tyder derimot på at prioritering av disse stegene i endringsprosessen ikke krever store økonomiske midler av kommunene. Det faktum at størrelse eller økonomisk stabilitet ikke påvirker kommunenes evne til å prioritere disse stegene i endringsprosessen medfører at kommunene har samme forutsetninger for videre implementering av disse tiltakene. Siden endringskapasitet defineres av Meyer og Stensaker(2011) som muligheten til å avsette ressurser avhenger den endringskapasiteten til å prioritere kommunal medfinansiering ikke av kommunenes økonomiske situasjon. Kommunene kunne prioritere kommunal medfinansiering på like vilkår, uavhengig av deres størrelse eller økonomisk styrke.

7.7 Funn 7: Prioritering av kommunal medfinansiering har positiv effekt på helseforebyggende tiltak

Prioritering av stegene 2-4 i Kotters(1996) endringsprosess er viktige for å skape en målsetning for endringen og for å få alle de ansatte i organisasjonen til å forstå behovet for denne målsetningen og jobbe mot dette målet. Tidligere funn har vist at kommunene har like forutsetninger for å kunne prioritere disse stegene som er viktige for å kunne oppnå en vellykket endringsprosess og implementere de tiltakene som insentivet skal motivere til. Kommunenes størrelse og økonomi har med andre ord ikke virket som en hindring for kommunene ved deres prioritering av kommunal medfinansiering. Det tyder derfor på at kommunene ikke har trengt å sprøyte inn midler til prioritering av denne delen av reformen, men heller avsette tid og prioritere ressurser.

Jeg ønsket derfor å undersøke om de kommuner som klarer å implementere de tiltak motivert av kommunal medfinansiering karakteriseres av tidlig og tydelig prioritering av disse stegene i endringsprosessen.

Resultatene som er presentert viste en positiv, sterk korrelasjon mellom prioritering av disse tidlige stegene i endringsprosessen og kommunenes fokus på helseforebyggende tiltak. Den korrelasjonen viste seg å være statistisk signifikant på 1 %-nivå. Korrelasjonen mellom Øyeblikkelig-hjelp tilbud og prioritering var derimot positiv, men begrenset. Den ble ikke funnet statistisk signifikant. Dette viser at tydelig prioritering av kommunal medfinansiering er en medvirkende faktor til en vellykket, fullført endringsprosess av økt fokus på helseforebyggende tiltak. Kommuner som etter reformens inntreden har fokusert tidlig på å sette i gang prosesser knyttet til denne endringsprosessen, og vist stor endringskapasitet, har i større grad klart å øke sitt fokus på helseforebyggende tiltak på snaut halvannet år.

7.8 Funn 8: Ressurssvake kommuner prioriterer ikke helseforebyggende tiltak

Helseforebyggende tiltak, som skal forbedre kommunenes folkehelse på lang sikt, har ikke fungert som et godt insentiv på kommunene så langt. Det gjennomsnittlige fokuset på helseforebyggende tiltak har økt marginalt fra Samhandlingsreformens begynnelse i 2012. Men vi har sett tidligere i denne utredningen at mens de største kommunene i nettoutvalget øker sin satsning på helseforebyggende tiltak, klarer andre kommuner ikke å satse aktivt på

dette. En klar majoritet av disse, rundt 76 %, sier at dette skyldes manglende ressurser. Dette til tross for at flere har klart å etablere et interkommunalt samarbeid på Øyeblikkelig-hjelp. Mens den gjennomsnittlige satsningen på helseforebyggende tiltak har økt med 12 %, har de mindre kommunene kun greid å øke sin satsning med drøyt 1 %.

Dette tyder på at flere kommuner har prioritert å avsette sine midler til etablering av Øyeblikkelig-hjelp tilbud fremfor økt satsning på helseforebyggende tiltak. Men hva er grunnen til dette?

Mens de store kommunene, spesielt de aller største kommunene, har både klart å etablere et Øyeblikkelig-hjelp tilbud samtidig som satsningen på helseforebyggende tiltak har økt, greier de mindre kommunene kun å avsette midler til et interkommunalt Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Dette tyder på at de mindre kommunene har relativt mindre midler til rådighet sammenlignet med de største.

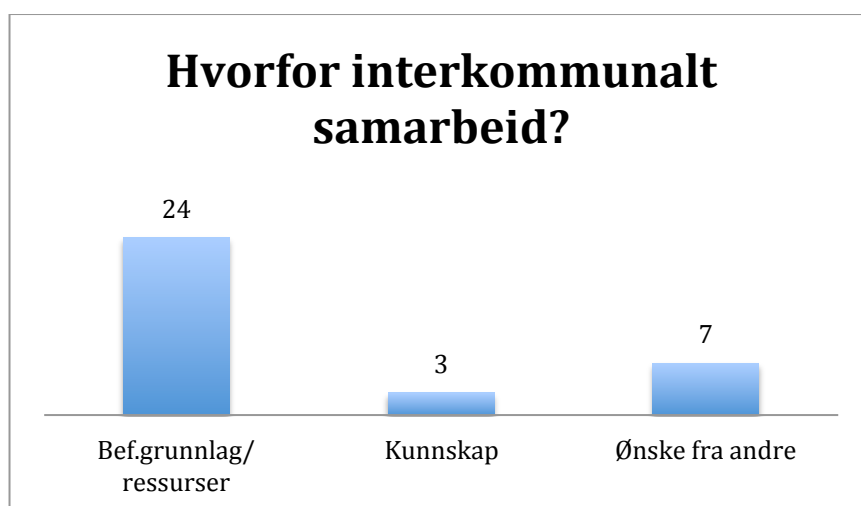
Sammenligning av kommunenes indeks for bundne kostnader viser at de mindre kommunenes kostnadsbruk for å dekke de lovpliktige tjenestene kommunene er forpliktet til å dekke er betydelig høyere enn de store kommunenes kostnadsnivå. De mindre kommunene må i gjennomsnitt betale 10 % mer per innbygger for å dekke de tjenestene innbyggerne har krav på sammenlignet med gjennomsnittskommune og 21 % mer enn det de store kommunene må betale. Dette er en naturlig forklaring på at de mindre kommunenes handlingsrom er mindre som gjør mulighetene for aktive tiltak for å redusere deres utgifter til sykehusinnleggelser mindre.

Som beskrevet i teorikapitlet ovenfor er kommunene budsjett-dreven organisasjon som må prioritere de midler til rådighet til enhver tid. Dette ble nevnt som en faktor som kan utgjøre en hindring for kommunene i deres endringsprosess. Datagrunnlaget viste at kommunene ser ut til å prioritere sine midler til Øyeblikkelig-hjelp tilbud fremfor helseforebyggende tiltak. Dette kan være fordi Øyeblikkelig-hjelp tilbud gir kortsiktige gevinster, mens helseforebyggende tiltak forbedrer innbyggernes folkehelse på lengre sikt. Større gevinster på Øyeblikkelig-hjelp tilbud og reduserte utgifter til sykehusinnleggelser kan i fremtiden gjøre de mindre kommunenes handlingsrom større og øke mulighetene for økt satsning på helseforebyggende tiltak større. Effekten av dette tiltaket vil derimot være nærmest umulig å måle og isolere fra andre effekter. Slike måleproblemer vil ifølge Dixit(2002) gjøre insentivet for slike tiltak mindre. Det er også tenkelig at slike måleproblemer vil skape

interessekonflikter blant flere aktører, da alle ikke vil være enige i hvor midlene som er til rådighet skal prioriteres (Pettersen et al, 2008). En kan tenke seg at tiltak som ikke gir gevinst før en stund frem i tid og som vil være vanskelig å måle kan være krevende å prioritere for kommuner med relativt lite midler til rådighet.

7.9 Funn 9: Mindre kommuner avhengig av interkommunalt samarbeid

I dybdeintervjuet med respondenten fra kommune Y nevnte respondenten at den fant det usannsynlig at mindre kommuner skulle klare å etablere og drifte et Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at kommunene valgte i stor grad å benytte seg av interkommunalt samarbeid. På spørsmål om årsaken til at kommunene valgte interkommunalt samarbeid svarte kommunene følgende:



71 % av respondentene fra kommunene som hadde etablert et interkommunalt samarbeid eller hadde planer om det svarte at dette var på grunn av begrensede ressurser, for lite befolkningsgrunnlag eller at de ville benytte seg av stordriftsfordeler. 21 % svarte at dette var etablert grunnet ønske fra andre kommuner. Ved sammenligning av de kommunene som oppretter et interkommunalt samarbeid etter andres ønsker med de kommunene som har opprettet et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud kan en anta at disse kommunene ville også være i stand til å opprette et selvstendig tilbud. De kommunene som har opprettet et interkommunalt samarbeid grunnet ønske fra andre har nesten fire ganger så høyt befolkningsgrunnlag, 10 % lavere bundne kostnader og like høye frie inntekter som de kommunene som har opprettet et selvstendig tilbud. Det tyder derfor på at disse er i stand til

å opprette et eget tilbud, men oppretter et interkommunalt tilbud som vertskommune for å hjelpe mindre nabokommuner. Disse vil derfor inkluderes i følgende regresjonsanalyse som de kommuner som er i stand til å opprette et selvstendig tilbud.

En regresjonsanalyse bekrefter respondentenes meninger og antyder at mindre kommuner ikke er i stand til å opprette et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud. De kommunene som har klart å opprette et selvstendig tilbud eller et interkommunalt tilbud etter ønske fra andre skiller seg fra resten av kommunene på kritiske uavhengige variabler. Befolkningsgrunnlag er en forklarende variabel på hva som kjennetegner kommuner som er i stand til å opprette et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Denne variabelen er funnet statistisk signifikant på 1 %-nivå. Disse kommunene har også relativt mindre bundne kostnader for å dekke pliktige tjenestetilbud. Det medfører at disse kommunene har relativt mer midler til rådighet. Den variabelen er funnet statistisk signifikant på 10 % -nivå. Kommunenes finansiering, målt ved gjeldsgrad og egenkapitalandel, har ingen sammenheng med hvilke kommuner som klarer å opprette et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud(se vedlegg E).

Disse resultatene bekrefter at det er utelukket store kommuner som etablerer og drifter et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Dette kan tyde på at kostnadsstrukturen i tilbudet innebærer så store stordriftsfordeler at det ikke er lønnsomt for mindre kommuner å drifte et slikt tilbud. Tilbudet vil da være preget av tiltakende skalautbytte der produksjonen vokser mer enn ressursinnsatsen(Riis og Moen, 2011). Tiltakende skalautbytte oppstår i denne situasjonen fordi ressursenheten, som kan for eksempel måles i arbeidskraft eller utstyr, ikke kan skaleres ned for mindre kommuner. Et slikt tilbud vil kreve en viss investering i lokaler og utstyr og kreve kontinuerlig vaktbemanning. Når etterspørselen for dette tilbudet er liten i små kommuner vil dette tilbudet derfor ikke være bærekraftig. Denne antakelsen bekreftes av respondentene som forklarer sin inngåelse i interkommunalt samarbeid med at det ikke vil være bærekraftig alene eller at de vil benytte seg av stordriftsfordeler. Med et slikt samarbeid øker de tilbudets befolkningsgrunnlag og oppnår med det de samme stordriftsfordelene som de største kommunene oppnår.

7.10 Funn 10: Ineffektiv tilgang på lønnsom styringsinformasjon

En klar minoritet av nettoutvalget mente at manglende kompetanse eller kunnskap innen de felt kommunal medfinansiering berører har vært en hovedårsak til manglende implementering av de tiltak den motiverer til. Basert på svarene fra de kvalitative dybdeintervjuene så har et samarbeid med hele tjenesteapparatet, som rehabiliteringstjenesten og legetjenesten, vært viktig for kommunene ved innføring av kommunal medfinansiering. Kunnskapsdeling virker å ha vært viktig for kommunene for å være i stand til å iverksette nye tiltak som kommunene ikke har erfaring fra tidligere. En kan dermed konkludere med at kunnskap eller kompetanse innen kommunal medfinansiering ikke har vært en stor hindring for kommunene i etablering av tiltak. Kommunene ser ut til å ha løst et nytt ansvarsområde med et samarbeid og kunnskapsdeling med hele tjenesteapparatet og dermed fjernet den hindringen som kunnskap har vært for en minoritet av nettoutvalget. Dette er avgjørende for å fullføre en endringsprosess som Kotter(1996) beskriver i steg 6 av en vellykket endringsprosess.

I den kvantitative spørreundersøkelsen ble kommunene også spurt om deres oppfatning av den styringsinformasjonen de har tilgang på og dens nytte for kommunene ved beslutning av tiltak de skal implementere. Tidligere i utredningen har det blitt presentert data som tilsier at kommunenes oppfattelse av tilgjengelig styringsinformasjon har vært svært dårlig. Kommunene er kun i liten til middels grad fornøyd med den informasjonen de får tilgang på til å treffe beslutninger.

Styringsinformasjon om kommunens helseutfordringer er viktig for kommunene til å ta viktige beslutninger. Dette gjelder både hvilke helseutfordringer som forårsaker sykehusinnleggelse og hvilke folkehelseutfordringer som kan fokuseres på og gi langsiktig effekt ved hjelp av helseforebyggende tiltak. Kommunens respondenter antyder at slik informasjon ikke har vært tilstrekkelig god så langt. Manglende kunnskap om spesielle helseutfordringer hindrer kommunene i å kunne ta de mest lønnsomme beslutningene som gir best nytte til kommunens innbyggere. Dette er spesielt viktig i situasjoner der midlene som er til rådighet er begrenset og ulike tiltak må prioriteres. For kommunene i dette nettoutvalget gjelder dette spesielt mindre kommuner som har måttet prioritere mellom ulike tiltak og har sett det mest lønnsomt å iverksette interkommunalt samarbeid med andre kommuner.

Resultatene fra forrige kapittel viste i tillegg at kommunenes begrensede kunnskap og kompetanse til å iverksette lønnsomme tiltak begrenser deres nytte av disse tiltakene. For at disse tiltakene skal få god, ønsket effekt virker det som kommunenes tilgang på styringsinformasjon må forbedres. Respondentenes mening tilsier at kommunene ikke har fått tilstrekkelig informasjon til å drive effektivt med Øyeblikkelig-hjelp avdeling og helseforebyggende tiltak.

Grunnet fare for å svekke oppgavens indre validitet blir ikke kommunenes oppfatning av tilgjengelig styringsinformasjon inkludert i den avsluttende regresjonsanalysen av kommunenes implementering av tiltak. Det er en grunn til å tro at variasjonene i oppfatningene av tilgjengelig styringsinformasjon ikke utelukkende beskriver variasjonene i kommunenes implementering av tiltak. En kan tenke seg at den avhengige og uavhengige variabelen påvirker hverandre begge veier, det vil si at de som driver aktivt med helseforebyggende tiltak oppjusterer sin mening om tilgangen på styringsinformasjon grunnet det aktive fokuset. Da blir ikke meningen om tilgjengelig styringsinformasjon en årsak til et aktivt fokus på helseforebyggende tiltak. For å redusere skaden kausalitet har på utredningens indre validitet inkluderes denne variabelen derfor ikke i den avsluttende regresjonsanalysen.

Selv om denne variabelen om respondentenes oppfatning av kommunenes tilgang på styringsinformasjon ikke blir inkludert i den avsluttende regresjonsanalysen burde en legge merke til de resultatene som er fremvist. Tiltak som er basert på utilstrekkelig styringsinformasjon vil ikke tjene den hensikt som Samhandlingsreformen er tenkt å ha og begrense kommunenes effekt av disse tiltakene. Det er derfor viktig at dette forbedres, slik at kommunene har mulighet til å ta effektive og lønnsomme beslutninger, som vil være til felles beste for alle parter.

7.11 Regresjonsanalyse

I dette avsluttende delkapitlet av analysekapitlet er formålet å gjøre en statistisk regresjonsanalyse for å undersøke den statistiske signifikansen av de funn som er diskutert ovenfor. De variabler som er brukt er beskrevet i metodekapitlet.

Resultatene fra regresjonsanalysen støtter opp under de funn som er diskutert ovenfor. Den første regresjonsanalysen (se vedlegg F) beskriver hva som påvirker kommunenes

implementering av Øyeblikkelig-hjelp avdeling. Kommunenes befolkningsgrunnlag var i denne sammenheng statistisk signifikant ($p < 0,10$) (se vedlegg F). Ved å kjøre denne regresjonen med befolkningsvariabelen som dummy-variabler ser vi imidlertid at denne effekten drives av at de aller største kommunene klarer i langt større grad å etablere og drive aktivt med selvstendig tilbud. Mens dummy-variabler som målte kommuner med befolkning over 5000 og 10000 ble ikke funnet statistisk signifikante, ble dummy-variabel som skilte kommuner med befolkningsgrunnlag over 14000 fra de kommuner med under 14000 innbyggere funnet statistisk signifikant på 5 % nivå (se vedlegg G). Dette er forventede resultater siden det var kun de aller største kommunene som klarte å opprette et selvstendig Øyeblikkelig-hjelp tilbud, mens de mindre kommunene samarbeider med andre nabokommuner om et interkommunalt tilbud.

Prioritering av de innledende stegene i endringsprosessen ble derimot ikke funnet statistisk signifikant for opprettelse av Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Det ble heller ikke de andre uavhengige variablene, som målte kommunens økonomiske situasjon, finansiering og avstand til nærmeste sykehus. Årsaken til at variabelen for frie inntekter ikke ble funnet signifikant i denne regresjonsanalysen kan være at kommunene som samarbeider med andre nabokommuner om interkommunalt samarbeid er mindre avhengig av store økonomiske midler til etablering siden den deles mellom flere. Denne vil derfor ikke være en kritisk årsak til kommunenes evne til å etablere Øyeblikkelig-hjelp avdeling. Disse resultatene er også i tråd med resultatene i den deskriptive analysen.

Ulikt fra den foregående regresjonsanalysen har ikke kommunenes befolkningsstørrelse statistisk sammenheng med deres evne til å drive med helseforebyggende tiltak, verken målt med kontinuerlig eller dummy-variabel (se vedlegg H og I). Dette er overraskende gitt at den deskriptive analysen ovenfor viste at de aller største kommunene i størst grad klarer å drive aktivt med helseforebyggende tiltak. Dette kan komme av at forskjellene mellom store og små kommuner ikke er store nok til å vise en statistisk signifikant forskjell. Multikollinearitet viser seg ikke å være en årsak til dette, da korrelasjonen mellom de uavhengige variablene ikke er alarmerende høy.

Resultatene fra denne regresjonen viser at kommunenes tidlige prioritering og deres frie inntekter har signifikant betydning for deres fokus på helseforebyggende tiltak (signifikant på 1 %-nivå). Den foregående deskriptive analysen viste at flere kommuner prioriterte etablering av Øyeblikkelig-hjelp avdeling fremfor aktivt fokus på helseforebyggende tiltak.

Majoriteten av disse begrunnet dette valget med for lite midler til å drive effektivt med begge tiltakene. De uttalelsene samstemmer godt med resultatene fra denne regresjonsanalysen som viser at de kommunene med største frie inntekter har større mulighet til også å drive aktivt med å forebygge innbyggernes helseplager. Disse resultatene viser også at tydelig prioritering har positiv effekt på kommunenes fokus på helseforebyggende tiltak. Det kan tenkes at tydelig prioritering av kommunal medfinansiering og helseforebyggende tiltak har vært avgjørende for ressursvake kommuner for deres oppnåelse av et aktivt arbeid på forebyggende tiltak. I likhet med den foregående regresjonsanalysen var ikke variablene som målte kommunenes bundne kostnader, gjeldsgrad og avstand til nærmeste sykehus signifikante.

Disse resultatene bekrefter resultatene fra den deskriptive analysen i stor grad. Kommunenes størrelse og økonomi påvirker ikke deres evne til prioritering av kommunal medfinansiering, men prioriteringen av denne delen av reformen er avgjørende for deres implementering av aktivt fokus på helseforebyggende tiltak. Dette bekrefter Kotters(1996) teori om at tydelig prioritering tidlig i endringsprosessen er avgjørende for en suksessfull endring. Kommuner opplever ressurser som en hindring for aktiv prioritering av helseforebyggende tiltak, men de fleste kommuner opplever ikke den samme hindringen ved etablering av Øyeblikkelig-hjelp grunnet muligheten for interkommunalt samarbeid. Dette bekreftes ved resultatene som viser at kommunenes størrelse har en signifikant sammenheng med kommunenes opprettelse av selvstendige Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Dette kan tyde på at kostnadsstrukturen i tiltakene innebærer stordriftsfordeler som medfører økt nytte av tiltakene blant store kommuner. Dette mener også respondentene er tilfellet.

Det bør imidlertid bemerkes at regresjonsanalysen med helseforebyggende tiltak som den avhengige variabelen er den sterkeste analysen målt ved den justerte forklaringsgraden, det vil si at de uavhengige variablene beskriver størst del av variasjonene i den avhengige variabelen. Disse var 0,343 for regresjonen med helseforebyggende tiltak som avhengig variabel, mens den var kun 0,05 for regresjonen med Øyeblikkelig-hjelp som avhengig variabel. Den bør derfor tildeles mest oppmerksomhet.

8. Avslutning

8.1 Konklusjon

Kommunal medfinansiering skal pålegge kommunene ansvar for å nå de målsetninger som Samhandlingsreformen har satt. Dette ansvaret innebærer å iverksette tiltak som skal redusere sykehusinnleggelsene på kort og lengre sikt.

Formålet med denne masterutredningen var å undersøke hvilke karakteristika som kjennetegner de kommuner som suksessfullt klarer å etablere og drifte de tiltak motivert av kommunal medfinansiering.

Øyeblikkelig-hjelp prioriteres ved ressursknapphet

En stor majoritet av kommunene i nettoutvalget har klart å opprette en Øyeblikkelig-avdeling eller venter etablering av denne i nærmeste fremtid. Mulighet for interkommunalt samarbeid har vært nøkkelen for denne utviklingen der flere kommuner kan samarbeide om å tilby sine innbyggere tjenester som kan erstatte sykehusinnleggelse. Dette har vært viktig for mindre kommuner som ikke har hatt befolkningsgrunnlag eller midler nok til å kunne drive et selvstendig tilbud. Veksten i helseforebyggende tiltak har derimot ikke hatt den samme positive utviklingen. Kun de aller største kommunene klarer å drive aktivt med helseforebyggende tiltak i tillegg til Øyeblikkelig-hjelp avdeling. En sannsynlig årsak til denne utviklingen er at gevinstene ved helseforebyggende tiltak realiseres senere enn gevinstene ved Øyeblikkelig-hjelp tilbud og at kommunene derfor prioriterer Øyeblikkelig-hjelp avdeling ved ressursknapphet. Respondentene fra spørreundersøkelsen mente også at styringsinformasjonen om hvilke helseforebyggende tiltak det ville vært lurt å iverksette kommunene får tilgang på er for dårlig til å kunne ta gode, lønnsomme beslutninger. Dette kan også være en årsak til lavere prioritering av helseforebyggende tiltak.

Tidlig prioritering har signifikant effekt på fokus på helseforebyggende tiltak

Kommunenes implementering av disse tiltakene ble analysert ut ifra 8 steg for suksessfull endringsledelse. En aktiv prioritering av steg to til fire i denne endringsprosessen ble funnet å være statistisk signifikant for kommunenes implementering av helseforebyggende tiltak. Disse stegene innebærer å tildele ressurser til prosjektet og delegere ansvaret av implementeringen, skape en målsetning for endringen og kommunisere denne målsetningen

effektivt utover i organisasjonen. Kommuner som fulgte disse stegene effektivt viste seg å kunne implementere og drive aktivt med helseforebyggende tiltak i større grad enn resten.

Det økonomiske insentivet som kommunal medfinansiering er kan sies å være delvis vellykket. Insentivet har klart å få en stor del av kommunene på drift av Øyeblikkelig-hjelp avdeling i kommunene, mens tiltaket om økt fokus på helseforebyggende tiltak ikke har vært like vellykket. Budsjett-dreven organisasjon som kommunene er har funnet det vanskelig å tildele ressurser til tiltak som kun høster gevinster om lang tid. I tillegg tyder det på at kostnadsstrukturene i tiltakene innebærer så store stordriftsfordeler at store kommuner i større grad klarer å etablere og drifte disse tiltakene aktivt. Kommunenes størrelse ble derimot ikke funnet statistisk signifikant for deres fokus på helseforebyggende tiltak, selv om den deskriptive analysen tydet på det. Tydelig prioritering av helseforebyggende tiltak har vist seg å være viktig for en vellykket implementering av denne. Siden ressurser har blitt opplevd som en hindring i denne endringsprosessen, kan en tenke seg at en tydelig prioritering har vært spesielt viktig for ressursvake kommuner. Senere vil det være nødvendig å analysere effekten av disse tiltakene og undersøke om disse har tjent sin hensikt og bidratt til å nå de målsetninger som Samhandlingsreformen satt i 2012.

8.2 Utredningens begrensninger

Det er viktig å påpeke at en stor del av analysen i denne utredningen er basert på meninger fra respondentene i kommunene. Dette er deres subjektive meninger som kan forandre seg over tid. Andre respondenter fra samme kommune kunne også gitt ulike svar på de samme spørsmålene.

Det er i tillegg viktig å presisere at populasjonen består kun av kommunene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Resultatene som er fremvist kan derfor ikke garanteres å være representative for alle kommuner i Norge.

8.3 Forslag til videre forskning

Kommunal medfinansiering er en del av en stor reform som har engasjert og interessert mange. Det er derfor enkelt å identifisere temaer som hadde vært interessante å forske videre på. Basert på de funn i denne masterutredningen presenterer jeg her noen forslag til videre forskning.

Lignende studie i andre fylker eller hele landet

I denne utredningen ble populasjonen begrenset til å gjelde for kommunene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. De resultater som er funnet generaliseres til å gjelde kun for disse kommunene. En lignende studie i andre fylker eller med en bredere populasjon hadde vært interessant for å undersøke om det gir tilsvarende resultater som funnet i denne utredningen.

Effekten av kommunal medfinansiering i kommunene

De tiltakene som er etablert i kommunene skal lette trykket på spesialisthelsetjenesten ved at kommunene påtar seg ansvaret for enkelte sykehusinnleggelser samtidig som kommunene skal prøve å forbedre innbyggernes folkehelse ved ulike forebyggende tiltak. Det hadde vært interessant å forske på hvilken effekt disse tiltakene har hatt på kommunens sykehusinnleggelser. Siden Samhandlingsreformen fortsatt er relativt ny vil en måtte vurdere når tid en kan forvente å se en effekt av tiltakene og dermed forske på denne problemstillingen. Har kommunene tjent på disse tiltakene? Har kommunene fått frigjort økonomiske midler og hvordan har de valgt å anvende disse?

Mangelen på effektiv styringsinformasjon

Resultatene fra denne masterutredningen viste at respondentene mente at kommunene ikke hadde tilgang på tilstrekkelig styringsinformasjon for å vite hvilke tiltak det ville være hensiktsmessig å iverksette. Utilstrekkelig styringsinformasjon vil gjøre det vanskeligere for kommunene å kunne ta lønnsomme beslutninger og kan være en av grunnene til lite økning i helseforebyggende tiltak. Det hadde vært interessant å forske videre på hva slags informasjon kommunene får tilgang på som skal gi et bilde på innbyggernes helsetilstand og –plager. Blir denne informasjonen brukt og bidrar den til at kommunene kan ta effektive beslutninger?

Litteraturliste

Andreassen, V. (2012). *Innføring i mikroøkonomi for økonomisk-administrative studier*(1. utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Askildsen, J.E. og Haug, K. (2001). *Helse, økonomi og politikk – Utfordringer for det norske helsevesenet*. (1. utgave). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo, J.O. (2003). *Endringsledelse i det offentlige*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget

Dixit, A. (2002). *Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review*. (4. utgave). The Journal of Human Resources.

Frank, R.H. og Bernanke, B.S. (2009). *Principels of Microeconomics*(4. utgave). New York: McGraw-Hill Irwin.

Ghauri, P. og Grønhaug, K. (2005). *Research Methods in Business Studies*. (4. utgave). Essex: FT Prentice Hall.

Grenness, T. og Askheim, O. G. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. (1. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Halvorsen, H.E. og Hansen, V.W. (2013). *Samhandlingsreformen – den kommunale betalingspliktens effekter i sykehuset – En studie av Haukeland Universitetssykehus*(Masteroppgave). Norges Handelshøyskole, Bergen.

Haug, K., Kaarbøe, O.M og Olsen, T.E. (2009). *Et helsevesen uten grenser?* (1. utgave). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Helsedirektoratet. (2011, 27. november). Hva omfattes av kommunal medfinansiering i 2012. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/hva-omfattes/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2012. 22. februar). Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten for april 2014(13.5.2014). Hentet fra:

<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011a. *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (St.meld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011b. *Nasjonal helse- og omsorgsplan(2011-2015).* (St.meld.nr 16 2010-2011). Oslo: Departementenes servicesenter.

Hennestad, B.W. og Revang, Ø. (2006). *Endringsledelse og ledelsesendring.* (1. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Hersey, P., Blanchard, K.H. og Dewey, E.J. (2008). *Management of Organizational Behavior Leading Human Resources*(9. utgave). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Jacobsen, D.I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*(1. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Johannesen, A., Kristoffersen, L. og Tufte, P.A. (2004). *Forskningsmetode for Økonomisk-Administrative Fag.* (3. utgave). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2011). *Kommuneproposisjonen 2012.* (Prop. 115 S 2010-2011). Oslo: Departementenes servicesenter.

Kommunesektorens organisasjon. (2013, 9. desember). Endelig årsavregning kommunal medfinansiering 2012. Hentet fra:

<http://www.ks.no/tema/Okonomi1/Kommuneokonomi1/Inntektssystemet/Endelig-arsavregning-kommunal-medfinansiering-2012/>

Kotter, J.P. (1996). *Leading change*(1. utgave). Boston: Harvard Business School Press.

Kunnskapsdepartementet. 2012. *Utdanning for velferd.* (Meld. St. 13(2011-2012). Oslo: Departementenes servicesenter.

Langørgen, A. og Aaberge, R. (2011). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2008.* (Rapport 8/2011). Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå

Mauland, H. og Mellemvik, F. (2004). *Regnskap og økonomistyring i kommuner*. (1. utgave). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

McLaughlin, K., Stephen, P.O. og Ewan, F. (2002). *New Public Management Current trends and future prospects*(1. utgave). London: Routledge.

Meyer, C.B og Stensaker, I.G. (2011). *Endringskapasitet*. (1. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. 1, 13-18. Hentet fra: [https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)

Norsk sykepleierforbund. (2012, 2. januar). Samhandlingsreformen – de gode intensjoners mor? Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/792096/Samhandlingsreformen-%13-de-gode-intensjoners-mor>

Pettersen, I.J et. al. (2008). *Økonomi og helse – perspektiver på styring*. (2. utgave). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Pettersen, I.J. og Bjørnenak, T. (2003). *Helse i hver krone? – om økonomisk styring i helsesektoren*. (1. utgave). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Riis, C. og Moen, E.R. (2011). *Moderne mikroøkonomi – med digital arbeidsbok*.(1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (1. utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Senterpartiet. (Dato ukjent.) Samhandlingsreformen. Hentet fra: <http://www.senterpartiet.no/hedmark/samhandlingsreformen-article59079-4903.html>

Sobel, Russell S. Et. Al. (2006). *Understanding microeconomics*(11. utgave). Mason: Thomson South-Western.

Statistisk sentralbyrå. (2014, 13. mars). Helseregnskap, 2013. Hentet fra: <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (3. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Valestrand, T. 2013, 11. januar. Kommuner taper stort på ny reform. *Bergens Tidende*.
Hentet fra: [http://web.retriever-
info.com/services/archive/displayDocument?documentId=020021201301111036178&serviceId=2](http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=020021201301111036178&serviceId=2)

Yin, R.K. (2007). *Fallstudier: design och gjennomförande*(1. utgave). Malmö: Liber AB.

Vedlegg

A) Korrelasjonsmatrise mellom prioritering av kommunal medfinansiering og befolkning

		Prioritering	Befolkning
Prioritering	Pearson Correlation	1	.181
	Sig. (2-tailed)		.186
	N	55	55
Befolkning	Pearson Correlation	.181	1
	Sig. (2-tailed)	.186	
	N	55	57

B) Korrelasjonsmatriser mellom prioritering av kommunal medfinansiering og økonomiske variabler

Correlation Coefficients Matrix			
<i>Sample size</i>	49	<i>Critical value (2%)</i>	2,40835
	Gjeldsgrad	-26,8881869479882	8
-26,8881869479882	Pearson Correlation Coefficient	1,	
	<i>R Standard Error</i>		
	<i>t</i>		
	<i>p-value</i>		
	<i>H0 (2%)</i>		
Prioritering av KMF	Pearson Correlation Coefficient	0,1456	1,
	<i>R Standard Error</i>	0,02083	
	<i>t</i>	1,00894	
	<i>p-value</i>	0,31817	
	<i>H0 (2%)</i>	accepted	
Correlation Coefficients Matrix			
<i>Sample size</i>	49	<i>Critical value (2%)</i>	2,40835
	Indeks for frie inntekter	0,87	8
0,87	Pearson Correlation Coefficient	1,	
	<i>R Standard Error</i>		
	<i>t</i>		
	<i>p-value</i>		
	<i>H0 (2%)</i>		
Prioritering KMF	Pearson Correlation Coefficient	0,0568	1,
	<i>R Standard Error</i>	0,02121	

	<i>t</i>	0,39006	
	<i>p-value</i>	0,69825	
	<i>H0 (2%)</i>	accepted	
Correlation Coefficients Matrix			
<i>Sample size</i>	49	<i>Critical value (2%)</i>	2,40835
	Indeks for bundne kostnader	0,95	8
0,95	Pearson Correlation Coefficient	1,	
	<i>R Standard Error</i>		
	<i>t</i>		
	<i>p-value</i>		
	<i>H0 (2%)</i>		
Prioritering av KMF	Pearson Correlation Coefficient	-0,05783	1,
	<i>R Standard Error</i>	0,02121	
	<i>t</i>	-0,39712	
	<i>p-value</i>	0,69308	
	<i>H0 (2%)</i>	accepted	

C) Korrelasjonsmatrise mellom prioritering av kommunal medfinansiering og etablering av tiltak

		ØH	HFT	Prioritering
ØH	Pearson Correlation	1	.443**	.255
	Sig. (2-tailed)		.001	.061
	N	55	55	55
HFT	Pearson Correlation	.443**	1	.566**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000
	N	55	55	55
Prioritering	Pearson Correlation	.255	.566**	1
	Sig. (2-tailed)	.061	.000	
	N	55	55	55

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

D) Korrelasjonsmatriser mellom iverksetting av tiltak og økonomiske variabler

Correlations

		ØH	Indeks_for_bundne_kostnader	Indeks_for_korrigerte_inntekter
ØH	Pearson Correlation	1	-.192	.119
	Sig. (2-tailed)		.159	.386
	N	55	55	55
Indeks_for_bundne_kostnader	Pearson Correlation	-.192	1	.221
	Sig. (2-tailed)	.159		.099
	N	55	57	57
Indeks_for_korrigerte_inntekter	Pearson Correlation	.119	.221	1
	Sig. (2-tailed)	.386	.099	
	N	55	57	57

Correlations

		Indeks_for_bundne_kostnader	Indeks_for_korrigerte_inntekter	HFT
Indeks_for_bundne_kostnader	Pearson Correlation	1	.221	-.037
	Sig. (2-tailed)		.099	.790
	N	57	57	55
Indeks_for_korrigerte_inntekter	Pearson Correlation	.221	1	.357**
	Sig. (2-tailed)	.099		.007
	N	57	57	55
HFT	Pearson Correlation	-.037	.357**	1
	Sig. (2-tailed)	.790	.007	
	N	55	55	55

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

E) Regresjon med selvstendig ØH-tilbud som avhengig variabel

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.760	.417		1.822	.074
1 Indeks_for_bundne_kostnader	-.743	.408	-.237	-1.821	.074
Befolkning	7.531E-006	.000	.373	2.837	.006
EK_grad	.383	.371	.119	1.035	.305

a. Dependent Variable: Selvstendig_ØH

F) Regresjonsanalyse med ØH-tilbud som avhengig variabel

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.402 ^a	.162	.050	42.35799

a. Predictors: (Constant), Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerte_inntekter, Befolkning, Prioritering, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	15559.100	6	2593.183	1.445	.219 ^b
	Residual	80738.977	45	1794.199		
	Total	96298.077	51			

a. Dependent Variable: ØH

b. Predictors: (Constant), Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerte_inntekter, Befolkning, Prioritering, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	65.565	59.365		1.104	.275
Befolkning	.001	.000	.319	1.906	.063
Indeks_for_bundne_kostnader	-33.577	63.027	-.099	-.533	.597
1 Indeks_for_korrigerter_inntekter	20.709	26.871	.109	.771	.445
KM_til_sykehus	.178	.243	.126	.735	.466
Prioritering	.537	.577	.135	.930	.357
Gjeldsgrad	.015	.107	.021	.137	.892

a. Dependent Variable: ØH

G) Regresjon med ØH-tilbud som avhengig variabel – dummy variabel på befolkning(5000, 10000, 14000)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.345 ^a	.119	.001	43.42484

a. Predictors: (Constant), Prioritering, Indeks_for_bundne_kostnader, Indeks_for_korrigerter_inntekter, Gjeldsgrad, KM_til_sykehus, Dummy_befolkning_5000

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	11440.842	6	1906.807	1.011	.430 ^b
Residual	84857.235	45	1885.716		
Total	96298.077	51			

a. Dependent Variable: ØH

b. Predictors: (Constant), Prioritering, Indeks_for_bundne_kostnader, Indeks_for_korrigerter_inntekter, Gjeldsgrad, KM_til_sykehus, Dummy_befolkning_5000

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	42.201	85.995		.491	.626
Dummy_befolkning_5000	21.327	18.917	.247	1.127	.266
Indeks_for_bundne_kostnader	-17.803	80.724	-.053	-.221	.826
1 Indeks_for_korrigerede_inntekter	23.408	27.724	.123	.844	.403
KM_til_sykehus	.102	.244	.072	.418	.678
Gjeldsgrad	.033	.117	.048	.283	.778
Prioritering	.877	.571	.221	1.537	.131

a. Dependent Variable: ØH

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.319 ^a	.101	-.018	43.85060

a. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_10000, Prioritering, Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerede_inntekter, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9768.707	6	1628.118	.847	.541 ^b
	Residual	86529.370	45	1922.875		
	Total	96298.077	51			

a. Dependent Variable: ØH

b. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_10000, Prioritering, Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerede_inntekter, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	90.363	70.349		1.284	.206
Indeks_for_bundne_kostnader	-54.817	72.032	-.162	-.761	.451
Indeks_for_korrigerter_inntekter	21.643	27.967	.114	.774	.443
KM_til_sykehus	.074	.247	.052	.301	.764
Gjeldsgrad	.012	.118	.018	.105	.917
Prioritering	.782	.581	.197	1.345	.185
Dummy_befolkning_10000	10.049	16.369	.112	.614	.542

a. Dependent Variable: ØH

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.466 ^a	.217	.113	40.92453

a. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_14000, Prioritering, Indeks_for_korrigerter_inntekter, Gjeldsgrad, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	20931.322	6	3488.554	2.083	.074 ^b
	Residual	75366.755	45	1674.817		
	Total	96298.077	51			

a. Dependent Variable: ØH

b. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_14000, Prioritering, Indeks_for_korrigerter_inntekter, Gjeldsgrad, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	32.746	60.067		.545	.588
Indeks_for_bundne_kostnader	-3.287	63.131	-.010	-.052	.959
Indeks_for_korrigerede_inntekter	25.818	26.054	.136	.991	.327
KM_til_sykehus	.083	.230	.059	.362	.719
Gjeldsgrad	.103	.111	.148	.922	.362
Prioritering	.583	.545	.147	1.071	.290
Dummy_befolkning_14000	43.059	16.162	.433	2.664	.011

a. Dependent Variable: ØH

H) Regresjon med HFT som avhengig variabel

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.648 ^a	.421	.343	14.87930

a. Predictors: (Constant), Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerede_inntekter, Befolkning, Prioritering, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7229.598	6	1204.933	5.442	.000 ^b
	Residual	9962.709	45	221.394		
	Total	17192.308	51			

a. Dependent Variable: HFT

b. Predictors: (Constant), Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerede_inntekter, Befolkning, Prioritering, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	33.188	20.853		1.592	.118
Befolkning	9.346E-005	.000	.104	.749	.458
Indeks_for_bundne_kostnader	-4.285	22.140	-.030	-.194	.847
1 Indeks_for_korrigerte_inntekter	25.671	9.439	.320	2.720	.009
KM_til_sykehus	-.021	.085	-.035	-.243	.809
Prioritering	.849	.203	.505	4.188	.000
Gjeldsgrad	.007	.038	.025	.195	.846

a. Dependent Variable: HFT

l) Regresjon med HFT som avhengig variabel – dummy variabel på befolkning(5000, 10000, 14000)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.643 ^a	.413	.335	14.97016

a. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_5000, Prioritering, Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerte_inntekter, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	7107.558	6	1184.593	5.286	.000 ^b
Residual	10084.749	45	224.106		
Total	17192.308	51			

a. Dependent Variable: HFT

b. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_5000, Prioritering, Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerte_inntekter, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	42.694	29.646		1.440	.157
Indeks_for_bundne_kostnader	-12.418	27.829	-.087	-.446	.658
Indeks_for_korrigerede_inntekter	25.443	9.558	.318	2.662	.011
KM_til_sykehus	-.034	.084	-.057	-.408	.685
Gjeldsgrad	.002	.040	.006	.044	.965
Prioritering	.888	.197	.528	4.513	.000
Dummy_befolkning_5000	-.655	6.521	-.018	-.100	.920

a. Dependent Variable: HFT

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.647 ^a	.419	.341	14.90074

a. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_10000, Prioritering, Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerede_inntekter, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	7200.864	6	1200.144	5.405	.000 ^b
Residual	9991.444	45	222.032		
Total	17192.308	51			

a. Dependent Variable: HFT

b. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_10000, Prioritering, Gjeldsgrad, Indeks_for_korrigerede_inntekter, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	30.480	23.905		1.275	.209
Indeks_for_bundne_kostnader	-1.803	24.477	-.013	-.074	.942
Indeks_for_korrigerte_inntekter	26.205	9.504	.327	2.757	.008
KM_til_sykehus	-.037	.084	-.062	-.444	.659
Gjeldsgrad	.013	.040	.045	.329	.744
Prioritering	.871	.197	.518	4.411	.000
Dummy_befolkning_10000	3.649	5.562	.097	.656	.515

a. Dependent Variable: HFT

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.645 ^a	.417	.339	14.93045

a. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_14000, Prioritering, Indeks_for_korrigerte_inntekter, Gjeldsgrad, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7160.978	6	1193.496	5.354	.000 ^b
	Residual	10031.330	45	222.918		
	Total	17192.308	51			

a. Dependent Variable: HFT

b. Predictors: (Constant), Dummy_befolkning_14000, Prioritering, Indeks_for_korrigerte_inntekter, Gjeldsgrad, KM_til_sykehus, Indeks_for_bundne_kostnader

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	34.570	21.914		1.578	.122
Indeks_for_bundne_kostnader	-5.370	23.032	-.037	-.233	.817
Indeks_for_korrigerte_inntekter	25.961	9.505	.324	2.731	.009
KM_til_sykehus	-.034	.084	-.056	-.404	.688
Gjeldsgrad	.011	.041	.038	.278	.782
Prioritering	.872	.199	.519	4.389	.000
Dummy_befolkning_14000	2.947	5.896	.070	.500	.620

a. Dependent Variable: HFT

J) NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
 NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
 N-5007 Bergen
 Norway
 Tel: +47-55 58 21 17
 Fax: +47-55 58 96 50
 nsd@nsd.uib.no
 www.nsd.uib.no
 Org nr. 985 321 884

Kari Nyland
 Institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap Norges Handelshøyskole
 Helleveien 30
 5045 BERGEN

Vår dato: 10.03.2014

Vår ref: 37937 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.03.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37937</i>	<i>Masterutredning</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges Handelshøyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kari Nyland</i>
<i>Student</i>	<i>Niels Jakob Erlingsson</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Niels Jakob Erlingsson Niels.j.erlingsson@gmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 37937

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi ber om at kontaktopplysninger til veileder tilføyes. Revidert informasjonsskriv sendes til personvernombudet@nsd.uib.no.

Personvernombudet legger til grunn at studenten etterfølger Norges Handelshøyskole sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 20.06.2014. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

K) Spørreundersøkelse

Qualtrics Survey Software

09.04.14 22:29

Default Question Block

Denne spørreundersøkelsen omhandler Samhandlingsreformen og da spesielt kommunal medfinansiering. Alle svar vil bli anonymisert, det vil si at svarene vil ikke kunne spores frem til respondent når en leser avhandlingen. Jeg setter stor pris på dine svar da disse vil hjelpe meg stort i min videre utredning. Hvis det er av interesse, vil jeg gledelig sende deg en kopi av min oppgave når den er ferdig.

Spørreundersøkelsen er godkjent av Personvernombudet.

Denne undersøkelsen gjennomføres som et ledd i studien ved Norges Handelshøyskole(NHH).

Hvilken kommune svarer du for?

NB. Dette svaret er kun ment for å koble dine svar til eksisterende, offentlige data. Alle kommunenavn vil bli anonymisert.

Hva er din stillingstittel i kommunen?

NB. Dette svaret er kun ment for å koble dine svar til eksisterende, offentlige data. Alle stillingstitler vil bli anonymisert.

I hvilken grad var dere klar over konsekvensene av Samhandlingsreformen før den trådte i kraft?

- I svært stor grad
- I nokså stor grad
- I middels grad
- I liten grad
- I ingen grad

Vurderer du det sånn at det er for mange sykehusinnleggelse innen din kommune?

—

- Ja, i svært stor grad
- I nokså stor grad
- I middels grad
- I liten grad
- Nei, i ingen grad

Du svarte "I middels grad" til "Ja, i svært stor grad" på forrige spørsmål om mengden sykehusinnleggelser innen din kommune. Hva skyldes for mange sykehusinnleggelser innen din kommune?

- Dårlig helsetilstand blant kommunens innbyggere
- Dårlig helsetilbud i kommunen
- Annet

Du svarte "Annet" på forrige spørsmål om hva som skyldtes for mange sykehusinnleggelser innen din kommune. Vennligst spesifiser.

Vurderer du det sånn at helsetilstanden er dårligere i din kommune enn landsgjennomsnittet?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i stor grad
- I middels grad
- Nei, i liten grad
- Nei, i ingen grad

Er Samhandlingsreformen høyt prioritert i din kommune?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i stor grad
- I middels grad
- Nei, i liten grad
- Nei, i ingen grad

Ble det iverksatt en gruppe som ble delegert ansvaret for implementering av Samhandlingsreformen i kommunen?

- Ja
 Nei

Hvilken stillingstittel har disse personene. Vennligst spesifiser.

Hva er kommunens målsetninger for implementering av reformen? Vennligst spesifiser.

Hadde gruppen noen planlagte tiltak for å nå de målene?

- Ja
 Nei

Vennligst beskriv hvilke tiltak gruppen planlagte for å nå de målene

Har målene blitt oppnådd?

- Ja

 Nei

Etter din skjønnsmessige vurdering, har målsetningene for implementering av reformen blitt forankret blant kommunens øvrige ansatte?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I middels grad
- I liten grad
- I ingen grad

Hva har kommunen gjort for å forankre dette behovet blant kommunens øvrige ansatte? Vennligst spesifiser.

Hadde din kommune et eget Øyeblikkelig-hjelp tilbud før 01.01.2012?

- Ja
- Ja, et interkommunalt samarbeid
- Nei

Har din kommune opprettet et eget Øyeblikkelig hjelp-tilbud etter 01.01.2012?

- Ja
- Ja, et interkommunalt samarbeid
- Nei

Ser du en nytte av dette tilbudet sålangt?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i stor grad
- I middels grad
- Nei, i liten grad
- Nei, i ingen grad

Har din kommune planer om å opprette Øyeblikkelig-hjelp tilbud i nærmeste fremtid?

- Ja
 Nei

Hva er grunnen til at din kommune ikke har opprettet et Øyeblikkelig-hjelp tilbud?

- Manglende ressurser
 Manglende kompetanse
 Annet

Du svarte "Annet" på spørsmålet om hvorfor din kommune ikke har opprettet et Øyeblikkelig-hjelp tilbud. Vennligst spesifiser.

Hvilke tiltak har din kommune planlagt for å få i stand dette lovpålagte tilbudet innen 1. januar 2016? Vennligst spesifiser.

Har din kommune et interkommunalt samarbeid angående Øyeblikkelig-hjelp, eller har dere planer om det?

- Ja
 Nei

Hva er grunnen til at din kommune velger et interkommunalt samarbeid?

- Ikke nok midler til å starte alene
 Ikke nok kunnskap til å starte alene
 Etter ønske fra andre kommuner
 Annet

Du svarte "Annet" på spørsmålet om grunnen til at din kommune velger et interkommunalt samarbeid. Vennligst spesifiser.

Hvor mange kommuner er inkludert i dette samarbeidet?

Er din kommune vertskommune?

- Ja
 Nei

Drev din kommune aktivt med helseforebyggende tiltak før 01.01.2012?

- Ja, i svært stor grad
 Ja, i stor grad
 I middels grad
 Nei, i liten grad
 Nei, i ingen grad

Driver din kommune aktivt med forebyggende tiltak etter 01.01.2012?

- Ja, i svært stor grad
 Ja, i stor grad
 I middels grad
 Nei, i liten grad
 Nei, i ingen grad

Har din kommune planer om å drive aktivt med forebyggende tiltak i nærmeste fremtid?

- Ja
 Nei

Hva er grunnen til at din kommune ikke driver aktivt med forebyggende tiltak?

- Manglende ressurser
 Manglende kompetanse
 Manglende kunnskap om hvilke tiltak det vil være hensiktsmessig å iverksette
 Annet

Du svarte "Annet" på spørsmålet om grunnen til at din kommune ikke driver aktivt med forebyggende tiltak. Vennligst spesifiser.

Hvilke folkehelseutfordringer har kommunen valgt å fokusere på? Vennligst spesifiser.

Hvorfor har din kommune valgt å adressere akkurat disse helseutfordringene? Vennligst spesifiser.

Ser du en nytte av dette tilbudet sålangt?

- Ja, i svært stor grad
 Ja, i stor grad

- ~
- I middels grad
 - Nei, i liten grad
 - Nei, i ingen grad

Etter din skjønnsmessige vurdering, går den kommunale medfinansieringen utover andre av kommunens tilbud?

- Ja
- Nei

Mener du at din kommune får nok styringsinformasjon fra sykehusene som forklarer utgiftene knyttet til Kommunal medfinansiering?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i stor grad
- I middels grad
- Nei, i liten grad
- Nei, i ingen grad

Mener du at din kommune får nok styringsinformasjon fra sykehusene til å kunne vite hvilke helseutfordringer det er viktig å adressere?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i stor grad
- I middels grad
- Nei, i liten grad
- Nei, i ingen grad

Har din kommune fått på plass et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon mellom kommuner og helseforetak?

- Ja
- Nei

Mener du at Samhandlingsreformen har gitt pasientene et bedre og mer koordinert helsetilbud?

~

- Ja
- Nei

Takk for din deltakelse. Her kan du komme med ytterligere kommentarer eller innspill.