**Å gjete kongens harer?**

**Om styring av kommunale tjenester på tvers av enheter**

Inger Johanne Pettersen er professor ved NTNU Handelshøyskolen.

inger.j.pettersen@ntnu.no

**Sammendrag**

Artikkelen diskuterer økonomiske styringsproblem som oppstår når kommunal tjenesteproduksjon skjer på tvers av enheter. Dette gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester i skjæringsfeltet spesialisthelsetjeneste og kommunenes ansvar. Data fra to empiriske studier illustreres ut fra styringsteori for å belyse styringsutfordringer i interorganisatoriske relasjoner. Vi finner at kommunene har mange organisatoriske løsninger som samsvarer met teori om «styringspakker». Dette bør beslutningstakere ha kunnskap om når reformer for offentlig styring gjennomføres.

Nøkkelord

Horisontal styring Kommunehelsetjeneste Styringspakker

**Innledning**

Kommunene er viktige økonomiske organisasjoner. Dette gjelder spesielt for tjenester til kommunenes innbyggere. Kommunenes samfunnsoppdrag er omfattende innen helse og omsorg. Her legger staten viktige rammer for kommunenes ansvar og oppgaver, slik det fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Kommunalt selvstyre gir kommunene styringsmuligheter og samtidig styringsutfordringer for staten, som har begrensede muligheter til å styre innholdet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dermed oppstår komplekse styringsproblem. I økonomisk styringslitteratur problematiseres dette med utgangspunkt i vertikal og horisontal styring og styring av interorganisatoriske relasjoner. I denne artikkelen spør vi hvordan kommuner løser disse økonomiske styringsoppgavene, hvor utfordringene beskrives både som styring mellom organisasjoner og mellom nivå (vertikalt og horisontalt).[[1]](#footnote-1)

Kommunesektoren har stor økonomisk betydning. I 2016 utgjorde bruttodriftsutgifter til kommunehelsetjenesten om lag 17 mrd kroner (SSB kommunestatistikk). Styringsproblemene skyldes imidlertid at tjenestene er stykket opp (fragmenterte), og at etterspørselen er stigende på grunn av den demografiske utviklingen, hvor vi blir stadig flere eldre med sammensatte lidelser (St meld.nr. 47 (2008-2009). Kompleksiteten her skal ifølge regjeringen løses gjennom tiltak for «helhetlige og smidige pasientforløp» (Meld. St. 16 (2010-2011)). Det ble da forutsatt at spesialisthelsetjenesten (sykehus) og kommunehelsetjenesten skal samhandle bedre med hverandre, og at kommunene skal ta en større del av ansvaret for helsetjenestene. Det vi her beskriver, går under betegnelsen Samhandlingsreformen, og vi vi fokuserer på de økonomiske styringsutfordringene som oppstår. Spesielt knytter vi diskusjonen til utviklingen av helhetlige tjenester og etableringen av et tilbud som går under navnet kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), opprettet nettopp for å få sykehus og kommuner til å samarbeide. Disse tiltakene har imidlertid møtt kritiske merknader.

Riksrevisjonen undersøkte ressursbruken og kvalitet i helsetjenestene etter innføring av samhandlingsreformen vinteren 2016. Her konkluderer Riksrevisjonen (2016) med følgende;

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

*Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet*

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

Artikkelen presenterer først bakgrunnen for Samhandlingsreformen og det empiriske feltet som omhandler kommunehelsetjenesten. Deretter gir vi en gjennomgang av relevant teori, og deretter presenteres det empiriske datagrunnlaget. Avslutningsvis diskuteres og sammenfattes analysen av de empiriske studiene.

**Offentlige grep for å bedre horisontal tjenesteytelse**

Flere år før denne rapporten fra Riksrevisjonen (2016) tok regjeringen grep for å oppnå mer «helhetlig» styring og «smidige pasientforløp»:

• Økonomiske ordninger for betaling når utskrivningsklare pasienter venter i sykehus for utskrivning til kommune og medfinansiering av opphold i sykehus[[2]](#footnote-2)

* Krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om retningslinjer og samarbeid

• Krav om og tilskudd til oppretting av et lokalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunen.

I denne artikkelen diskuterer vi spesielt gjennom empiriske data de to siste kulepunktene.

*Reformene*

Samhandlingsreformen er blitt beskrevet som en retningsreform. Reformen har slektskap med helsereformer i både våre naboland og andre vestlige land, slik som det svenske lokalvård-konseptet og den danske modellen for kommunal medfinansiering av sykehustjenester (Bidgood, 2013; Vrangbæk og Sørensen, 2013). Reformen ligner også partnerskapstenkningen i Health Action Zones-reformen i England og reformer i Australia og Skottland (Grimsmo og Magnussen, 2015).

Reformene har generelt tatt sikte på å løse følgende utfordringer i helsetjenesten internasjonalt: Tjenestene er ofte mangelfullt koordinert på grunn av økt organisatorisk differensiering og kompleksitet i helsetjenesten, og den demografiske utviklingen viser at antall eldre med kronisk sykdom og hjelpebehov øker i årene framover.

Stikkord her er konseptet pasientforløp, også kalt behandlingslinjer/protokoller, og kommer fra spesialisthelsetjenesten (eng: clinical pathways, critical pathways, integrated care pathways, coordinated care, multidisciplinary care) (Nolte og McKee , 2008). Ideen har mange likhetstrekk med begrepet Lean-management, som har fått en sentral plass i de generelle management teoriene. I praksis betyr dette at behandlere med utgangspunkt i faglige retningslinjer for en pasientgruppe, en tilstand eller diagnose, lager plan for strukturerte forløp for innleggelse og gjennomføring av behandling i sykehus og videre til kommunehelsetjenesten.

**Vertikal samhandling og horisontal koordinering**

Forskning om gjennomføring av pasientforløp ved utskrivning fra sykehus er i hovedsak blitt gjort av spesialisthelsetjenesten og preges av utfordringer som gjelder sykehusene, med måling av resultater og indikatorer knyttet til enkeltdiagnoser i sykehussammenheng (Grimsmo og Magnussen, 2015). Helseforetakene er formelt ledet gjennom vertikale styringslinjer. Utfordringene oppstår selvsagt når produksjonslinjene, det vil si pasientforløpene skal koordineres ikke bare på tvers av sykehusavdelinger internt, men også koordineres over formelle organisasjonsgrenser. Dette er klassiske styringsproblemer, hvor verdiskapningen skjer i krysningspunkt mellom vertikale og horisontale linjer og mellom organisasjonsenheter (interorganisatorisk). Likevel har samhandlingsreformen gjennom bruk av reguleringer og insentiver stort sett fokusert på den vertikale samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten beskrives ofte som fragmentert på grunn av inndelingen i spesialiteter og subspesialiteter. En større grad av funksjonsfordeling og valgfrihet mellom sykehus har utfordret koordineringen av tjenestene ytterligere. "Fritt behandlingsvalg" og "pakkeforløp" er forsøk på å bedre den horisontale koordineringen i spesialisthelsetjenesten. Vi ser allerede her at det tegnes et komplekst bilde av tjenestene mellom sykehus og kommuner.

Dessuten er også primærhelsetjenesten i Norge preget av organisatorisk fragmentering.[[3]](#footnote-3) For om lag 70 år siden var bemanningen i primærhelsetjenesten gjerne en distriktslege og en sykepleier/helsesøster. Siden er den utvidet med flere tjenester, som helsestasjoner, skolehelsetjeneste, sykehjem, hjemmetjenester mm., ofte slik at hver tjeneste er organisert i selvstendige resultatenheter med hvert sitt journalsystem. Hovedgruppene av pasienter i primærhelsetjenesten er i mindre grad enn andre i stand til oppsøke hjelp og fremme egne behov, samtidig som behovene for mange av dem er blant de mest komplekse (Wallace et al., 2015).

**Teoretisk rammeverk**

Det normative synet på økonomistyring tar utgangspunkt i at det er en rasjonell kobling mellom strategisk planlegging, budsjett, aktivitet og gjennomføring i løpet av året og til slutt, rapportering og evaluering (Anthony og Young, 2003). Dette forutsetter altså en kontinuerlig og systematisk prosess, som gjentas over tid. I denne styringstradisjonen problematiseres ikke de styringsutfordringene som de moderne kommunene møter i helse og omsorgssektoren. Senere litteratur har nettopp fokusert på helhetlig styring (Malmi og Brown, 2008). Poenget her er at organisasjoners styringssystem består av en mix mellom rasjonelle/normative tilnærminger og mer beskrivende/ atferdsorienterte elementer. Dette gjelder planlegging og kybernetisk styring, organisasjonskultur og tradisjoner, som hvor alle elementer må «mixes» sammen med blant annet belønnings system og administrativ styring for å fungere bra. Organisasjonskultur og tradisjoner blir betraktet som overgripende prosesser som påvirker de særlig de kybernetiske (styrings) systemene.[[4]](#footnote-4) Denne sammensatte «mix» av styringselementer kalles gjerne «styringspakker» (Malmi og Brown, 2008).

Denne helhetlige tilnærmingen utfordres når vi også får styring på tvers av organisasjoner, slik som mellom sykehus og kommunenes tjenester. I litteraturen argumenteres det at «styringspakker» må fylles ut med horisontal styring (Cäker og Siverbo, 2011). Det betyr at det kreves horisontale interaksjoner mellom organisasjonene; mellom sykehusene og kommunene for å få til gjennomgående pasientforløp, som forutsettes i samhandlingsreformen. I den horisontale dimensjonen skal tjenestene koordineres mellom sidestilte enheter, dvs på tvers. Forskning viser at denne styringen ofte skjer uformelt, og kontakten bygger på personlige relasjoner som fremmer samarbeidskulturer (Cäker, 2008; Nyland et al., 2017). Dette er inkludert i Malmi og Browns (2008) begrep for kulturell styring., som bygger på personlig samarbeid gjennom det vi kan kalle sosiale kontrakter.

*Kontrakter*

Sosiale kontrakter bygger på tillit og gjensidig tilpasning, og bygger gjerne på samarbeid over tid. Men dette er ikke tilstrekkelig når samarbeid skal skje på tvers av funksjoner og nivå i organisasjoner og på tvers av organisasjoner. Dermed oppstår det behov for å lage rettesnorer og regler for å skape tjenester mellom organisatoriske grenser. Her kommer kontraktene inn i bildet. Vi snakker gjerne om fire typer kontrakter (Haugland, 2004):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kontrakt** | **Fokus** | **Relasjon** | **Styringsmekanisme** |
| Markedskontrakt | Kontraktsdokument | Diskret | Insentiv |
| Klassisk langtidskontrakt | Kontraktsdokument | Diskret | Insentiv |
| Intern kontrakt | Regler & prosedyrer | Formell | Autoritet |
| Relasjonskontrakt | Personlige relasjoner & felles verdier | Normbasert | Tillit |

Tabell 1: Kontrakter, relasjoner og styringsmekanisme (Haugland, 2004)

I vår sammenheng vil klassiske langtidskontrakter, interne kontrakter og relasjonskontrakter være viktige for å forstå hvordan kommunene (i dette tilfellet) håndterer komplekse styringsoppgaver (Haugland, 2004). Langtidskontrakter er gjerne ufullstendige og bygger på avtalespesifikke betingelser (diskret), og styringsmekanismen bygger på (oftest) økonomiske insentiver. Interne kontrakter håndterer usikkerhet ved å bygge opp et administrativt apparat for å regulere atferd og fordeling av autoritet og beslutningskontroll. Relasjonskontrakter (sosiale kontrakter) er ikke skriftlige, men bygger på en enighet mellom aktørene om hva som skal gjøres og hvordan problemer løses.

**Rammebetingelser og empiriske studier**

*Empiriske bakgrunn*

Den norske samhandlingsreformen tilsvarer det internasjonale begrepet "care coordination". Dette begrepet omfatter tiltak for å få tjenesteytere på samme nivå og mellom nivåer til å samarbeide i koordinering av pasientforløp «på tvers». Samordning av hele tjenesteapparatet kalles ofte "integrated delivery systems". Hvilke virkemidler som benyttes, hvor fin- eller grovmaskede de er, hvordan de kombineres og hvilken effekt de har, vil avhenge både av formålet, hvordan de er utformet, hvordan de kombineres og i hvilken sammenheng de inngår i. Dette gjør det vanskelig både å oppsummere virkemiddelbruken, og dessverre har det også vist seg at forskning vanskelig kan trekke slutninger om hva som virker best og hvorfor.

Norske myndigheter har i samhandlingsreformen lagt fram omfattende virkemidler som inkluderer både organisatoriske, økonomiske og faglige tiltak, i tillegg til endringer i lov- og regelverk. I Norge er det et skarpt skille i eierskap og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, fordi disse er regulert av forskjellige lover og styrings- og finansieringssystem. Strukturen er derfor utfordrende når det gjelder kontinuitet og sømløshet i pasientbehandlingen. Begrepet «silostyring» er brukt om styringsproblemer i sektoren både på overordnet og lavere nivå.

*Finansieringsordninger*

Finansieringsordninger er viktige virkemiddel får å skape samarbeid på tvers av tjenester og nivå. Slike incentiver skiller gjerne mellom to typer beslutninger: Hvordan de enkelte tjenesteleverandørene, det vil si sykehus, spesialister, allmennleger osv. finansieres, og om det skal være forskjellige modeller mellom leverandørene. Ulike modeller er særlig aktuelt dersom det dreier seg om tjenester på ulike nivåer. Hensikten med finansieringsordningene er gjerne knyttet til ønsket om effektiv ressursbruk og kvalitet og likeverdighet i pasientbehandlingen. Men forskjellige finansieringsmodeller har ulike målsettinger, og det oppstår gjerne målkonflikter: Eksempelvis kan en modell som motiverer til effektivitet, gi uønskede konsekvenser for kvalitet. Her er det mange mulige modeller:

* Betaling per utført tjeneste ("Fee-for service")
* Betaling per opphold ("Per case payment")
* Betaling per behandlingsforløp ("Per episode of care")
* Betaling for sykdomshåndtering ("Per disease payment")
* Betaling for å ivareta en befolkningsgruppe ("Capitation")
* Rammebudsjett for en viss type aktivitet ("Global budget")

I vårt land er det valgt kombinasjoner av rammebudsjett, stykkpris og betaling per opphold. Systemene er sammensatte og gir incentiver som kan medføre målkonflikter. Dette spørsmålet diskuterer vi ikke videre her. Men teoretisk kan vi tenke oss at for å styrke horisontal styring (samhandling), må slike finansieringsmodeller vurderes både ut fra hvordan de skaper kontinuitet i pasientforløpet og i hvilken grad de motiverer til at pasientene behandles på riktig nivå. I Norge valgte man prinsipielt å dele sørge-for-ansvaret (bestilleransvaret) for primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester mellom staten og kommunene. Da kan det oppstå situasjoner hvor pasienter behandles på ett nivå, mens betalingen rettes mot et annet nivå. Det skjer når eksempelvis når pasienter som blir liggende ferdigbehandlet i sykehus, men som fremdeles må ha helse- og/eller omsorgstjenester. Da påløper kostnader for spesialisthelsetjenesten, som egentlig er knyttet til tjenester kommunene (gjennom inntektssystemet) er tilført inntekter for å dekke. I dette tilfellet vil en oppgjørsordning mellom kommune og helseforetak motvirke insentiver til å skyve pasienter over på andre nivåer. Derfor innførte man en ordning med kommunal medfinansiering, som viste seg å ikke fungere effektivt og ble avsluttet (1.1.2015).[[5]](#footnote-5) Men ordningen med betaling for utskrivningsklare er innført for å hindre slike målforskyvninger som vi her har beskrevet, se for øvrig Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk.

*Samarbeidsavtaler*

Finansieringsordninger må kombineres med lover og regler for å regulere tjenester «på tvers». Derfor ble det innført lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Avtalene skulle motivere til mer likeverdighet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. KS og Helse- og omsorgsdepartementet utviklet allerede i 2007 et rammeverk for avtaler mellom foretak og kommuner, og en studie viste at i 2008 hadde de fleste helseforetak samarbeidsavtaler og med kommunene (Kalseth & Paulsen, 2008).[[6]](#footnote-6) Kommuner har imidlertid ulike utgangpunkt for å gjennomføre forhandlinger med spesialisthelsetjenesten. Svak forhandlingsposisjon i mange kommuner kunne medføre at avtaler ble problematiske å etablere og gjennomføre i møter med spesialisthelsetjenesten. Et problem var at brukerne i liten grad ble involvert i forhandlinger slik loven krever (Grimsmo og Magnussen, 2015).

*Empiriske studier i kommuner*

Vi studerer to cases når det gjelder kommuners løsninger av komplekse styringsoppgaver under temaet samhandlingsreformen og tjenester innen helse og omsorg. Disse studiene er nærmere presentert i Berdahl og Grønnesby (2017) og i Nicolaisen (2016). Forfatteren deltok i teoriutvikling, forskningsopplegg, deler av gjennomføring samt tolkning av datasett.

Vi har to datasett:

* Studie 1: En kvalitativ surveystudie i syv kommuner i Midt Norge ble valgt ut fordi disse representerer to ulike modeller: En desentralisert modell består av nabokommunene A, B og C og en mer sentralisert modell ble for samme tjenesteområde valgt av de fire kommunene D, E, F og G.
* Studie 2: Survey og intervjudata i 30 kommuner i Helse Nord som sogner til Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN). Disse kommunene gir et tverrsnitt av norske kommuner.

*Studie 1- To ulike organisasjonsmodeller*

Studien bygger på intervju av nøkkelinformanter (etatsleder, sektorsjefer, enhetsledere og samhandlingskoordinatorer) i kommunene. I tillegg ble det gjort dokumentstudier (særavtaler mellom kommuner og helseforetak, samarbeidsavtaler, tjenesteavtaler, referat fra dialogmøter).

Kommunene A og C har bystatus og B er liten landkommune. Kommunene vurderte i perioden 2012-14 ulike løsninger for det statlige kravet om kommunale akuttsenger. Det interkommunale samarbeidet ble vedtatt som en desentralisert modell med medisinsk faglig ansvar i hver kommune samt at tjenestetilbudet i form av senger ble opprettet i eksisterende bygninger. Tre sengeplasser i helsehus i A, en seng i sykehjem i B og to senger i C. Hver kommune administrerer egne kostnader og ressurser knyttet til tjenestetilbudet, Likevel inngås avtaler på tvers av kommunene, for eksempel felles legevakt. I tillegg inngår kommunene avtale om hvordan sengene kan brukes «på tvers». Vi ser at kommunene her har utviklet en form for horisontal koordinering med fleksible avtaler seg imellom på noen tjenesteområder. Disse avtalene bygget også på samarbeid tidligere over år, slik at relasjonen mellom kommunene bygde på uformell tillit til at «dette skulle gå seg til».

Den andre gruppen kommuner har valgt en sentralisert vertskommune-modell. Kommune D er en stor by og de andre tre er småkommuner. Disse kommunene har lang erfaring med å gjennomføre formalisert interkommunalt samarbeid basert på selskapsmodell; interkommunalt selskap. Det sentraliserte samarbeidet er formalisert med en politisk nemd.

I sum viste dataene at det interkommunale samarbeidet varierer med hensyn til grad av formalisering mellom kommunene og hvor sentralisert tjenestetilbudet blir. I begge modellene ligger kommunene nært hverandre, og de hadde over tid utviklet helsefaglig samarbeid før reformen. De tre kommunene i det desentraliserte modellen hadde tidlig etablert interkommunal legevakt, mens kommunene i den sentraliserte modellen hadde etablert et felles distriktsmedisinsk senter. Styringsløsningene bygger med andre ord på tradisjon og tillit.

I begge modellene bygget man på eksisterende, men svært forskjellige strukturer. Begge modeller har kybernetiske styringssystem, bestående av flere kilder for informasjon (Malmi og Brown, 2008). I den sentraliserte modellen finner vi mer formalisert avviksrapportering og større grad av sentral, administrativ styring med mange beslutningsnivåer. Myndighet til å fatte beslutninger er delegert fra kommunestyrene til denne politiske nemden, som videre-delegerer til rådmennenes stab. Organisasjonsstrukturen blir derfor av respondentene oppfattet som «treg» og uoversiktlig.

I den desentraliserte modellen er for eksempel særavtalen mellom den minste kommunen og de lokale legene en ren markedskontrakt for kompensasjon og belønning. Her finner vi også større grad av relasjonskontrakter, fordi bruken av øhd-sengene ikke medfører detaljerte regler for kompensasjon. Det desentraliserte samarbeidet preges av enkel organisering. Siden hver kommune administrerer kostnader og ressursbruk for egen øhd-enhet, er det få hierarkiske styringsnivå, korte beslutningsveier og uformell kommunikasjon. Her framstår gjensidig tilpasning som den viktigste koordineringen. I den desentraliserte modellen er styringspakken variert, men også enkel i form av enkle styringssløyfer. Funnene er interessante fordi vi ser at reformene oppleves ulikt med tanke på samarbeid, fleksibilitet og beslutningsveier. Ut fra to cases kan vi ikke argumentere for praktiske implikasjoner, men teoretisk viser empirien at styring av kommunale tjenester i denne sektoren preges av «styringspakker» hvor vi finner ulike styringsteknikker (formelle og uformelle).

*Studie 2- Kommunene finner mange ulike løsninger i Nord-Norge*

Spørreundersøkelsen våren 2016 ble sendt til 30 kommuner som har Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) som sitt regionale sykehus. Respondentene var ordfører, rådmann, kommuneoverlege og enhetsleder. Svarprosenten var 54%. Tabellen nedenfor viser hvordan øhd-tilbudet i denne regionen er organisert, finansiert og brukt i 2015. Der flere kommuner samarbeider om tilbudet er vertskommunene markert med uthevet skrift. Tabellen viser også forventet antall liggedøgn samt kommunens innrapporterte antall liggedøgn.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kommune(r)** | **Tilskuddsbeløp**  **2015 kroner** | **Antall senger** | **Stipulert antall liggedøgn** | **Rapporterte liggedøgn til Helsedir.** | **Avvik antall liggedøgn** |
| **Bardu**, Lavangen, Målselv, Salangen og Ibestad | 3 903 402,- | 2 | 819 | - |  |
| **Harstad,** Kvæfjord, Lødingen, Skånland og Tjeldsund | 8 421 800,- | 5 | 1 768 | 634 | - 1 134 |
| **Lenvik,** Berg, Sørreisa, Dyrøy, Torsken og Tranøy | 4 902 356,- | 5 | 1 029 | 816 | - 213 |
| **Narvik,** Evenes, Gratangen, Tysfjord og Ballangen | 6 737 442,- | 3 | 1 415 | 143 | - 1 272 |
| **Balsfjord** og Storfjord | 1 969 304,- | 1 | 413 | 27 | - 386 |
| **Tromsø** og Karlsøy | 14 546 444,- | 4 | 3 054 | 0 | - 3 054 |
| Lyngen | 843 830,- | 1 | 177 | 0 | - 177 |
| Kåfjord | 603 994,- | 1 | 127 | 158 | + 31 |
| Skjervøy | 708 510,- | 1 | 149 | - |  |
| Nordreisa | 1 206 886,- | 1 | 253 | 253 | 0 |
| Kvænangen | 366 356,- | 1 | 77 | 183 | + 106 |
| **Totalt** | **44 210 324,-** | **21** | **9 281** | **2 214** |  |

Tabell 2 Organisering av tjenestetilbudet i 30 kommuner i Nord Norge. Kilde: Nicolaisen, 2016.

Kommunene hadde plikt til å etablere tilbud om øhd-senger innen 1.1.16, og tabellen viser at alle kommunene har dette. Mange av kommunene kom imidlertid sent i gang, og enkelte startet ikke opp før i 2016. Antallet innrapporterte liggedøgn i tabellen er derfor lavt eller 0 for disse (Tromsø og Karlsøy, Lyngen, Skjervøy). Tabellen viser likevel at det er avvik mellom antall liggedøgn som var stipulert fra departementet og den faktiske bruk. Dette gjelder også for de tilbudene som har vært i drift hele 2015.

Spørreundersøkelsen bekrefter at det er lavt belegg i øhd-sengene, og at det er relativt lite kunnskap om hvilke pasienter som faktisk bruker disse sengene. Bare halvparten av respondentene sier at øhd-sengene faktisk er nye senger, den andre halvparten sier at det er en omdefinering av eksisterende senger. Undersøkelsen viser også at det er usikkert om de kommunale sengene faktisk reduserer innleggelser i sykehus. Respondentene, som er sentrale nøkkelpersoner, kjenner intensjonen med øhd-sengene relativt godt, men de var i liten grad med i planleggingen. Tiltaket er heller ikke godt beskrevet i kommunens strategiske planer eller innarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Videre mener respondentene at vertskommune og omkringliggende kommuner bruker tilbudet ulikt, fordi de antar at vertskommunene bruker tilbudet langt mer. Når det gjelder forslag på tiltak for å øke bruken av øhd-sengene, mener respondentene at det var lite samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene knyttet til bruk av øhd-sengene.

I kommunene er det etablert 11 ulike øhd-tilbud. 5 kommuner driver dette på egenhånd, mens de resterende kommuner samarbeider på ulike måter. Tilbudene er ulike i størrelse, og varierer fra 1 til 5 senger. Det er ulikt hvor øhd-sengene er lokalisert, men de fleste oppgis å være i tilknytning til legevakt eller sykehjem/lokalmedisinsk senter. Legetjenesten varierer også mye. De fleste av disse kommunene har egne leger, som ivaretar legedekningen på dagtid. Legevaktslegene ivaretar beredskapen på kveld, natt og helg. Varianten hvor fastlegen har ansvar på dagtid mens legevakt har ansvaret på kveld, natt og helg er også vanlig. De sentrale aktørene som deltar i denne studiene uttalte videre at omfang av unødvendige sykehusinnleggelser er dårlig dokumentert, og at brukerne (pasientene) ofte føler skepsis og utrygghet for å skulle bli lagt inn i slike tilbud. Dessuten mente mange at disse akutt-sengene ikke var nye tiltak, men var «gammel vin på nye flasker».

Statens finansiering av dette øhd-tilbudet forutsatte at tilbudet til pasientene skulle redusere bruken av spesialisthelsetjenestenog redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehusene. Finansieringsmodellen gav føringer for omfanget av ordningen, blant annet ved at HOD definerte forventet antall liggedøgn fra hver kommune. Fram til 1.1. 2016 ble tilbudet finansiert ved en tilskuddsordning, hvor halvparten var øremerkede tilskudd fra helsedirektoratet og resten ble overført direkte fra det regionale helseforetaket. Forutsetningen for tilskuddet var at kommunen hadde inngått en skriftlig kontrakt med helseforetaket, hvor kommunen synliggjorde plan for omfang, organisering og kvalitet tilknyttet øhd-enheten. Fom 2016 er midlene inkludert i kommunenes rammetilskudd. Finansieringen bygger på direktoratets beregninger for antall pasientsenger og planlagte liggedøgn. Funnene i denne studien viser at beleggsprosenten er langt lavere enn stipulert. Studien viser at øhd-sengene i liten grad reduserer sykehusinnleggelser. I tillegg bekrefter undersøkelsen at øhd-plassene også brukes til andre pasientgrupper enn det som var intensjonen med tilbudet. Disse funnene samsvarer med Riksrevisjonens rapport (Riksrevisjonen 2016).

**Oppsummering og diskusjon**

Vi finner i de to studiene at tiltak staten iverksetter for å sikre horisontal styring av kommunale tjenester mellom tjenestenivå, blir etablert i mindre grad enn forventet. Den økte ressursbruken i kommunene har så langt ikke redusert antall forventede sykehusinnleggelser. Nå kan det argumenteres at denne reformen er relativt ny og at ny praksis tar tid å etablere. Andre studier av intermediærplasser og rehabiliteringsplasser i sykehus viser at bruken av nye enheters sengeplasser preges av praktiske hindringer og ulike tolkninger av hensiktsmessighet ( Johannessen, 2014; Hungnes, 2017). Vi ser videre at organiseringen varierer i våre to studier, og i praksis vil vi finne langt flere modeller dersom vi studerer landet under ett. Dessuten gir statistikken liten kunnskap om faktisk bruk av tiltaket (øhd-sengene), og tiltaket er ikke blitt godt forankret i kommunenes strategisk planer.

Samlet sett kan vi si at de empiriske funnene ikke kan forstås ut fra en rasjonell modell for økonomistyring, siden reformen har ikke-intenderte effekter. En mer beskrivende tilnærming viser at vi finner mange ulike styringsformer, som samsvarer med det som i teoriene (Malmi og Brown, 2008) tilsvarer begrepet «styringspakker». Her dokumenteres det at styringsformene er en «mix» av administrative og kybernetiske styringsteknikker, det finnes tillitsrelasjoner utviklet over tid og som ligner begrepet kulturell styring. Budsjetter og styringsindikatorer er mest utviklet i det vi kaller sentralisert modell, mens den desentraliserte modellen kjennetegnes av mer uformell kommunikasjon, fleksibilitet, korte styringssløyfer og gjensidig tilpasning. Disse teknikkene muliggjøres av at kommunene kjenner hverandre gjennom samarbeid over lang tid. Dessuten finner vi innslag av markedskontrakter mellom kommuner og leger, og det utvikles klassiske langtidskontrakter og interne kontrakter utformet etter reglene definert av myndighetene (Haugland, 2004). Et viktig poeng her er at uformelle og relasjonsbaserte styringsteknikker virker forskjellig fra de formelle og hierarkiske. Dette understreker også at vi har lang tradisjon for interkommunalt samarbeid i vårt land også innen helsesektoren (Grimsmo og Magnussen, 2015). Dette gjenfinner vi i våre data ved at kommuner i deler av landet har utviklet kultur og kompetanse som uttrykkes i ulik tilpasning til statlige reformer. Slik sett er ikke funn av mange ulike tilpasninger uventet. Basert på teoretiske argument kan vi anta at disse ulike tilpasningene – det vil si mange teknikker i styringspakkene- mer er ressurser for samhandling enn potensielle hindringer.

Slik mestrer altså flere kommuner komplekse styringsoppgaver. Særlig viser vi at den interorganisatoriske styringen mellom kommunene bygger på ulike mekanismer for samarbeid «på tvers». Hvordan løsningen med kompensasjon for utskrivningsklare pasienter fungerer, bør studeres nærmere i andre empiriske analyser. Våre funn bekrefter at offentlig økonomistyring bør ta utgangspunkt i at horisontal koordinering best forstås med utgangspunkt i begrepet «styringspakker», som er diskutert foran. Videre gir studien implikasjoner for praksis ved at styring mellom nivå (stat og kommuner) bør bygge på mer detaljert kunnskap om mange ulike løsninger i kommunene.

Referanser

Anthony, R.N. og Young, D.W. 2003. *Management control in non-profit organizations*. 7 ed. Boston, Mass: McGraw-Hill, Irwin.

Berdahl, O.P og Grønnesby, B.K. 2017. «Styringsmuligheter i interkommunale samarbeid. En casestudie av to ulike samarbeidsløsninger. NTNU, Masteroppgave i økonomi og administrasjon.

Bidgood, E. 2013. «Healthcare Systems: Sweden & localism – an example for the UK? » London: Civitas, October 21st. Available from: http://www.civitas.org.uk/nhs/download/SwedenBrief2013.

Cäker, M. 2008. «Intertwined coordination mechanisms in interorganizational relationships with dominated suppliers.» *Management Accounting Research*, 19(3), s 231-251.

Cäker , M. og Siverbo, S. 2011. «Management control in public Joint Ventures. » *Management Accounting Research, 22(4) s 330-348.*

Grimsmo, A. og Magnussen, J. 2015. «*Norsk ssamhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv.»* Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Oppdragsgiver: EVASAM Norges Forskningsråd

Hagen, T.P. 2016. «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner. Universitetet i Oslo, Sluttrapport EVASAM Norges Forskningsråd.

Haugland, S.A. 2004. *Samarbeid, allianser og nettverk*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. 2014. *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.*

*Veiledningsmateriell.* Oslo, Helsedirektoratet, avd. for omsorgstjenester.

Hungnes, T. 2017. «Reorganizing healthcare services. Sensemaking and organizational innovation.” Phd-avhandling, Handelshøyskolen BI.

Johannessen, A.-K. 2014.” The role of an intermediate unit in a clinical pathway.” PhD-avhandling, UiO Medisinsk fakultet.

Kalseth, B. og Paulsen, B. 2008. «Strategisk samhandling - På papir og i praksis?» Trondheim: Sintef.

Malmi, T. og Brown, D. a. 2008. «Management control systems as a package-Opportunities, challenges and research directions». *Management Accounting Research*, 19(4), 287–300.

Meld. St. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

Nicolaisen, M. 2016. «Den stygge andungen? Er øhd-sengene den stygge andungen ingen vil ha eller vil de vokse seg attraktive?» Nord Universitet, Masteroppgave.

Nolte. E. og McKee, M. 2008. «Caring for people with chronic conditions.» Copenhagen: *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Nyland, K., Morland, C. og Burns, J. 2017. «The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities». *Qualitative Research in Accounting & Management* · September 2017. DOI: 10.1108/QRAM-08-2017-0076

Riksrevisjonen. (2016). Riksrevisjonens undersø kelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. (Dokument 3:5 2015–2016). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/ Documents/2015–2016/ Samhandlingsreformen.pdf

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

Vrangbæk, K. og Sørensen, L.M. 2013. «Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark?» *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(6), 616-22.

Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T. og Smith, S.M. 2015. «Managing patients with multimorbidity in primary care. » *British Medical Journal*, 350:h176.

1. Jeg takker O P Berdahl og B K Grønnesby (2017) samt M. Nicolaisen (2016) for datamaterialet. [↑](#footnote-ref-1)
2. Medfinansiering ble avviklet i den norske reformen f.o.m. 1.1.2015 [↑](#footnote-ref-2)
3. «Norge har trolig den mest homogene organiseringen av primærhelsetjenestene, men likevel de samme utfordringene som de andre landene med hensyn til samhandling på tvers i primærhelsetjenesten. Samtidig er det knapt noe land hvor skillet organisatorisk og finansielt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er så tydelig som i Norge» (Grimsmo og Magnussen, 2015: 6) [↑](#footnote-ref-3)
4. Kybernetisk styring omfatter gjerne måling av avvik mellom planlagt og realiserte, oftest kvantitative standarder. [↑](#footnote-ref-4)
5. «Konklusjonen er at innføring av kommunal medfinansiering ikke har ført til færre sykehusopphold målt ved døgnopphold eller ved totalt antall opphold målt ved summen av dag- og døgnopphold i perioden 2012-2014 sammenlignet med perioden 2010-2011». (Hagen, 2016). [↑](#footnote-ref-5)
6. Den nye Helse- og omsorgsloven §6 innførte i 2012 en plikt til å inngå avtaler. Med sine elleve punkter om hva avtalen skal omfatte, er dette en tydelig ramme og også en videreføring av en tradisjonell delegering og desentralisering av styring til foretak og kommuner. [↑](#footnote-ref-6)