

Emma Berg Myhre & Maria Dalen Lerånd

Organisering av offentlige helsetjenester

En casestudie om organiseringsform av legevakt og KAD ved Orkdal Sjukehus

Organization of public health services

A case study of the organizational structure regarding emergency care and KAD at Orkdal Hospital

MASTEROPPGAVE - Økonomi og administrasjon/siviløkonom
Trondheim, mai 2018

Hovedprofil: Økonomistyring

Veiledere: Kari Nyland & Per Christian Ahlgren

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avslutning på vårt toårige masterløp i økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen i Trondheim. Den er skrevet i vårsemesteret 2018 innen hovedprofilen *økonomistyring*, og utgjør totalt 30 studiepoeng.

Målet med denne oppgaven har vært å se på hvilke argumenter som påvirker en beslutningsprosess om valg av organiseringsform for offentlige helsetjenester. For å besvare problemstillingen har vi studert en case der Orkdal kommune og 10 andre kommuner skal outsource helsetjenestene legevakt og KAD til St. Olav ved Orkdal Sjukehus.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært både utfordrende og spennende. Samtidig har hele forskningsprosessen, fra valg av tema til innlevering av oppgaven, vært svært lærerik.

Vi ønsker å takke våre veiledere, Per Christian Ahlgren og Kari Nyland, for godt samarbeid og gode, konstruktive innspill gjennom hele prosessen. I tillegg vil vi rette en stor takk til våre informanter fra St. Olav Hospital, Orkdal Sjukehus og Orkdal kommune for deres deltakelse.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim 24. mai 2018

Emma Berg Myhre

Maria Dalen Lerånd

Sammendrag

I januar 2018 var det et avisoppslag i Adresseavisen om at Orkdal Sjukehus skal pusses opp for å kunne iverksette en ny, ambisiøs og krevende driftsmodell. Orkdal Sjukehus skal overta driftsansvaret for de kommunale helsetjenestene legevakt og KAD fra 11 kommuner i Orkdalsregionen, og drifte disse sammen med akuttmottak og observasjonssenger. I norsk sammenheng representerer driftsmodellen noe nytt i et samhandlingsperspektiv da den legger opp til felles drift av en enhet som reguleres både av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven i en integrert enhet. Driftsmodellen illustrerer også mangfoldet av interorganisatoriske organiseringsformer som har preget offentlig sektor de siste tiårene. På bakgrunn av dette har vi utformet følgende problemstilling: *Hvilke argumenter påvirker en beslutningsprosess om valg av organiseringsform for offentlige helsetjenester?*

For å besvare vår problemstilling har vi benyttet oss av et teoretisk rammeverk bestående av et transaksjonskostnadsteoretisk perspektiv på samarbeid, inkludert agentteori og litteratur om styring i interorganisatoriske relasjoner og offentlig sektor. Videre har vi benyttet oss av en kvalitativ casestudie, hvor dybdeintervju og dokumentstudier ble benyttet som datainnsamlingsmetoder.

Det er i studien avdekket tre empiriske hovedfunn: (1) Organiseringsformen motgår Samhandlingsreformen ved å velge fullstendig outsourcing av kommunale helsetjenester. (2) Kalkylene som blir brukt for å legitimere og katalysere ny driftsløsning omhandler bare produksjonskostnader, ikke transaksjonskostnader. (3) Sykehuset og kommunene har høy målkongruens og tillit mellom seg, samtidig har de lang erfaring med samarbeid seg imellom.

Til tross for at outsourcing av kommunale helsetjenester til sykehuset ifølge agentteorien og transaksjonskostnadsteorien innebærer en økt fare for opportunistisk atferd, blir risikoen for opportunistisme vurdert som liten. Kommunene har høy grad av tillit til sykehusets kompetanse som tilbyder av helsetjenester. Samtidig har partene vært opptatt av å utforme en avtale som spesifiserer klart og tydelig ansvarsforholdene i relasjonen. Informantene argumenterer for ny organisasjonsform med at det vil bli bedre ressursutnyttelse, mer effektiv drift og kvalitative gevinster.

Abstract

In January 2018, "Adresseavisen" published a newspaper article about an upgrade of Orkdal Hospital. The upgrade is considered necessary to implement a new, ambitious and demanding operating model. Orkdal Hospital will take over the responsibility for the municipal health services emergency clinic and municipal emergency care unit (KAD) from 11 municipalities in the Orkdal region, and operate these together with trauma centre and observation beds. In a Norwegian context, the operating model represents something new in a collaborative perspective, as it provides joint operation of a unit that is regulated by both the specialist health service law and health- and care service law (law for primary healthcare) in an integrated unit. The model also illustrates the diversity of interorganizational organizational structure that have characterized the public sector in recent decades. Based on this, we developed the following research question: *What arguments influence a decision-making process on the choice of organizational structure for public health services?*

In order to answer our research question, we used a theoretical framework consisting of a transaction cost theoretical perspective on cooperation, including agency theory and literature on management control in interorganizational relations and the public sector. Furthermore, we conducted a qualitative case study, where data was obtained through in-depth interviews and document studies.

Our study revealed three main empirical findings, which was used to answer our research question. (1) By choosing complete outsourcing of municipal health services, the organizational structure is opposed to the 2012-reform. (2) The calculations used to legitimize and catalyze new operating solutions concern only production costs, not transaction costs. (3) The hospital and the municipalities have high goals and trust among themselves. At the same time, they have long experience of cooperation between themselves. Despite the fact that outsourcing of municipal health services to the hospital according the agency theory and transaction cost theory implies an increased risk of opportunistic behavior, the risk of opportunism is considered to be small. As a provider of health services, the municipalities do have trust in the hospital's expertise. At the same time, the parties have been concerned with designing an agreement that clearly define the responsibilities of the relationship. The informants argue there will be better resource utilization, more efficient operation and qualitative gains, with a new organizational form.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Innholdsfortegnelse	iv
Figurliste	vi
Tabelliste	vi
1 Innledning	1
1.1 Problemstilling og avgrensning	4
1.2 Oppgavens struktur.....	5
2 Teori	6
2.1 Agentteoretisk og transaksjonskostnadsteoretisk perspektiv på samarbeid	6
2.1.1 Make, buy or ally	10
2.2 Styring i interorganisatoriske relasjoner	12
2.3 Styring i offentlig sektor	14
2.3.1 New Public Management	15
2.3.2 Post New Public Management	16
3 Metode	18
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming	18
3.2 Valg av problemstilling	19
3.3 Forskningsdesign	19
3.4 Datagenerering.....	20
3.4.1 Dybdeintervju	20
3.4.2 Dokumentstudie	21
3.4.3 Utvalg.....	22
3.5 Kvalitet i forskningen	23

4	Empiri	25
4.1	Helsevesenet i Norge	25
4.1.1	Legevakt	26
4.1.2	Kommunal akutt døgnetenhet	26
4.2	Orkdal Sjukehus	27
4.3	Legevakt og KAD i SiO	28
4.4	Ny driftsmodell.....	29
4.4.1	Involvering og forankring	32
4.4.2	Øyeblikkelig hjelp	33
4.4.3	Observasjonssenger og KAD	34
4.4.4	Økonomiske beregninger	35
4.4.5	Personell	38
4.4.6	Ansvarsforhold	40
4.4.7	Bygningsmessige tilpasninger.....	44
4.4.8	Kvalitetsmessige gevinster	45
4.4.9	Rapportering, styring og internkontroll.....	46
4.5	Hovedfunn	47
5	Analyse	48
5.1	Løsning i motsetning til Samhandlingsreformen.....	48
5.2	Kostnadsberegninger	52
5.3	Målkongruens, tillit og samarbeid	55
6	Avslutning	58
6.1	Konklusjon.....	58
6.2	Studiens bidrag	60
6.3	Forslag til videre forskning.....	60
	Referanseliste	62
	Vedlegg 1: Samtykkeskjema	66

Vedlegg 2: Tidsakse for de mest sentrale hendelsene ved Orkdal Sjukehus.....	68
Vedlegg 3: Notat besparelse	69

Figurliste

Figur 2.1: Valget mellom make, buy og ally.	11
Figur 4.1: Oversikt over relasjoner mellom St. Olav og SiO.....	30

Tabelliste

Tabell 3.1: Oversikt over informanter.	22
Tabell 3.2: Oversikt over intervju.	23
Tabell 4.1: Besparelser KAD og pleiekostnader	36
Tabell 4.2: Besparelser akuttmottak og legevakt	37
Tabell 4.3: Totale besparelser.....	37

1 Innledning

5. januar 2018 var det et avisoppslag i Adresseavisen om at Orkdal Sjukehus ble bevilget 53 millioner kroner fra St. Olavs Hospital (St. Olav) til oppussing av sykehuset. Denne oppussingen har en sammenheng med planer som er lagt for et nytt legevaktsamarbeid mellom St. Olav og kommunene i Orkdalsregionen. Samarbeidet går ut på å ha en felles drift av kommunal legevakt og akuttmottak, med akutt døgntilbud og observasjonssenger. St. Olav skal overta driften for den kommunale legevakten og kommunal akutt døgnetenhet (KAD), og det er forventet at dette vil gi en innsparing på tilsammen 12 millioner kroner for sykehuset og kommunene (Skjesol, 2018) I samme avisartikkel uttalte Tor Åm, samhandlingsdirektør i St. Olav, følgende om sammenslåingen:

«For befolkningen både lokalt og i de samarbeidende kommunene så vil dette bety at vi får en bedre tjeneste for mindre penger. I forslag til avtale som det jobbes med, skal St. Olav drifte legevaktstjenesten for kommunene sammen med vårt akuttmottak. En slik samdrift vil effektivisere tjenesten, noe som kan bety en 20 prosents innsparing for begge parter sammenlignet med dagens drift» (Skjesol, 2018).

I Norge utgjør helsetjenester en stor andel av de offentlige utgiftene. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2016), utgjorde de norske helseutgiftene omtrent 10 % av brutto nasjonalproduktet i 2015. Det vil si at det ble brukt 311 milliarder kroner på helse i 2015. Av disse utgiftene dekket staten 85 %. Norge er blant de europeiske landene som har høyest utgifter til helsesektoren, målt per innbygger. Det kommer frem i Helsedirektoratet (2017) sin nøkkeltallsrapport at Norge i 2015 brukte 4681 euro per innbygger på helse. I disse tallene ligger det at helsesektoren utgjør en stor og viktig del av samfunnet vårt.

Til tross for at Norge har helse- og omsorgstjenester som er blant de beste i verden, foreligger det i likhet med andre land utfordringer for fremtiden innen disse tjenestene. Andelen eldre i befolkningen øker og levealderen stiger. Samtidig vil veksten i etterspørselen etter helsetjenester være større enn veksten i tilgangen på helsepersonell i årene som kommer. Utfordringene helsesektoren står overfor krever blant annet at dagens organisering av tjenestetilbudet effektiviseres (Helsedirektoratet, 2017).

Mangfoldet av reformer de siste tiårene knyttet til reformbølgen New Public Management (NPM) (se for eksempel Hood, 1995; Christensen *et al.*, 2014) og senere Samhandlingsreformen (jf. Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009) har ledet til en fragmentert offentlig sektor. Dette har blant annet ledet til at offentlig sektor preges av en mengde ulike organiseringsformer og ulike organisasjonsstrukturer. Etersom kravet for effektivisering blir stadig sterkere, må offentlig sektor stadig finne nye måter å arbeide og organisere seg på for å få mest mulig ut av begrensede ressurser. Enkelte oppgaver er vanskelige å løse innenfor gitte tradisjonelle rammer og grenser (Jacobsen, 2014). Dette gjelder spesielt kommunene som i dag samarbeider på flere ulike måter, gjennom blant annet aksjeselskap, interkommunalt selskap, interkommunalt samarbeid, samkommune og vertskommune (Regjeringen, 2011). Av disse organisasjonsformene har interkommunalt samarbeid vært populært (se for eksempel Kraus og Lindholm, 2010). I senere tid har også outsourcing av kommunale tjenester vokst frem. Når en eller flere kommuner velger å løse kommunale oppgaver i fellesskap, som er utenfor de organisasjonsformene som har hjemmel i lov om interkommunale selskaper eller kommuneloven, kan man si at kommunen har valgt å *outsource* sin virksomhet (Jensen, 2014).

Legevakt og KAD er blant de tyngre og viktigere kommunale tjenestene for befolkningen, og spesielt de små kommunene har problemer med å ha et effektivt og godt tilbud (se for eksempel Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009; Den norske legeforening, 2014). Dette har stilt krav til alternative organiseringsformer av legevakt og KAD. Utviklingen har gått fra legevakt i de ulike kommunene, til mer sentralisering og interkommunale samarbeid gjennom blant annet Samhandlingsreformen. I Trondheimsområdet driver for eksempel Trondheim kommune interkommunal legevakt og interkommunal KAD på vegne av flere andre kommuner. En masteroppgave skrevet av Haugskott og Lambine (2017) viser at det er veldig mange kommuner som har interkommunale samarbeid, hele 177 av 272 responderende kommuner inngår i KAD-samarbeid.

Det de har gjort ved sykehuset på Orkdal, er å foreta en vurdering av tjenestetilbudet, og ut fra denne vurderingen har de foreslått en ny driftsløsning, som er en helt annen enn statens anbefaling. Den nye driftsløsningen, omtalt i avisartikkelen presentert innledningsvis, skal være et interorganisatorisk samarbeid mellom Orkdal Sjukehus og Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen, kalt SiO. SiO ble opprettet i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012, og er et interkommunalt samarbeid om KAD mellom Orkdal kommune og 11 andre kommuner. Det nye samarbeidet legger opp til en helt ny driftsmodell som først og fremst innebærer at

Orkdal Sjukehus skal bygges om og oppgraderes. St. Olav skal ta over og ha driftsansvaret for de kommunale oppgavene legevakt og KAD, og drifte disse sammen med henholdsvis akuttmottak og observasjonssenger. Disse tjenestene skal kommunene kjøpe fra St. Olav gjennom en samarbeidsavtale. Samtidig som St. Olav får ansvaret for driften i den nye modellen, vil de også overta arbeidsgiveransvaret for personalet som per i dag er kommunalt ansatte gjennom en virksomhetsoverdragelse. Selv om kommunene skal outsource disse tjenestene, vil de fortsatt ha det lovpålagte sørge-for-ansvaret for KAD og legevakt. Det vil si at kommunene fortsatt vil ha et ansvar for å dekke befolkningens behov for helsetjenester (Pettersen *et al.*, 2008).

Driftsmodellen som er planlagt for Orkdal Sjukehus er både ambisiøs og krevende. Den legger opp til felles drift av en enhet som blir regulert av både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven i en integrert enhet med én tjenestelinje. I norsk sammenheng vil dette representere noe nytt i et samhandlingsperspektiv. Dersom kommunene til slutt fatter beslutning om å outsource sine kommunale tjenester til sykehuset er det unikt i akademisk og forskningsmessig kontekst. Denne type samarbeid har vært forsøkt gjennomført ved andre sykehus i Norge, men ikke i samme målestokk som ved Orkdal Sjukehus, som er et relativt stort lokalsykehus.

Satsingen på ny driftsmodell er et godt eksempel på hvordan man organiserer og moderniserer driften for å møte de kravene og forventningene samfunnet stiller. Selve samarbeidet mellom kommunene i Orkdalsregionen og St. Olav er et eksempel på nye måter å organisere helsetjenester på. For å kunne gjennomføre denne endringen har styret ved St. Olav altså vedtatt en stor oppgradering av sykehuset på Orkdal. St. Olavs styre har også pekt på at regionens ambisjonsnivå er såpass stort, at det kommer til å kreve strukturelle tiltak både i og mellom alle foretakene i helseregionen.

Vi vet lite om hvordan virksomheter i offentlig sektor tar en beslutning om å velge en organiseringsform fremfor en annen, og hvorfor de velger akkurat den løsningen. Så vidt vi vet, er det begrenset forskning på slike case. Å ta en slik beslutning vil i denne casen ha konsekvenser for både økonomi, ansvarsforhold og kvalitet på helsetjenestene. Derfor er det interessant å se på prosessen i forkant av at endelig beslutning blir tatt og før ny organiseringsform blir en realitet.

1.1 Problemstilling og avgrensning

Som problemstilling har vi valgt følgende:

«Hvilke argumenter påvirker en beslutningsprosess om valg av organiseringsform for offentlige helsetjenester?»

Herunder ønsker vi å se nærmere på hvilken rolle økonomistyring og økonomiske beregninger (kalkyler) spiller i denne prosessen, som leder frem til valg av organiseringsform for helsetjenestene i Orkdalsregionen. Vi ønsker også å utforske hvilke aktører som er involvert i disse prosessene, for å forstå hvilke argumenter som er brukt og hvordan et samarbeid faktisk blir til.

For å få et best mulig utgangspunkt til å besvare vår problemstilling, har vi valgt å gjennomføre en casestudie av prosessen med den nye mottaksfunksjonen på Orkdal Sjukehus. Grunnet studiens omfang og tidsbegrensninger, har studien en avgrensning ved at vi har valgt å intervju personer som jobber med prosessen, og som har sentrale stillinger hos St. Olav og Orkdal kommune. Dermed har ikke studien sett på prosessen på et operativt nivå. Det betyr at vi har hatt et ledelsesperspektiv, hvor det medisinske/operative arbeidet ikke har vært inkludert i analysenivået. Dette er fordi vi er interessert i å vite hvordan denne prosessen ble til og hvordan den er tenkt gjennomført.

1.2 Oppgavens struktur

I oppgavens neste kapittel (2) presenterer vi det teoretiske bakteppet som ligger til grunn for analysen av våre empiriske data. Her presenteres elementer fra agentteorien og transaksjonskostnadsteorien, som er to sentrale perspektiver innen økonomistyringsforskningen på interorganisatoriske relasjoner (jf. Håkansson, Kraus og Lind, 2010; Caglio og Ditillo, 2008), og bredere litteratur om samarbeid i offentlig sektor. Disse benyttes i vår analyse av beslutningsprosessen om organiseringen av helsetjenestene i Orkdalsregionen. I kapittel 3 presenterer vi vårt forskningsdesign og diskuterer valgene vi har gjort i gjennomføringen av vår casestudie. I kapittel 4 presenteres det empiriske materialet hvor vi først gir en dypere innsikt i konteksten gjennom en beskrivelse av det historiske bakteppet om samarbeidet i Orkdalsregionen, og dernest presenteres hendelsene og erfaringene fra den pågående prosessen. I kapittel 5 gjennomfører vi, med utgangspunkt i vårt teoretiske rammeverk og tidligere litteratur, en analyse av dette materialet. Her gir vi innsikt i de viktige aktørenes rolle i denne prosessen, analyserer nærmere hvilke faktorer som har vært viktige i beslutningsprosessen og diskuterer nærmere hvilken rolle økonomistyringen og ulike kalkulasjoner har spilt i prosessen som leder frem til en ny organisering av helsetjenestene i Orkdalsregionen. I kapittel 6 presenterer vi vår konklusjon knyttet til problemstillingen, studiens bidrag og forslag til videre forskning.

2 Teori

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som blir brukt for å analysere funnene og besvare problemstillingen. Her presenterer vi først et agentteoretisk og transaksjonskostnadsteoretisk perspektiv på samarbeid. Det gir oss en mulighet til å beskrive den overordnede relasjonen mellom aktørene som er involvert i tjenestetilbudet, og et teoretisk vokabular til å illustrere de overgripende styringsutfordringene aktørene står overfor. Deretter presenteres transaksjonskostnadsteorien, som er et av de mest etablerte teoretiske rammeverkene innen økonomistyring i interorganisatoriske relasjoner (se for eksempel Håkansson og Lind, 2004; Caglio og Ditillo, 2008; Dekker, 2016). Denne benytter vi for å teoretisere prosessen aktørene er inne i, og valget av organiseringsform for helsetjenestene. Deretter presenterer vi bredere litteratur knyttet til samarbeid og interorganisatoriske relasjoner, som blir benyttet for å diskutere det empiriske materialet knyttet til samarbeidet i Orkdalsregionen og samarbeidet med St. Olav. Avslutningsvis presenterer vi styring i offentlig sektor, som gir en bakgrunn for den videre diskusjonen av organiseringen av helsetjenestene.

2.1 Agentteoretisk og transaksjonskostnadsteoretisk perspektiv på samarbeid

Innenfor forskningsfeltet agentteori er det to hovedretninger; *positiv agentteori* og *prinsipal-agent-teori*. De har hovedfokus på problemer som kan dukke opp når eierskap og kontroll blir adskilt (Fallan og Pettersen, 2016). Noe av bakgrunnen for agentteorien er at det i situasjoner med arbeidsdeling, kan oppstå problemer om aktørene har ulike målsetninger (målkonflikt). Dette kalles et agentproblem (Douma og Schreuder, 2013).

Prinsipal-agent-teori går ut på at en oppdragsgiver, kalt prinsipalen, ønsker at en annen part, agenten, skal utføre beslutninger og handlinger på vegne av seg. Den har hovedfokus på hvordan belønningskontrakter kan utformes slik at agenten ikke skal opptre opportunistisk, men mest mulig etter prinsipalens ønsker (Fallan og Pettersen, 2016). Teorien bygger nemlig på en antakelse om at agenten ofte sitter på mer informasjon enn prinsipalen om oppgaven som skal utføres. Det er dette som kalles informasjonsasymmetri. Kontrakten mellom agent og prinsipal skal forhindre problemer som kan oppstå når aktørene har forskjellige målsetninger, og når det er kostbart eller vanskelig for prinsipalen å observere hva agenten faktisk gjør (Douma og Schreuder, 2013). Agenten skal ivareta prinsipalens interesser (Opstad, 2013), og utføre

oppgaver på vegne av prinsipalen. I samfunn med utstrakt arbeidsdeling eksisterer det mange slike prinsipal-agent-relasjoner (Fallan og Pettersen, 2016).

I denne casen er det mange agentrelasjoner, blant annet mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og helseforetaket, HOD og kommunene, og mellom kommune og helseforetak. Sistnevnte vil være den mest sentrale og relevante agentrelasjonen for denne studien. Orkdal kommune er prinsipal, og helseforetaket Orkdal Sjukehus er agenten som skal utføre tjenester på vegne av prinsipalen. I tillegg har man en agentrelasjon mellom Orkdal kommune og de 10 andre kommunene i samarbeidet.

Forholdet mellom prinsipal og agent kan i økonomiske fagtermer bli betegnet som forholdet mellom bestiller og utfører, og er ofte et forhold som kjennetegnes ved asymmetrisk informasjon. Med utgangspunkt i helsetjenester, vil agenten (utføreren) ha bedre informasjon når det kommer til effektivitet, kvalitet og kostnadsforhold enn prinsipalen (bestiller). I tillegg har utføreren en god innsikt i produksjonsprosessene, står pasientene nær og har en spesifikk kompetanse som ikke bestiller har (Pettersen *et al.*, 2008). En bestiller-utfører-modell innebærer at det skal være et klart skille mellom de som bestiller varer eller tjenester og de som utfører funksjonene. Ofte blir relasjonen mellom dem regulert gjennom kontrakter (Christensen *et al.*, 2014).

Forløperen for transaksjonskostnadsteorien er kontraktsteorien (se for eksempel Coase, 1937). Kontraktsteorien, utviklet av Ronald Coase, var den første teorien som anså bedriften som en koordineringsmekanisme for transaksjoner. Dette var et alternativ til å koordinere transaksjoner i markedet (Fallan og Pettersen, 2016). Ifølge Fallan og Pettersen (2016, s. 37) tar transaksjonskostnadsteorien for seg flere problemstillinger. Disse er knyttet til om bedriften skal lage produktene selv eller kjøpe fra markedet (*make-or-buy*), om bedriften skal overlate deler av virksomheten til markedet (*outsourcing*), eller om bedriften skal fusjonere med andre virksomheter. Det alternativet som har de laveste transaksjonskostnadene er avgjørende for valget (Fallan og Pettersen, 2016). *Make-or-buy* blir nærmere utdypet i seksjon 2.1.1.

Williamson (1981, s. 553) trekker frem to antakelser knyttet til menneskelig atferd som kjennetegner transaksjonskostnadsteorien. Disse er at aktørene har begrenset rasjonalitet, og antakelsen om at noen aktører vil opptre opportunistisk (Williamson, 1981). Begrenset rasjonalitet handler om at mennesker har begrenset kognitiv evne til å vurdere konsekvensene

ved ulike handlingsalternativer i beslutningssituasjoner, selv om de prøver å opptre rasjonelt. Det var Herbert Simon (1961, referert i Fallan og Pettersen, 2016, s. 177) som først kom opp med begrepet begrenset rasjonalitet, og Williamson (1975; 1985; 1996, referert i Fallan og Pettersen, 2016, s. 177) bygger altså videre på Simons observasjoner. Ved beslutninger knyttet til transaksjoner med stor grad av usikkerhet og høy kompleksitet, vil mennesker med begrenset rasjonalitet stå overfor store utfordringer. Det kan derfor bli kostbart å utarbeide kontrakter eller avtaleklausuler som er dekkende for alle tvister som kan oppstå (Fallan og Pettersen, 2016).

Transaksjonskostnadsteorien bygger i likhet med agentteorien på at aktørene kan sitte på ulik, eller asymmetrisk, informasjon. Ut fra begrenset rasjonalitet betyr det at mennesker kan sitte på personlig informasjon, basert på deres personlige erfaringer og kunnskap (Fallan og Pettersen, 2016). I det ligger det at de involverte partene må ta høyde for at en eller flere av dem kan komme til å opptre opportunistisk (Anderson og Dekker, 2010). Det vil si at man utnytter en situasjon med asymmetrisk informasjon for egen vinning, og på bekostning av de andre partene i transaksjonsforholdet (Williamson, 1985, referert i Fallan og Pettersen, 2016, s. 178). Transaksjonskostnadsteorien sier ikke at alle opptrer opportunistisk, men at noen kan komme til å gjøre det (Fallan og Pettersen, 2016). I forbindelse med opportunisme snakker også Williamson (1985, referert i Fallan og Pettersen, 2016, s. 178) om *ex post*- og *ex ante*-opportunisme.

Ex ante-opportunisme er et informasjonsproblem som eksisterer allerede før en kontrakt blir inngått. Det innebærer at den ene parten i et transaksjonsforhold sitter på bedre informasjon enn den andre parten, om forhold som er relevante for transaksjonen. Skjult handling eller moralsk hasard, altså *ex post*-opportunisme, er et informasjonsproblem som oppstår etter at kontrakten er sluttet. Dette vil være handlinger som foretas etter at partene har blitt enige om en transaksjon. Dersom disse handlingene ikke kan observeres av den andre aktøren, kalles det for skjult handling (Fallan og Pettersen, 2016).

Opportunisme er det Williamson (1975) kaller et *small-numbers*-problem, det vil si at det kun er et problem om det ikke finnes et stort «marked» av konkurrerende, potensielle relasjonspartnere. Med bare én selger på markedet, trenger ikke denne selgeren å tenke på ryktet sitt, da det ikke finnes noen andre alternativ (Douma og Schreuder, 2013). Dette kan være en bakgrunn for at opportunisteproblemet teoretisk sett er ekstra stort i offentlig sektor, og særlig i en relasjon hvor mange små kommuner egentlig potensielt bare har én mulig relasjonspartner

de kan outsource til. Dette betyr at den parten er svært mektig og det kan skape store avhengighetsforhold.

Utgangspunktet for transaksjonskostnadsteorien er at det er mulig å dele opp produksjonsprosessen i en rekke selvstendige funksjoner. Mellom hver funksjon skjer det en overføring av varer eller tjenester - altså det som kalles en transaksjon. Dermed har vi to typer kostnader: produksjonskostnader og transaksjonskostnader. Produksjonskostnader er kostnader forbundet med å ivareta den enkelte funksjon (Busch, 2005). Transaksjonskostnader kan knyttes til flere forhold. Det kan være kostnader knyttet til selve overføringen mellom to funksjoner, forhandlinger om kontrakter, kontroll av at kontraktene oppfylles, og kostnader som kan komme etter eventuelle kontraktsbrudd (Williamson, 1981). Kostnaden ved selve transaksjonen er avgjørende for om den bør koordineres i markedet eller i bedriftens eget beslutningshierarki. Denne kostnaden avhenger av transaksjonens egenskaper (Fallan og Pettersen, 2016).

Ifølge Williamson (1979) blir kostnadene ved en transaksjon påvirket av tre kritiske dimensjoner, som er selve kjernen i transaksjonskostnadsteorien. Disse er usikkerhet eller kompleksitet, transaksjonshyppighet og transaksjonsspesifikke investeringer. Fallan og Pettersen (2016) sier at dersom det foreligger høy grad av både usikkerhet og kompleksitet, trekker det i retning av å koordinere transaksjonen ved å inngå enten en langsiktig relasjonskontrakt, eller ved å trekke produksjonen inn i egen virksomhet. Dette er under forutsetning av at alt annet er likt (Fallan og Pettersen, 2016). Den andre kritiske dimensjonen, transaksjonshyppighet, dreier seg om hvor ofte en transaksjon foregår. Ifølge Fallan og Pettersen (2016) trekker høy transaksjonshyppighet i retning av at virksomheten produserer varene eller tjenestene selv - gitt at alt annet er likt.

Transaksjonsspesifikke investeringer, eller «asset specificity», er den siste kritiske dimensjonen. Dette er investeringer som er spesialtilpasset en bestemt transaksjon, og som vil ha liten verdi ved alternativ anvendelse. Denne type investeringer har betydning for når det er praktisk å benytte de forskjellige formene for kontrakter (Busch, 2005). I de tilfellene der transaksjoner ikke krever transaksjonsspesifikke investeringer, vil det være hensiktsmessig å kjøpe tjenester, altså koordinere, direkte i markedet. Motsatt vil koordinering av transaksjoner som krever høy grad av transaksjonsspesifikke investeringer, bli trukket inn i egen organisasjon (Fallan og Pettersen, 2016). Hvis det er en begrenset mengde transaksjonsspesifikke

investeringer, kan det være mest passende med en form for langsiktig avtale med private produsenter. Dette vil redusere noe av den usikkerheten som normalt er knyttet til transaksjonsspesifikke investeringer, da disse langsiktige avtalene innebærer stor grad av forpliktelse fra begge parter. Dersom flere virksomheter knyttes sammen på denne måten, oppstår det et nettverk (Busch, 2005).

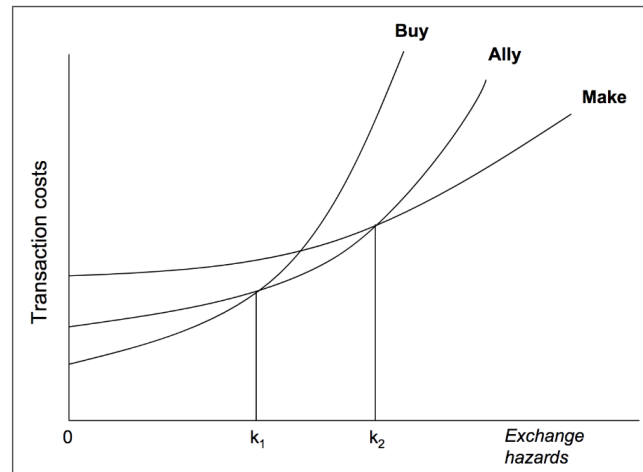
2.1.1 Make, buy or ally

Make-or-buy er i sin enkleste form en problemstilling knyttet til om bedriften skal lage varer eller tjenester selv, eller kjøpe fra markedet. I faglitteraturen (Anderson og Dekker, 2010; Mudambi og Tallman, 2010) snakkes det også om et tredje alternativ til å kjøpe eller å lage selv, nemlig spørsmålet om man skal alliere seg med andre aktører. Dette er en hybrid organisasjonsform som anerkjenner at det finnes en mellomting av *make* og *buy* (Anderson og Dekker, 2010). Med andre ord blir problemstillingen *make-buy-or-ally*.

Bedrifter som velger å *kjøpe* innsatsfaktorer, anskaffer disse gjennom transaksjoner med andre virksomheter som er uavhengig av bedriften. Dette skjer gjerne ved hjelp av helt enkle, men relativt komplekse kontrakter som presiserer for eksempel pris og mengde (Anderson og Dekker, 2010). Bedrifter som *lager* innsatsfaktorene selv, omtales av Anderson og Dekker (2010) som *vertically integrated enterprises*. Disse virksomhetene har gjerne et bredt spekter av aktiviteter som organiseres i separate, strategiske forretningsenheter som igjen samhandler med hverandre. Ofte er det i disse tilfellene snakk om at bedriftene er hierarkisk organisert. Når bedrifter derimot velger å *alliere seg* med andre virksomheter, danner de formelle avtaler med hverandre. Disse avtalene er mer komplekse og typisk ufullstendige kontrakter sammenlignet med kontraktene som inngås i de tilfellene hvor bedriftene velger å kjøpe innsatsfaktorene (Anderson og Dekker, 2010).

Spørsmålet om hvilket alternativ en virksomhet velger, må ifølge Anderson og Dekker (2010) ses i sammenheng med transaksjonskostnadsteoriens antagelser om menneskelig atferd og de tre kritiske dimensjonene (jf. seksjon 2.1). Anderson og Dekker (2010) har laget en figur som viser de grunnleggende transaksjonskostnadsteori-antagelsene om valget av organisasjonsform. Denne er gjengitt som figur 2.1, og viser forholdet mellom transaksjonskostnader og *exchange hazard*. Exchange hazard oppstår mellom egeninteresserte, profittmaksimerende transaksjonspartnere, som et resultat av informasjonsasymmetri og usikkerhet. Figuren

illustrerer at når det er lav exchange hazard, går transaksjonskostnadene i favør av *buy*-metoden. Når exchange hazard når punktet k_1 , favoriseres *ally*-metoden, og dernest *make* når exchange hazard overgår punktet k_2 .



Figur 2.1: Valget mellom make, buy og ally (Gulati og Nickerson, 2008, gjengitt i Anderson og Dekker, 2010, s. 240).

Empiriske studier har spesielt fokusert på *make-or-buy*-avgjørelser, selv om *ally*-avgjørelsen har blitt inkludert for å utvide bedriftenes alternativer i de senere årene (Anderson og Dekker, 2010). *Ally* dekker en rekke samarbeidsmuligheter (Mudambi og Tallman, 2010), som ifølge Anderson og Dekker (2010) forsømmes dersom man bare ser på det tradisjonelle *make-or-buy*-perspektivet. Ifølge Mudambi og Tallman (2010) oppstår allianser når transaksjonelle forhold gjør at virksomheten til en viss grad ønsker å opprettholde kontroll over transaksjonen, uten at den skal fullstendig internaliseres. I offentlig sektor finnes mange alternativer som ikke ligger innenfor *make* eller *buy*, men *ally*. Dette gjelder spesielt det interorganisatoriske alternativet som har kommet så sterkt, deriblant interorganisatoriske samarbeid. Vi beskriver interorganisatoriske relasjoner nærmere i neste delkapittel (jf. seksjon 2.2).

Anderson og Dekker (2010) påpeker at i kontrast til intern organisering, argumenteres det ofte med at allianser ikke «lider» av den store byrden med byråkratiske kostnader, og at de beholder noen av insentivene som forsynes av markedet. Samtidig med dette, gir alliansene bedre koordinering og kontroll enn de relasjonene der man kjøper innsatsfaktorer av uavhengige aktører i markedet. De samme argumentene blir brukt om kontraktmessige allianser, *minority equity alliances*, og *joint ventures* eller såkalte fellesforetak (Anderson og Dekker, 2010, s. 241).

2.2 Styring i interorganisatoriske relasjoner

Hopwood (1996) betegner inntoget av interorganisatorisk styring i økonomistyringslitteraturen, der organisasjoner ikke lenger leter bare i hierarkiet etter måter å bli bedre på, men de ser heller til samarbeidspartnere på tvers av hierarkiske grenser (interorganisatoriske grenser). De siste årene har det generelt vært en utvikling i retning fra selvstendige organisasjoner til organisasjoner som outsourcer deler av sin virksomhet, og konsentrerer seg mer om egen kjernevirksomhet. Som følge av dette blir det flere underleverandører, og samarbeid mellom organisasjoner blir stadig vanligere (Fallan og Pettersen, 2016). Når organisasjoner samarbeider med andre organisasjoner kalles det interorganisatoriske relasjoner eller samarbeid (Ford og Håkansson, 2010). Siden 90-tallet har det ifølge Kraus og Lindholm (2010) vært et stadig større fokus på interorganisatoriske samarbeid også i offentlig sektor, for å skape mer effektive og effisiente offentlige tjenester, både økonomisk og kvalitetsmessig.

Ettersom virksomhetene ofte ikke har informasjon om regnskapene og systemene til kundene og samarbeidspartnerne, har det oppstått nye styringsutfordringer (Fallan og Pettersen, 2016). Interorganisatorisk koordinering blir derfor stadig viktigere for bedrifters konkurransevne, og evne til å overleve på lengre sikt. Utviklingen har også gått i retning mot organisasjoner som kan kalles nettverksvirksomheter. Det omhandler gjerne store fusjonerte virksomheter, joint ventures og strategiske allianser (Fallan og Pettersen, 2016). Ifølge Kraus og Lindholm (2010) dreier interorganisatoriske relasjoner i offentlig sektor seg i hovedsak om outsourcing, offentlig-privat samarbeid og nettverk. I tillegg til offentlig-privat samarbeid, snakker Jacobsen (2014) om offentlig-offentlig samarbeid. Det innebærer at enheter som tilhører samme sektor, for eksempel kommune og stat, går sammen om å produsere en tjeneste eller løse et problem, slik det er i denne casen. Interkommunale samarbeid faller også under denne styringsformen (Jacobsen, 2014).

Fallan og Pettersen (2016) trekker frem to hovedgrupper av interorganisatoriske relasjoner mellom økonomiske aktører. Disse er dyader og nettverksorganisasjoner. Dyader blir utviklet som samarbeid mellom to parter (kunde og leverandør), gjennom for eksempel outsourcing av aktiviteter som tidligere blir utført internt i organisasjonen. De kan også oppstå som horisontale samarbeidsrelasjoner mellom virksomheter med samme kundegruppe. Slike horisontale samarbeid dreier seg da gjerne om joint ventures, strategiske allianser og ulike typer samarbeidsavtaler mellom aktører som sammen ønsker å oppnå en felles målsetting.

Nettverksorganisasjonene består ofte av flere enn to parter, og kan være enten fast organisert eller mer løst koblet. Fast organiserte nettverksorganisasjoner kan ha definerte grenser eller være joint ventures med et felles navn. De som er løse koblet består av relasjoner som er mer eller mindre formaliserte. Disse relasjonene påvirker hverandre og kan variere, og nettverkens aktiviteter kan også påvirke øvrige parter (Fallan og Pettersen, 2016).

Ifølge Fallan og Pettersen (2016) observeres nettverk ofte som et tettere samarbeid mellom kunder og leverandører enn det som er vanlig i et konkurransemarked. Imidlertid er ikke dette samarbeidet tettere enn det som foregår mellom avdelinger internt i en virksomhet. I tillegg til at samarbeid er et alternativ til å utføre oppgaver på egen hånd (internt i bedriften), viser det seg ofte at samarbeid er et alternativ til å koordinere i markedet. Ved å gå fra egenproduksjon til samarbeid kan aktørene redusere kostnader og frigjøre kapital. På den måten kan virksomheten fokusere på kjernevirksomheten (Fallan og Pettersen, 2016).

Interorganisatoriske relasjoner innebærer en fare for økt avhengighet mellom aktørene, og ubalanserte maktforhold. På lengre sikt kan dette igjen svekke de økonomiske fordelene. Denne type nyere styringsutfordringer er fokuset i teorier om nettverksstyring og interorganisatoriske utfordringer (Fallan og Pettersen, 2016). Ifølge Fallan og Pettersen (2016) har studier (se for eksempel Håkansson, Kraus og Lind, 2010) vist at ved å gjøre virksomhetenes interne systemer synlige for samarbeidende virksomheter, kan det danne gode tillitsforhold mellom aktørene. Dette er det som kalles *open book accounting*, eller «åpne bøker», hvilket betyr at aktørene har innsyn i hverandres styringsinformasjon i begrepets vide forstand. I studiene Fallan og Pettersen (2016) beskriver, er det snakk om relativt enkle relasjoner mellom en kunde og en eller flere leverandører. I realiteten er nettverkene mer komplekse, fordi det dreier seg om strategiske partnerskap, joint ventures, allianser og desentralisering av organisasjoner. Det gjør at grensene mellom virksomhetene og omgivelsene raskt kan endre seg og bli mer utydelige. Bedrifter tar ofte i bruk verktøy som *just in time management*, *LEAN-management* og restrukturering, for å minimere usikkerhet og skape buffere mellom seg selv og de virksomhetene de samarbeider med (Fallan og Pettersen, 2016).

Kraus og Lindholm (2010) har studert interorganisatoriske samarbeid i offentlig sektor. De sier at ved å være i stand til å måle langtidseffisiens i offentlige organisasjoner kan det redusere risikoen for at det blir foretatt opportunistiske og kortsiktige beslutninger. Denne type målinger

vil utgjøre gyldige argumenter for interorganisatorisk samarbeid i offentlige virksomheter (Kraus og Lindholm, 2010).

Transaksjonskostnadsteori er ifølge Anderson og Dekker (2010) den dominerende teorien når det kommer til analyse av økonomien i interorganisatoriske relasjoner. Samtidig påpeker de en tilbakevendende kritikk om at transaksjonskostnadsteorien er for statisk, og at den derfor er dårlig til å forklare endringer, prosesser og dynamikken i interorganisatoriske relasjoner. Også Ouchi (1980, referert i Fallan og Pettersen, 2016) mener at teorien kan kritiseres for å ha et for snevert fokus på styring og koordinering. Agentteorien har også fått tilsvarende kritikk fordi man mente at den hadde for stort fokus på den enkelte virksomheten. Som følge av dette har nyere økonomisk organisasjonsteori blitt utviklet «for å kunne forklare at økonomiske transaksjoner foregår i handlingsmiljø som kjennetegnes av både rasjonell tilpasning (inkludert opportuniste) og gjensidig avhengighet, tillit og normer» (Fallan og Pettersen, 2016, s. 240).

2.3 Styring i offentlig sektor

I Norge har offentlig sektor en svært dominerende plass, og vi som norske innbyggere har hver dag kontakt med en rekke offentlige tjenester (Opstad, 2013). Opstad (2013) påpeker at offentlig sektor ikke er et entydig begrep. Det kan blant annet skilles mellom forvaltningsvirksomhet, offentlige foretak (sykehusene er statlige foretak) og andre foretak som er helt eller delvis eid av det offentlige (Opstad, 2013).

Ifølge Nyland og Pettersen (2010, s. 2) skiller økonomistyring i offentlig sektor seg fra privat sektor ved at offentlige tjenesteproduserende organisasjoner ikke har som formål å maksimere økonomisk resultat eller overskudd. Derimot er målsettingen å anvende ressursene på en måte som skaper best mulig velferd for de som benytter seg av offentlige tjenester. I og med at en slik type målsetting kan være vanskelig å måle, gjør det økonomistyringen mer kompleks (Nyland og Pettersen, 2010). Videre sier Nyland og Pettersen (2010, s. 2) at «inntektene som det offentlige (staten) mottar for tjenestene, reflekterer normalt ikke markedsverdien av de tjenestene som tilbys». Finansieringen av disse tjenestene skjer stort sett via skatter og avgifter. Det vil si at offentlige organisasjoner ikke er markedsorienterte, men budsjettkoblede virksomheter (Nyland og Pettersen, 2010).

Opstad (2013) nevner flere utfordringer forbundet med å bruke økonomisk teori i offentlig sektor. En av disse utfordringene er knyttet til beslutningsprosesser. Offentlig sektor er underlagt politisk styring og kontroll, og det medfører at den politiske beslutningsprosessen kan ha annen agenda og logikk enn det som er rådende blant for eksempel økonomene. En annen utfordring er ifølge Opstad (2013) at offentlig sektor gjerne har flere oppgaver og målsetninger å ivareta. Disse kan være så diffuse og generelle at de ikke gir en klar retningslinje på hva som bør prioriteres eller velges. Det er også en utfordring i offentlig sektor å sikre en god utnyttelse av ressursene (Opstad, 2013).

2.3.1 New Public Management

Reformer som har som utgangspunkt å modernisere offentlig sektor, samles internasjonalt under betegnelsen New Public Management. Noe av det som kjennetegner disse reformene er mer delegering fra statens side, med styringsteknikker som budsjettfullmakter, som ofte er i kombinasjon med mål- og resultatstyring og fristilling av offentlige institusjoner (Nyland og Pettersen, 2010). NPM blir brukt som en betegnelse på prinsipper og metoder for hvordan man kan styre og organisere offentlige virksomheter på. Reformen har som antakelse at offentlig tjenesteyting vil kunne øke effektiviteten og bedre kvaliteten, dersom offentlig sektor ligner på markedet (Hansen, 2017).

NPM-reformen kan sies å være endimensjonal, da den har sterkest fokus på kostnadseffektivitet, og ikke legger særlig stor vekt på andre hensyn i forvaltningen (som politiske signaler, likebehandling og rettigheter). Reformelementene har spenninger mellom seg og peker derfor i ulike retninger, noe som gjør at det ikke er en enhetlig reformbevegelse. NPM har elementer fra både nyere institusjonell økonomisk teori, blant annet agentteori og transaksjonskostnadsanalyse, og elementer fra management-teori (Christensen *et al.*, 2014).

Den norske forvaltningen har blitt påvirket av NPM-reformen siden tidlig på 1990-tallet, og det er to komponenter som har stått sentralt; mål- og resultatstyring og organisatorisk fristilling. De seneste årene har også konkurranseutsetting blitt viet mer oppmerksomhet (Christensen *et al.*, 2014). Det er blitt tatt i bruk ulike elementer av NPM i Norge. For eksempel organisering av kommuner og hvordan spesialisthelsetjenesten er finansiert, hvor blant annet rammefinansiering er erstattet med stykkprisfinansiering. Et eksempel på dette er at sykehus

delvis blir finansiert etter hvilken diagnose pasienten har (DRG - Diagnoserelaterte grupper) (Hansen, 2017).

2.3.2 Post New Public Management

Som en reaksjon på hovedtrekkene i NPM, vokste det frem en ny reformbølge, post-NPM. Reformen fikk blant annet betegnelser som «joined-up-government» og «whole-of-government». I denne reformen ble det lagt stor vekt på økt sentral styring og samordning. Post-NPM bygger på et ønske om sentralisering og koordinering av det offentlige apparatet, noe som er motsatt av NPM. Dette kan gjøres ved strukturelle reorganiseringer, som for eksempel å slå sammen offentlige organisasjoner (Christensen *et al.*, 2014).

En av grunnene til fremveksten av post-NPM, var at politikere i ulike land erkjente at de hadde mistet politisk styring og kapasitet gjennom NPM. Det ble også erkjent at viktige samfunnsproblemer ikke befant seg langs sektorgrenser, men at de gikk på kryss av forvaltningsnivåer, som for eksempel mellom kommune og stat. Det ble et behov for å kunne samarbeide på tvers av forvaltningsnivåer. Den andre grunnen til at post-NPM vokste frem, var at løftet om kostnadseffektivitet ved NPM ikke holdt frem. Mange satte spørsmålsteget ved om kostnadseffektivitet gjorde kvaliteten på offentlige tjenester dårligere. Samtidig var mange bekymret for at sosiale ulikheter kunne øke ved NPM (Christensen *et al.*, 2014).

En tredje grunn til at post-NPM vokste frem var «fryktfaktoren», en oppfatning av at verden var blitt mer usikker og mye farligere. Eksempel på dette er terrorangrepet i september, 2001 i USA, hvor det etter angrepet ble lagt vekt på økte kontroller og et samarbeid mellom det militære og det sivile apparatet. Politiske og administrative konsekvenser for pandemier og katastrofer, og frykten generelt blant folk ble mer synlig. Dette medførte økende sentral kontroll og koordinering. Som en fjerde grunn mente man at å samordne offentlig sektor ville være mer effektivt enn å ha en offentlig sektor som var oppsplittet og fragmentert (Christensen *et al.*, 2014).

Det er ikke slik at NPM blir fullstendig erstattet av post-NPM, men NPM blir supplert og modifisert med trekk fra post-NPM. Eksempler på dette er politireformen av 2000, hvor Politidirektoratet ble etablert. Det skjedde da en indre fristilling i samsvar med NPM, men samtidig ble politidistrikter slått sammen, i tråd med post-NPM. Et annet eksempel er

sykehusreformen i 2002. Den hadde trekk fra post-NPM ved at staten tok over eierskapet fra fylkeskommunen, men samtidig fikk regionale og lokale helseforetak delegert noe myndighet, med klare trekk fra NPM. Ved å supplere de eksisterende reformene med nye reformtrender, får man hybride reformer, og statsapparatet blir mer komplekst (Christensen *et al.*, 2014).

Post-NPM har en ny, helhetlig tenkning med et ønske om en kultur som er mer kollektivt orientert. Dette betyr at man i større grad skal tenke helhet og ikke spesialisering og det skal legges større vekt på kulturelt integrerende tiltak (Christensen *et al.*, 2014). Post-NPM-reformer er basert på tiltak som kan være med å styrke teambygging, samarbeid, medvirkning fra berørte parter, en felles korpsånd, verdibasert ledelse og tillitsfremmende tiltak. Gjennom å styrke yrkesetikk, kollegialitet, offentlig etos og en felles forståelse av de verdiene og normene som skal binde offentlige organisasjoner sammen, ønsker man å få en kulturell endring i de offentlige organisasjonene. Dette blir fremmet for å gjenreise en felles kultur og etikk i offentlig sektor, gjennom en etablering av felles etiske retningslinjer, opplæringstiltak og andre virkemidler (Christensen *et al.*, 2015).

3 Metode

I dette kapittelet gjør vi først rede for vår vitenskapsteoretiske forankring, altså bakgrunnen for de metodiske valgene vi har tatt. Videre presenteres og begrunnes de metodiske valgene som ligger til grunn for denne kvalitative casestudien. Til slutt presenteres en vurdering av studiens kvalitet.

3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Vitenskapsteori handler om hva forskning er, og forskning handler om å produsere kunnskap (Nyeng, 2004). Hva det egentlig vil si å forske på mennesker, samfunn og natur, blir med ulike syn drøftet ut fra hvilken rolle vitenskapen har i samfunnet, dens utvikling og kunnskapsmessige status (Nyeng, 2017). Vårt syn på virkeligheten og hvordan vi kan tilegne oss kunnskap om den, har vesentlig betydning for hvordan vi velger å gå frem for å besvare problemstillingen i denne studien.

Innenfor menneskevitenskapen har man to ulike retninger, den positivistiske og den hermeneutiske. Dette kommer av et prinsipielt skille mellom forklarende naturvitenskap og forstående menneskevitenskap. Positivismen og hermeneutikken vil gi ulik ontologisk og epistemologisk tilnærming til det man forsker på (Nyeng, 2004), hvor ontologi er definert av Nyeng (2017) som virkelighetslære og epistemologi som erkjennelseslære. Nyeng (2004, s.210) sier at hermeneutikken «søker etter helheter i menneskers livsverden for å forstå deres unike situasjon». Det er en fortolkningslære, læren om det å tolke meningsinnhold (Nyeng, 2017). Dette er noe som står i sterk kontrast til positivismens analytiske metode. I positivismen legges det vekt på analyse av fakta som er observerbare og det å søke lovmessige forklaringer (Nyeng, 2004).

Vi har en kvalitativ casestudie, som gjør at denne oppgaven har et hermeneutisk preg. Dette vil si at oppgaven er fortolkende, noe som fører til at empirien og tolkningen (analysen) er intersubjektiv og ikke reflekterer en objektiv eksisterende virkelighet som er uavhengig av vår virkelighetsforståelse og tolkning. Våre data er en fortolking av informantenes fortolking, altså dobbel hermeneutikk.

3.2 Valg av problemstilling

Økonomistyring er et bredt og omfattende (eklektisk) fagområde, hvor det er mulig å studere mangfoldige tema. Da vi skulle velge problemstilling for forskningsprosjektet vårt begynte det med at vi ønsket mer kunnskap om temaet økonomistyring i offentlig sektor, nærmere bestemt økonomistyring i helsesektoren. Etter å ha presisert tema, begynte vi det krevende arbeidet med å finne ut hva problemstillingen vår skulle være. I dette arbeidet var det viktig for oss å starte med å sette oss litt inn i det som kunne være relevant litteratur. Videre måtte vi ta stilling til hvilket formål undersøkelsen vår skulle ha, både i form av hvilket bidrag den skulle gi, samt hvorfor det var interessant og aktuelt (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011).

Dette forarbeidet resulterte i at vår problemstilling til slutt ble:

«Hvilke argumenter påvirker en beslutningsprosess om valg av organiseringsform for offentlige helsetjenester?»

3.3 Forskningsdesign

Forskningsdesignet vårt er nært knyttet til studiens problemstilling, og innebærer en vurdering av hvordan undersøkelsen skal la seg gjennomføre fra start til mål (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Det kan skilles mellom tre typer forskningsdesign: eksplorativt, deskriptivt og kausalt design. I denne studien har vi brukt en kombinasjon av deskriptivt og eksplorativt design, da vi har beskrevet hendelsesforløpet for ny samarbeidsmodell, samtidig som vi har hatt til hensikt å skaffe til veie ny innsikt og forståelse om hvilke argumenter som påvirker beslutningsprosessen i valg av organisasjonsform (Saunders, Lewis og Thornhill, 2016).

Vi har fulgt empirien og tatt tak i de problemene informantene har snakket om. Det betyr at det empiriske materialet (informantene, dokumentene og hendelsene) har formet studien og bestemt neste steg i forskningsprosessen. Etersom ingen av aktørene har visst helt sikkert hvordan ting kommer til å bli og til dels har ulike oppfatninger, har det gjort forskningsprosessen tung.

3.4 Datagenerering

Vi har i hovedsak benyttet to former for datagenerering; dybdeintervju og dokumentstudie. Dette er metoder vi mener passer godt fordi de gir oss mulighet til å frembringe en tilstrekkelig mengde med god empiri, uten å bruke unødvendig mye tid. Før vi gjennomførte intervjuene ble studien rapportert til, og godkjent av, Norsk senter for forskningsdata.

3.4.1 Dybdeintervju

I oppgaven har vi valgt den mest utbredte datagenereringsmetoden for kvalitativ forskning, intervju (Tjora, 2017). Med den første informant hadde vi et åpent pilotintervju, for å skaffe oss bedre innsikt i casen. Med 4 av 5 informanter benyttet vi oss av åpne dybdeintervju, slik at de hadde muligheten til å gå i dybden på ting de visste mye om. Det å bruke dybdeintervju med veldig åpne spørsmål var det mest hensiktsmessige for oppgaven vår, da vi ikke visste så mye om det vi forsket på og ikke hadde et stort antall informanter.

For at informantene best mulig skal kunne reflektere rundt egne meninger og erfaringer knyttet til tema, kan en avslappet atmosfære og en tidsramme som er ganske romslig være til hjelp (Tjora, 2017). Dette gjorde vi ved at vi valgte å dra dit informantene befant seg, ofte på deres kontor eller møterom. Gjennomføring av intervjuene på et sted informantene kjente til, var til hjelp for at informantene skulle føle seg komfortable og trygge, og for at atmosfæren skulle være mest mulig åpen og kjent. Tidsrammen på intervjuene var satt fra 1 til 1,5 time, slik at de hadde god tid til å reflektere og fortelle oss det de visste.

Det første intervjuet vi hadde var som nevnt et åpent pilotintervju. Det var en samtale med informanten, hvor informanten på forhånd visste hva vi skulle undersøke. Informanten hadde dermed frie tøyler til å fortelle oss om det han eller hun mente var viktig for oss og vår oppgave. Vi hadde med de 4 andre informantene åpne dybdeintervju. Informantene ble informert om tema i forkant av intervjuene, og de fikk en kort beskrivelse av hva vi skulle undersøke og hva oppgaven handlet om. Intervjuene ble en form for åpen samtale mellom oss og informantene, hvor innholdet til en viss grad var bestemt på forhånd. Vi hadde en detaljert og strukturert intervjuguide som fungerte som sjekklister for de ulike temaene som skulle berøres under intervjuet. Vi lot informantene prate ganske fritt, og kom med oppfølgingsspørsmål der det var behov underveis i intervjuet. Dette gjorde at vi fikk mye god informasjon ut av informantene.

I forkant av intervjuene ble det sendt ut en forespørsel om å delta i undersøkelsen vår. Der var det blant annet beskrevet hva vi skulle skrive om, at vi ønsket å ta opptak av intervjuene, hva det kom til å bety for dem og hva som kom til å skje med datamaterialet etter at oppgaven var avsluttet. Det ble i starten av hvert intervju signert et samtykkeskjema fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), og det ble avklart om vi kunne ta lydopptak av intervjuet. Lydopptakene ga oss muligheten til å få lagret alle intervjuene, samt at vi fikk gjennomført en transkribering fra lydopptak til tekst. Dette gjorde at vi fikk med oss alt informantene hadde å si. Transkriberingen var tidkrevende arbeid og vi opplevde at det Tjora (2017, s. 39) skriver om at «et timelangt dybdeintervju omtrent utgjør et dagsverk i etterarbeid» stemmer bra. Det var likevel nyttig og viktig arbeid for å legge til rette for analysen.

3.4.2 Dokumentstudie

Når man gjennomfører en dokumentstudie, bruker man dokumenter som har et annet formål enn forskning. Ved datagenerering i dokumentstudier, trenger man ikke å inkludere ikke-forskende deltakere (Tjora, 2017). Det var dette vi startet med i forbindelse med oppgaven vår, for å skaffe oss oversikt og informasjon rundt tema og overordnede forskningsspørsmål. Dette gikk ut på å finne masse dokumenter på nett. Vi brukte en god del skriftlige dokumenter om det vi hadde satt oss som mål å undersøke. Dette var alt fra saksfremlegg, styredokumenter og utredningsrapporter hentet fra St. Olav sine nettsider og i tillegg generell informasjon om blant annet helsetjenester i Norge, lover og regler samt diverse avisartikler. Dette ble brukt som bakgrunnsinformasjon og tilleggsdata til den empirien vi genererte på egenhånd.

Dokumentene ble brukt i sammenheng med intervjudataene. I så måte understøtter disse empiriske kildene hverandre i vårt analysearbeid. Dokumentene ble både brukt som grunnlag for gjennomføringen av intervjuene, slik at vi kunne diskutere konkrete ting med informantene og gjøre intervjuene mer effektive. Samtidig understøtter dokumentene arbeidet med tolkningen av intervjudata, både i form av at disse ble brukt til verifikasjon av informasjon, men også til å underbygge forståelsen av informantenes erfaringer. På denne måten kombineres disse dataene, noe som forsterker det analytiske arbeidet, reduserer bias og styrker kredibiliteten i materialet (Bowen, 2009).

3.4.3 Utvalg

Ettersom vår undersøkelse er kvalitativ, benyttet vi det som kalles «strategisk utvelgelse» av informanter. Dessuten er casestudie i seg selv en naturlig avgrensning av utvalg (Tjora, 2017). Vår målgruppe var folk som hadde vært involvert i prosjektet med den nye mottaksfunksjonen på Orkdal Sjukehus. Etter å ha fastslått målgruppen vår, kunne vi begynne å velge ut informanter. Med hjelp fra veilederne våre fikk vi avtalt et pilotintervju der det deltok to informanter ansatt ved St. Olavs. Den videre rekrutteringen av informanter gjorde vi ved hjelp av snøballmetoden. Denne metoden går ut på at vi spurte de informantene vi pratet med, om de kjente eller visste om noen vi burde intervju i forbindelse med prosjektet vårt (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011).

Utvalget i studien vår bestod av totalt fem informanter. Det var et begrenset antall mennesker som hadde vært involvert i prosjektet på Orkdal, og som kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora, 2017). Selv om fem informanter kan virke lite for noen, anser vi ikke det som en svakhet ved vår studie. Et av kjennetegnene ved kvalitativ metode er ifølge Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) at man har få informanter man ønsker å få så mye informasjon som mulig ut av. Ved det siste intervjuet vårt følte vi dessuten at vi ikke lenger fikk så mye mer ny informasjon. Ifølge både Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) og Tjora (2017) er det et tegn på at datainnsamlingen kan stoppe. Oversikt over informantene og intervjuene er vist i henholdsvis tabell 3.1 og tabell 3.2.

Tabell 3.1: Oversikt over informanter.

Kode	Stilling	Antall møter
Informant 1	Samhandlingsdirektør	1
Informant 2	Controller	2
Informant 3	Avdelingsleder	1
Informant 4	Kommunalsjef for helse- og omsorgstjenesten	1
Informant 5	Klinikksjef	1

Tabell 3.2: Oversikt over intervju.

Dato	Tid	Sted	Informant	Type intervju
26.01.2018	50 min.	St. Olav	1, 2	Åpent pilotintervju
08.02.2018	30 min.	St. Olav	2	Åpent dybdeintervju
02.03.2018	75 min.	Orkdal Sjukehus	3, 4	Åpent dybdeintervju
04.04.2018	60 min.	St. Olav	5	Åpent dybdeintervju

Informantene ble kontaktet på mail i tre av fire tilfeller, og det tok alt fra 1-9 dager før vi fikk svar. Deretter fikk vi ikke møtetidspunkt før et par uker frem i tid. Denne prosessen var med andre ord det mest tidkrevende, og det kan skyldes at flere av informantene våre har lederstillinger og derav mye å gjøre. Grunnen til at vi valgte å ta kontakt på mail var blant annet fordi vi ønsket at møtene skulle foregå på deres premisser, og for at de ikke skulle oppleve det som mas fra vår side. Selve intervjuene våre mener vi at vi fikk gjennomført på en slik måte at det ikke tok unødvendig med tid og ressurser fra deltakerne.

3.5 Kvalitet i forskningen

I kvalitativ forskning har man tre kriterier som ofte benyttes som indikatorer for kvaliteten på den kvalitative forskningen. Disse er *validitet* (gyldighet), *reliabilitet* (pålitelighet) og *generaliserbarhet* (Tjora, 2017). Hvordan disse kriteriene brukes i praksis vil blant annet avhenge av forskerens vitenskapsteoretiske perspektiv.

Tradisjonelt sett blir validitet definert som hvorvidt de funnene en undersøkelse gir, faktisk belyser de spørsmålene man har satt seg som mål å undersøke (Justesen og Mik-Meyer, 2010). Validiteten ved en oppgave kan styrkes ved å redegjøre for valg som er tatt forbindelse med valg av datagenereringsmetode og teoretiske innspill (Tjora, 2017). For å samle inn data valgte vi intervju, da vi var interessert i synspunkter og refleksjoner informantene hadde rundt temaet. Vi valgte å møte informantene personlig, da det er enklere å få frem disse synspunktene og refleksjonene muntlig, enn ved en skriftlig spørreundersøkelse. Valg av informanter vil kunne påvirke om svarene man får er valide med tanke på problemstillingen. Vi valgte informanter som visste en god del om prosessen, og har sentrale stillinger hos partene. Det operative nivået er ikke intervjuet, da vi så at det ikke var nødvendig for å besvare problemstillingen vår. Da teori skulle velges, var både tidligere forskning og råd fra veiledere retningsgivende.

Reliabilitet handler om at det i en undersøkelse skal være lett å se en klar sammenheng mellom empiri, analyse og resultater, samtidig som det er viktig at forskerens personlige erfaringer, politiske synspunkter eller andre faktorer ikke styrer disse. Det er et ideal i positivistisk tradisjon at forskeren er nøytral eller objektiv, men i kvalitative oppgaver med fortolkende tradisjon, eksisterer ikke full nøytralitet (Tjora, 2017). Selv mener vi at vi ikke hadde med oss forutinntattheter i intervjuene og forskningsarbeidet, kun en interesse for fagfeltet. Det ble i intervjuene tatt lydopptak, hvor opptakene i etterkant ble transkribert med nøyaktig gjengivelse av det informantene hadde sagt. Transkriberingen ble ikke sendt tilbake til informantene slik at de kunne lese gjennom det. Dette er kanskje noe vi burde ha gjort, men vi anså det ikke som nødvendig, da mye av det som ble sagt ble styrket gjennom at flere av informantene sa det samme, og at vi kunne finne samme informasjon i dokumentene vi hadde. Direkte sitater fra informantene er brukt i presentasjonen av empiriske funn, som vil styrke reliabiliteten ved at informantenes «stemme» i noen grad blir synlig.

Generaliserbarhet definerer Tjora (2017, s. 258) som «en undersøkelses gyldighet utover de tilfeller som har vært utforsket». Det betyr at man ønsker å generalisere undersøkelsens funn, til å gjelde hele eller en større del av populasjonen enn bare den som ble undersøkt (Justesen og Mik-Meyer, 2010). Generaliserbarhet er ifølge Lukka og Kasanen (1995) alltid tvilsomt i økonomistyringsforskningen siden den sosiale konteksten, institusjonene og organisasjonene i seg selv alltid er i endring, både i tid og rom. Formålet med denne studien har ikke vært å trekke generaliserbare konklusjoner i form av konseptuelle rammeverk eller deskriptive rammeverk som viser «hvordan ting virkelig er», eller å tilby preskriptive løsninger på praktiske problem i en normativ tilnærming. Vi har heller ikke søkt å generere forklarende modeller som fanger de generelle forholdene i helsetjenestene for øvrig. Dette er alle «generaliserende konklusjoner» som Lukka og Kasanen (1995, s. 72) advarer mot. Vår studie gir likevel innblikk i erfaringer og praksis som kan gi kunnskap som er nyttig i andre tilfeller og i en bredere kontekst. Denne kunnskapen er kontekstavhengig, og står i motsetning til et positivistisk ståsted preget av objektivitet, presisjon og generaliserende reduksjonisme. Selv om den ikke er generaliserbar bidrar casestudien likevel ved å ha overføringsverdi, og den kan være til nytte for forståelsen av slike prosesser i offentlig tjenesteyting på ulike områder, samtidig som den bidrar til forståelsen av hvordan økonomistyring og ulike kalkulasjoner kan påvirke slike prosesser i et teoretisk perspektiv.

4 Empiri

I dette kapitlet vil vi presentere de empiriske funnene vi har gjort i datainnsamlingen. Innledningsvis har vi valgt å gi en beskrivelse av helsevesenet i Norge og konteksten for oppgaven, som er St. Olavs Hospital og avdelingen de har på Orkdal. Ut fra pilotintervju, dokumentstudier og åpne dybdeintervju vil vi beskrive prosessen som har ført frem til avtalen mellom Orkdal kommune som vertskommune og St. Olav angående felles mottaksfunksjon ved Orkdal Sjukehus. Avtalen mellom Orkdal kommune og St. Olav vil heretter bli referert til som samarbeidsavtale. Vi vil også beskrive innholdet i den nye løsningen. Det ligger vedlagt en tidsakse (se vedlegg 2), som viser hvordan samarbeidet mellom Orkdal Sjukehus og Orkdal kommune har utviklet seg fra 2007 og frem til i dag.

4.1 Helsevesenet i Norge

I Norge er det det offentlige som har ansvaret for å sikre helse- og omsorgstjenester til alle. Øverste organ er Helse- og omsorgsdepartementet, med helseministeren som leder. Videre er dette ansvaret fordelt mellom de tre forvaltningsnivåene stat, fylkeskommune og kommune. Helsetjenesten deles inn i primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten.

Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar. Dette er tjenester som for eksempel fastlege, legevakt, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, psykisk helsearbeid, hjemmetjenester og sykehjem. Den offentlige tannhelsetjenesten er det fylkeskommunen som har ansvaret for. For å sikre at innbyggerne enklere skal få helsehjelp lokalt, har kommunene gjennom Samhandlingsreformen fått økt ansvar og flere oppgaver (Helsedirektoratet, 2017).

Norge er delt inn i fire regionale helseforetak (RHF) som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Dette ansvaret innebærer at foretakene skal sørge for tilbud om spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet, eier de fire regionale helseforetakene som er Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Disse eier og drifter de offentlige sykehusene som hører til i regionene (Regjeringen, 2014a). Helse Midt-Norge RHF har ansvar for befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal. Hovedkontoret deres ligger i Stjørdal, og de eier flere helseforetak (HF). Disse er Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF. Helse Midt-Norge RHF har i tillegg et

tett og forpliktende samarbeid med private tjenestetilbydere (Regjeringen, 2014a). St. Olavs Hospital HF har flere institusjoner i Trondheim. De fleste av disse er samlet på området som kalles Øya. I tillegg er lokalsykehusene i Orkdal og Røros en del av foretaket.

4.1.1 Legevakt

Alle kommuner er lovpålagt å ha legevakt hele døgnet for å sikre tilbudet om øyeblikkelig hjelp (Regjeringen, 2014b) til enhver som oppholder seg i kommunen (Befring, 2017). For å oppfylle denne rettigheten, må kommunene ha en beredskap i form av legevakt eller lignende (Befring, 2017). Kommunal legevakt og fastlegeordningen utgjør en betydelig del av primærhelsetjenesten. Fastlegeordningen kan benyttes ved både kroniske og akutte helseplager, og den er pasientenes viktigste kontakt med helsetjenesten. Legevakta skal ta imot pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp utenom legekantorenes åpningstid. Øyeblikkelig hjelp vil si hjelp i forbindelse med akutt sykdom og skade som oppstår på kvelden eller natten, og som ikke kan vente til neste dag (Regjeringen, 2014c).

Ansvar for organisering og tilrettelegging av øyeblikkelig hjelp-tjeneste, inkludert legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste, går frem av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1, § 3-2 første ledd punkt 3 og § 3-5. Fastlegene skal sørge for øyeblikkelig hjelp-tilbud til sine pasienter (sin pasientliste) i kontortiden, altså mens legekantorene har åpent. Det er kommunenes ansvar å sørge for at fastlegjetjenesten har nok kapasitet til at studenter, tilreisende, pendlere også videre, som har fastlege i andre kommuner, kan konsultere fastlege. Kommunene er også ansvarlig for at det er nok kapasitet i allmennlegjetjenesten ved behov for øyeblikkelig hjelp for de innbyggerne som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen, turister med flere. Allmennlegjetjenesten omfatter både fastlegjetjeneste og legevakttjeneste (Regjeringen, 2014b).

4.1.2 Kommunal akutt døgnet

Samhandlingsreformen startet med en gradvis innføring 1. januar 2012, og innebar i all hovedsak at kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten skulle ta over en del ansvar og arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Tjenester som ble produsert, utført og finansiert på forskjellige nivåer i helsetjenesten skulle bli mer sammenvevd, og det ble lagt opp til samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå (Bredeli og Jensen, 2012).

Gjennom et sett av juridiske, organisatoriske og finansielle virkemidler, ønsket man med Samhandlingsreformen å skape et tettere samarbeid mellom kommune og stat innenfor helsefeltet. Det var et ønske om koordinering mellom styringsnivåene. Dette kom tydeligst frem gjennom ideen om et helhetlig pasientforløp. Pasientene skulle ikke merke noe til overgangen mellom ulike forvaltningsnivå. Grensene skulle brytes ned mellom hva som er et lokalt ansvarsområde og hvilket område som tilfaller staten. Pasientene bryr seg ikke i stor grad om hvem som leverer tjenester til dem, men de bryr seg om at de mottar tjenester som er av høy kvalitet og at de er tilpasset de problemene pasienten har (Christensen *et al.*, 2014).

Som en følge av Samhandlingsreformen etablerte kommunene i Norge KAD. Målet med KAD er å bidra til å avlaste sykehusene for innleggelser (Swanson, Alexandersen og Hagen, 2015). KAD er en kommunal oppgave, og det er kommunenes ansvar å sikre at det er god kvalitet på tjenesten, og at tilbudet er like godt eller bedre enn behandlingstilbudet på sykehuset. Det er et tilbud for pasienter som har behov for behandling, tilsyn og observasjon, men som ikke trenger å bli innlagt på sykehus. Dermed erstatter KAD sykehusinnleggelsen, men det er nødvendig for kommunene å ha et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Før en pasient kan legges inn på KAD, må pasienten være tilsett av en lege (fastlege, legevaktslege eller sykehjemslege). Dette er for å blant annet avklare om pasienten faller inn under kriteriene for å legges på KAD (Den norske legeföreningen, 2014).

4.2 Orkdal Sjukehus

Frem til 2003 ble Orkdal Sjukehus eid av Orkdal sanitetsforening, som på starten av 1900-tallet bygde sykehuset ved dugnadsarbeid. Opprinnelig var sykehuset et sykehjem, men det utviklet seg etter hvert til å bli et sykehus. Sykehuset var ikke spesielt stort, og på slutten av 80-tallet startet utbyggingen av et nytt servicebygg på 2500 kvadratmeter. Dette servicebygget ble offisielt åpnet i starten av januar 1991. I 2003 ble sykehuset solgt til Helse Midt-Norge RHF, og 1. januar 2004 ble Orkdal Sanitetsforening Sjukehus offisielt en del av St. Olavs Hospital HF, og byttet samtidig navn til Orkdal Sjukehus (Olsen, 2004).

Orkdal Sjukehus er et nokså stort lokalsykehus (i norsk målestokk) som (per i dag) består av en rekke klinikker. Disse er klinikk for kreft, akutt- og mottaksmedisin, anestesi og intensivmedisin, medisin, lunge- og arbeidsmedisin, kvinneklinikk, kirurgi, og ortopedi,

revmatologi og hudsykdommer. I tillegg har de klinikker for henholdsvis servicefunksjoner, bildediagnostikk og laboratoriemedisin, og en egen avdeling for driftsservice.

I 2015 hadde Orkdal Sjukehus omtrent 21.000 liggedøgn, hvorav 15.000 tilhørte medisinsk avdeling. Den elektive (planlagte) kirurgiske og ortopediske virksomheten har historisk vært stor. I segmentet øyeblikkelig hjelp, er det akuttmottaket som har hatt størst volum av polikliniske konsultasjoner. Ifølge utredninger utgjorde det totale opptaksområdet for Orkdal Sjukehus totalt 86.421 personer i 2015.

Akuttmottaket og legevaktsentralen var i 2015 bemannet med 36 sykepleiere fordelt på 24 årsverk. Personellet roterer mellom begge funksjonene. Pasienter som blir vurdert og behandlet i akuttmottaket ved Orkdal Sjukehus blir håndtert videre på tre forskjellige måter. Enten ved innleggelse på sengepost, overføring til en av institusjonene ved Øya (St. Olav), psykiatri, kommunal omsorg, eller lignende, eller sendt hjem etter poliklinisk vurdering eller behandling.

4.3 Legevakt og KAD i SiO

Orkdal kommune har lang erfaring om legevakt og KAD. I 2007 ble det opprettet et kommunesamarbeid mellom 12 kommuner i forbindelse med etablering av legevakta i Orkdalsregionen (LiO). Legevakta ble opprettet i lokaler inne på Orkdal Sjukehus, og sykehuset hadde da ansvar for alt av helsepersonell, unntatt legene. Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) ble opprettet i 2012 som et nytt interkommunalt samarbeid mellom 12 kommuner, med Orkdal som vertskommune. Dette skjedde som en følge av at kommunene i 2012 skulle opprette KAD-senger, sammen med legevakta som da ble «tilbakeført» til kommunene. Det vil si at kommunene igjen fikk ansvaret for helsepersonellet i tillegg til legene. I 2018 er det totalt 11 kommuner som samarbeider om både interkommunal legevakt og KAD. Disse 10 kommunene er Agdenes, Frøya, Hemne, Hitra, Meldal, Rennebu, Rindal, Skaun, Snillfjord og Surnadal. Etter at samarbeidet startet i 2007 har én kommune gått ut av samarbeidet.

Ved opprettelsen av SiO ble det foretatt en rekke driftsmessige grep. Det ble ansatt en enhetsleder med formell myndighet delegert av rådmannen i Orkdal kommune. De administrative støttefunksjonene ble (fra da av) utført av vertskommunen, og kliniske støttefunksjoner ble kjøpt av St. Olav. En husleieavtale ble inngått med St. Olavs Hospital

Orkdal om leie av lokaler inne på Orkdal Sjukehus til legevakt og KAD-sengeposten, kalt SiO-Sengepost.

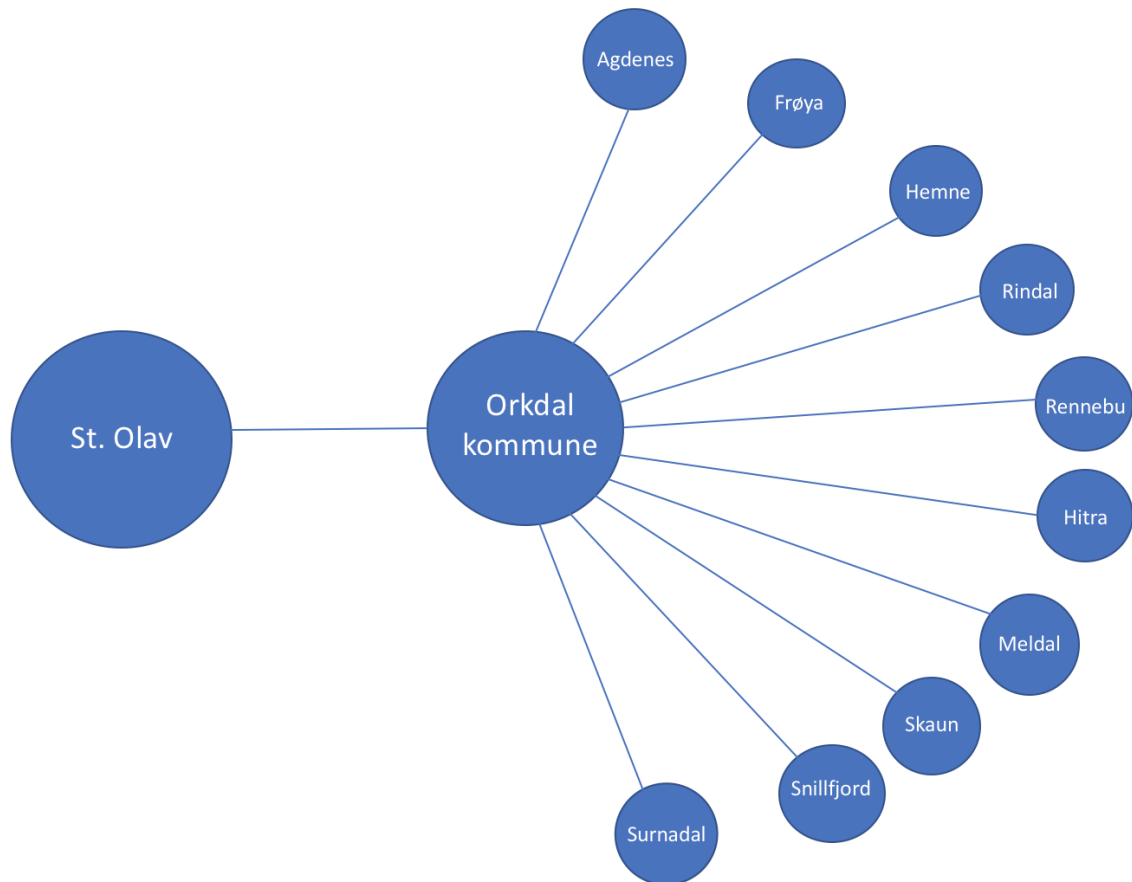
SiO Legevakt, som er den interkommunale legevakta i Orkdalsregionen, holder til i 1. etasje på Orkdal Sjukehus. Den er åpen og bemannet av leger mellom klokka 15.30-08.00 på hverdager, og hele døgnet i helgene. Fastlegene dekker legevakta ved Orkdal Sjukehus i en rulleringsordning mellom kommunene. De er selvstendig næringsdrivende og har en avtale med kommunene om å gjøre en allmennlege-jobb. På dagtid besørger legevakta av fastleger på sine kontorer i de respektive kommunene. Alle dager i tidsrommet 23.00-08.00 er det fast ansatte allmennleger som betjener legevakta. Nødvendige støttefunksjoner bemannes av sykepleiere og helsesekretærer fordelt på 5,08 årsverk. Ved behov, bidrar støttepersonellet på SiO-sengepost på natt. Den eksisterende legevaktsentralen er en kommunal ansvarsoppgave som leveres på kontrakt av St. Olav.

Ved KAD-sengeposten består bemanningen av kommunalt ansatte sykepleiere og vernepleiere, samt fast tilsatte allmennleger. Legene har i tillegg sin egen praksis og sørger for visitt på dagtid. Det er 15 ansatte ved sengeposten, og en avdelingsleder med ansvar for sengeposten. KAD-sengeposten ligger i fjerde etasje ved Orkdal Sjukehus, og skal bidra til at behovet for sykehusinnleggelses reduseres. I 2016 hadde enheten en gjennomsnittlig beleggsprosent på 54 %. Sengeposten består av 7 senger, noe som ble beregnet da Samhandlingsreformen ble innført. Dette ble utregnet på bakgrunn av befolkningstall, og Orkdal skulle blant annet ha 1,7 seng av totalt 7 senger på 11 kommuner.

4.4 Ny driftsmodell

Over flere år har det pågått, og det pågår fortsatt den dag i dag, arbeid med en ny driftsmodell ved Orkdal Sjukehus. Partene som skal inngå avtalen om denne driftsmodellen er St. Olavs Hospital og SiO. Forholdet mellom St. Olav, Orkdal kommune og de 10 andre kommunene er vist i figur 4.1. Prosessen startet allerede i 2015 med en utredning og evaluering av mottaksfunksjonen ved Orkdal. I utredningsarbeidet gikk kommunene og sykehuset inn som likeverdige parter, og det ble tatt utgangspunkt i den gjensidige avhengigheten som gjelder for samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det ble lagt vekt på at begge parters behov skulle komme tydelig frem i utredningen, samt at det på kommunens side skulle legges

til rette for gode politiske prosesser. I januar 2017, da utredningen var ferdig, ble den lagt fram for styret i St. Olav.



Figur 4.1: Oversikt over relasjoner mellom St. Olav og SiO.

Resultatet av utredningen ble *Ny driftsmodell for øyeblikkelig hjelp i Orkdalsregionen*, og de har kalt den nye modellen *Ny mottaksfunksjon*. Denne går først og fremst ut på å slå sammen akuttmottaket med legevakta, som per i dag har to forskjellige innganger, til én felles mottaksfunksjon. Begge inngangene befinner seg i 1. etasje på Orkdal Sjukehus, og for å få til én felles mottaksfunksjon må hele etasjen bygges om. Samtidig er det tenkt at St. Olav skal ta over og ha ansvar for driften av denne nye mottaksfunksjonen. Dette innebærer at St. Olav skal drifte legevakta på vegne av Orkdal og de 10 andre kommunene som inngår i det interkommunale samarbeidet til SiO. Kommunene skal gjennom en samarbeidsavtale kjøpe tjenester fra St. Olav. Samtidig som St. Olav får ansvaret for driften i den nye modellen, vil de også overta arbeidsgiveransvaret for personalet som per i dag er kommunalt ansatte. Alt dette skal skje i form av en virksomhetsoverdragelse av drift, fra SiO til St. Olav.

I tillegg til en felles enhet for akuttmottak og legevakt, innebærer også den nye driftsmodellen at det skal opprettes en ny sengepost med observasjonssenger (OBS-senger). Disse sengene er ment å håndtere noe av pasienttilstrømningen til Orkdal Sjukehus. OBS-sengene skal i den nye modellen driftes sammen med KAD-sengene av Klinikk for akutt- og mottaksmedisin. På samme måte som med legevakta, overtar altså St. Olav driftsansvaret for KAD-sengene fra kommunene.

Med en ny driftsmodell er det også tenkt at det skal skje en faglig og fysisk integrering av de prehospitale tjenestene mellom SiO og St. Olav Orkdal. Ambulansetjenesten, som er en prehospital tjeneste, drives av St. Olav. Ambulansestasjonen er stasjonert på Orkdal Sjukehus og har to døgnambulanser i beredskap. Utnyttelsesgraden per døgnenhet har historisk vært på 50 %, hvilket betyr at tjenesten ofte har hatt rolige perioder. I den nye driftsløsningen er det tenkt at ambulanspersonellet skal delta i pasientrettet arbeid ved sykehuset, spesielt akuttmottaket, i de rolige periodene. Dette skal være av den type arbeid som kan forlates ved utkalling til ambulansoppdrag og arbeidet skal ikke være i konflikt med tjenestens arbeidsbestemmelser. Det er også tenkt at tilsvarende løsninger skal kunne utvikles ved ambulansestasjonene opp mot kommunene i hele samarbeidsområdet til SiO. Tanken bak å integrere disse tjenestene er å få mer kompetanseutveksling, bedre kvalitet, og optimal utnyttelse av personalets beredskapstid.

Som et resultat av mottaksprosjektet (utredning av ny mottaksfunksjon) ble det nedsatt et forhandlingsutvalg, som har jobbet med å utforme forslag til en avtale mellom kommunene og St. Olavs Hospital. Partene er enige om at det lovbestemte sørge-for-ansvaret for legevaktstjenester og kommunale akutte døgntilbud ligger i kommunene, og at det er driftsansvaret for disse tjenestene St. Olav påtar seg gjennom avtalen.

Vertskommuneavtalen om samarbeidet med St. Olav har enda ikke blitt vedtatt hos kommunestyrene i Orkdalsregionen. Når dette er klart, vil de kunne gå i gang med byggeprosessen og virksomhetsoverdragelsen. Dette vil de gjøre på en ordentlig måte, så de forventer at det tar litt tid. Virksomhetsoverdragelse kan skje samtidig med byggeprosessen, og informant 3 og 4 mener det vil være mest naturlig, og det beste med tanke på regnskapsåret å starte en virksomhetsoverdragelse 1. januar.

4.4.1 Involvering og forankring

Etter at utredningen var ferdigstilt rundt årsskiftet 2016/2017, påpekte den en rekke juridiske, administrative, politiske og økonomiske sider som også måtte utredes. Det er disse tingene arbeidet har bestått i det siste halvannet året, i tillegg til planlegging av hvordan tjenestene skal organiseres, og de bygningsmessige tilpasningene som skal gjennomføres.

I løpet av utredningsperioden ble det gjennomført en rekke orienteringer, og fra september til desember 2016 ble det avviklet 28 forskjellige møter. Deriblant styringsgruppemøter, regionråd, husråd, avdelingsmøter, orientering i kommunestyret Orkdal, og orientering til helseledere og tillitsvalgte i SiO. I tillegg ble det holdt møter med den politiske nemnda, som er et slags styre for SiO.

Forslag til ny driftsmodell ble lagt frem som orientering til styret i St. Olav 27. januar 2017. Utredningen var forankret hos regionråd, rådmannskollegiet, samt i den politiske nemnda med udelt positive signaler. Dette viser en gjensidig avhengighet i beslutningspunktene. For å sikre god involvering og forankring fra alle SiO-kommunene, ble det lagt opp til en to-trinns orientering og behandling i politisk nemnd og kommunestyret. Det ble på tidspunktet utredningen var ferdig, lagt opp til en endelig behandling i løpet av mai/juni 2017.

Informant 3 og 4 forteller at Orkdal Sjukehus og Orkdal kommune hadde til sammen 6 møter knyttet til organisasjonsutviklingen i perioden mai/juni 2017 til desember 2017. I disse møtene utformet deltakerne utkast til hva de «trodde var lurt», og rapporterte disse utkastene videre til en styringsgruppe. Videre var det styringsgruppa som tok de endelige valgene knyttet til hvordan virksomheten skulle organiseres:

«Det vi har landet på nå da, det er at det blir tre klinikker som skal drifte sykepleietjenesten i Orkdal. Og i det arbeidet med akuttmottak, legevaktsentral, legevakta og OBS/KAD så er det klinikk for akutt og mottaksmedisin, som har den type virksomhet i Trondheim, som ville ha det ansvaret og som er lurt at de har, da. For de kjenner den virksomheten fra før» (Informant 3).

Informant 1 forteller at ombygging av 1. etasje ved Orkdal Sjukehus ble vedtatt på styremøtet til St. Olav i desember 2017. St. Olav fattet vedtak om at de ønsker å gjennomføre den nye

løsningen, og utkast til avtale ble tatt opp både på møtet i desember 2017 og februar 2018. Informant 4 forteller at for SiO-kommunene sin del, så skulle den nye avtalen først bli tatt opp i den politiske nemnda i løpet av mars 2018, og videre i kommunestyrene:

«Så at det er på en måte i slutfasen av den her prosessen, og det med.. vi går på en måte snart over fra prosjekt til drift, sant. Vi begynner å nærme oss det å drifte»
(Informant 4).

Ettersom det er mange aktører som skal involveres i arbeidet med å gå fra utredning til drift, uttrykker informantene at det er en langvarig og krevende prosess:

«Det er litt frustrerende for oss i sykehuset, som må gå å vente på alle og synes det går så tregt» (Informant 3).

«(...) dere må huske at dere har et styre, og jeg har 12» (Informant 4).

«Proessen er jo relativt langvarig, og den er vel egentlig ganske mye mer avansert enn de fleste er klar over» (Informant 5).

4.4.2 Øyeblikkelig hjelp

I forkant av utredningen har det har foregått en diskusjon rundt øyeblikkelig hjelp på Orkdal. Ifølge informant 3 har Orkdal Sjukehus hele tiden hatt en trussel hengende over seg om at de ikke skal ha øyeblikkelig hjelp, spesielt etter at de ble en del av St. Olav. Informant 1 mener at om man tenker rasjonelt, hadde det kanskje vært like greit å legge ned hele sykehuset på Orkdal, og heller flytte det til byen. I intervjuet kommer det derimot frem at på grunn av kapasitetsutfordringer på Øya, og sterke føringer rundt det å opprettholde arbeidsplasser og trygghet, er det verken mulig eller ønskelig å flytte alt til Trondheim. Informant 5 forteller også at de erfaringsmessig har sett en voldsom vekst av øyeblikkelig hjelp inn mot Øya, men ikke en tilsvarende vekst på Orkdal. De problemstillingene som kommer inn til øyeblikkelig hjelp på Orkdal har ikke samme grad av alvorlighet og behov for voldsom ressursinnsats, som er tilfellet for de som kommer til Øya. Derfor er det, fra St. Olav sin side, ønskelig at den vesentligste øyeblikkelig hjelpen blir tatt på Øya, men de må fortsatt ha en viss grad av øyeblikkelig hjelp gående på Orkdal. Sånn som det er i dag sier informant 5 at akuttmottaket

ligner mer på en robust eller avansert legevakt enn akuttmottak. Med bakgrunn i dette var det ideen om felles drift av akuttmottak og legevakt kom inn. Informant 3 forteller at:

«Det at når vi går sammen med kommunene, sant, og driver legevakt og akuttmottak sammen, så har du et mye større fundament for å kunne drive med mottak av øyeblikkelig hjelp, da» (Informant 3).

Med den nye driftsmodellen legges det altså opp til fortsatt drift av øyeblikkelig hjelp, men på et mindre komplisert nivå enn det som blir tatt hånd om på Øya. Dette er et nivå som på mange måter funksjonelt sett ikke skiller seg så mye fra legevaktsdrift. Informant 5 understreker her at selv om det funksjonelt sett er et marginalt skille, så er det fortsatt snakk om to ulike forvaltningsnivå. Her er det da snakk om et organisatorisk skille, som ikke befolkningen oppfatter.

4.4.3 Observasjonssenger og KAD

Flere av informantene har uttrykt at dagens KAD-ordning er svært dyr for kommunene. Kommunenes beleggsprosent på KAD-sengene har historisk vært alt for lav, da den har vært på omtrent 50 % (54 % i 2016). Dette er noe som har bekymret kommunene siden ordningen ble innført, og en del av kommunene har gitt uttrykk for at de synes det er lite *value for money*.

«Vi bruker 15 millioner på å drifte 7 senger (KAD-senger, red.), det er det dobbelte av det det koster å ha en sykehjemsseng, som i prinsippet er på det samme nivået. Den kommunale kostnaden for en sykehjemsseng ligger på 900.000 til 1 million, og for en seng her oppe (KAD-seng, red.), 2,1 millioner for ei seng» (Informant 4).

I utredningen er det på bakgrunn av driftsanalyser og erfaringer foreslått at det bør opprettes OBS-senger i tilknytning til den nye felles mottaksfunksjonen. Denne posten bør være samlokalisert med KAD, for bedre og optimal utnyttelse av personell. Samlokalisering er ifølge utredningen en kritisk suksessfaktor for å skape et reelt samarbeid og teamarbeid rundt pasienten. Det er lagt til grunn i utredningen at om begge parter bidrar med en sengerressurs knyttet til korttidsobservasjon, vil dette kunne styrke samhandlingen til det beste for pasientene, og en samlet effektiv drift.

Det er enighet blant informantene om at man ved en samlokalisering må være fleksibel i bruk av sengene. Selv om man har 5 KAD-senger, kan det være 9 KAD-pasienter liggende inne, og man vil da få et overbelegg på KAD-sengene. Hvis det er ledig kapasitet på KAD eller OBS-sengene, skal de med den nye driftsmodellen gjensidig kunne utnytte denne kapasiteten til en optimal utnyttelsesprosent. Det er mulig man kan få 120 % belegg på den ene enheten og 80 % på den andre. Selv om KAD og OBS-sengene kan brukes om hverandre, har informant 5 uttrykt at det ikke er meningen at de kommunale sengene skal brukes til å kompensere for plassproblematikken i sykehuset.

Videre forteller informantene at selv om man kan ha fleksibel bruk av den nye sengeposten, vil det være viktig å skille mellom pasientene, og registrere dem på riktig enhet. Det er viktig å ha oversikt over om det er en KAD-pasient eller om det er en sykehuspasient som ligger i sengen, da inntektssiden for kommune og sykehus er forskjellig. Sykehuspasientene på OBS-posten genererer ISF (innsatsstyrt finansiering) og KAD-pasientene er stykkprisfinansiert av Helfo per pasient. Informantene 3 og 4 er usikre på hvordan det vil bli å skille disse to typene pasienter i praksis.

«Vi må på en måte legge inn de kommunale pasientene på en enhet og sykehuspasientene på en annen enhet. Sånn at vi ikke får - slik at ISF ikke får kommunale pasienter, da blir noen sure etterhvert» (Informant 2).

4.4.4 Økonomiske beregninger

Det er i dag en god del dobbeltarbeid på legevakt og akuttmottak, og informantene er ganske sikre på at det nye samarbeidet vil gi en stor besparelse. Denne besparelsen vil kunne være med på å avgjøre om kommunene sier ja til avtalen. Informant 4 har fått signaler fra enkelte kommuner om at det nye samarbeidet høres bra ut, og at det er uvesentlig om det blir noen besparelser eller ikke. For å sette i gang en stor og krevende prosess som dette, vil man være avhengig av å få noe igjen for det:

«Vertskommunerådmannen har vært tydelig på at det er krevende å legge frem en såpass stor endring uten at vi kan ta ut noen gevinster av det» (Informant 4).

Informant 5 mener det er vanskelig å gjøre noen økonomiske beregninger før man har fått spikret en modell. Videre sier informantene at det enda ikke er lagt til grunn noen økonomiske kalkyler, men at man har en forventning om at det skal utløse en effektivitet. Alle informantene er klar over hva det koster å drive som det blir gjort i dag. Hva den nye driftsmodellen egentlig kommer til å koste, har man bare en forventning om. Når de kommer så langt at de kan se på hva kostnadene blir ved den nye driftsmodellen, vil de kunne si noe om hvor vellykket denne prosessen og omorganiseringen har vært.

Ut ifra de få beregningene som eksisterer (se vedlegg 3) for det nye samarbeidet, er det kun lønnskostnader som er tatt med. Det er forutsatt at andre kostnader vil bli like. Informanten som har gjort disse beregningene har laget seg en beregningsmetode for å beregne kostnader og innsparinger. Lønnskostnadene er basert på antall årsverk, grunnlønn og faste tillegg. I tillegg er det beregnet kostnader ved å leie inn ferievikarer når ansatte skal ha ferie og det er lagt til grunn en fraværsprosent ved sykefravær og innleie i forbindelse med dette. Det er også beregnet kostnader ved andre permisjoner og helligdagstillegg.

Som det er i dag, er lønnskostnadene på SiO-sengepost ca. 11,4 millioner kroner på 7 senger. Det skal kuttes to senger på posten slik at det blir 5 igjen, og en lønnskostnad på ca. 8,1 millioner kroner. Dette gjør at kommunene får en besparelse på 3,3 millioner. Kommunene har også lønnskostnader tilknyttet SiO legevakt på ca. 7,4 millioner. Til sammen utgjør dette en kostnad for kommunenes del på ca. 15,5 millioner. Sykehuset har på sin side pleiekostnader i dag på ca. 107 millioner. I tillegg har de lønnskostnader på akuttmottaket på ca. 25 millioner. Det er gjort fratrukk på ca. 6,4 millioner for legevaktsentralen som driftes av St. Olav, som videreføres til kommunene. Dermed utgjør lønnskostnadene på akuttmottaket ca. 18,6 millioner.

Tabell 4.1: Besparelser KAD og pleiekostnader (tall i tusen kroner) (Vedlegg 3: notat besparelse).

Dagens pleiekostnader	107 033	Kostnader St. Olav
Kommunal kostnad	8 143	5 KAD-senger
Sum kostnader	115 176	
Ny kostnad	111 290	Drift av både OBS og KAD
Besparelse	3 886	

For å beregne kostnadene for den nye driften er det lagt til grunn nye bemanningsplaner. Disse bemanningsplanene er omgjort til lønnskostnader for å kunne beregne kostnaden. I beregningene som er gjort knyttet til den nye driften, vil det være en besparelse på ca. 3,9 millioner, som vist i tabell 4.1. Besparelsen skal fordeles etter hvor mange senger kommune og sykehus har i den nye enheten. Kommunen skal ha 5 KAD-senger og sykehuset 7 OBS-senger. Dette gir en innsparing for St. Olav på ca. 2,2 millioner, og en innsparing for kommunene på ca. 1,6 millioner.

Tabell 4.2: Besparelser akuttmottak og legevakt (tall i tusen kroner) (Vedlegg 3: notat besparelse).

Sykehusets kostnad akuttmottak	18 600	
Kommunale kostnader legevakt	7 411	
Sum kostnad	26 011	
Ny kostnad	20 400	Felles mottak
Besparelse	5 611	

Det ble på samme måte som i avsnittet over brukt bemanningsplaner da lønnskostnader for legevakt og akuttmottak ble beregnet. Sykehuset og kommunene vil sitte igjen med en besparelse på ca. 5,6 millioner kroner når legevakt og akuttmottak blir driftet sammen. Denne besparelsen er vist i tabell 4.2. Fordelingen for denne besparelsen vil være kostnadsbasert. Dette betyr at det vil bli en fordeling etter hvor mye av kostnadene hver av partene bærer, og den er på ca. 72 % til St. Olav og ca. 28 % til kommunene. Sykehuset sitter dermed igjen med en besparelse på ca. 4 millioner og kommunene med ca. 1,6 millioner.

Tabell 4.3: Totale besparelser.

	St. Olav Orkdal	Kommunene
KAD / OBS	2,2 mill	1,6 mill
Legevakt / akuttmottak	4 mill	1,6 mill
Nedskalere 2 KAD-senger		3,3 mill
Totale besparelser	ca. 6,2 millioner	ca. 6,5 millioner

Da saken ble fremlagt i desember 2017, var planen at KAD-sengene skulle legges til medisinsk sengepost i 2. etasje sammen med den nye OBS-posten. Lønnsberegningene ble gjort på bakgrunn av dette, og at det var medisinsk avdeling som skulle drifte OBS-sengene og KAD. Men på grunn av bygningsmassen var det ikke mulig å legge KAD/OBS-sengene i 2. etasje. Dermed ble det bestemt at KAD/OBS-sengene skulle ligge i 4. etasje, i samme etasje som KAD allerede ligger. Per nå er det klinikk for akutt og mottaksmedisin som skal ha ansvaret for driften av OBS-sengene og KAD, og ikke medisinsk avdeling. Dette er fordi de ønsket å ha ansvar for driften, og informant 3 mener det er lurt at de får det ansvaret, da de kjenner til virksomheten. De beregningene fremlagt her viser kostnadene dersom medisinsk avdeling hadde hatt driftsansvar. Beregningene kan dermed avvike noe fra hvordan det egentlig kommer til å bli når klinikk for akutt og mottaksmedisin skal ha ansvaret, selv om det er akkurat disse beregningene som har blitt fremlagt for media og de ulike styrene.

4.4.5 Personell

En viktig del i den nye driftsmodellen er de ansatte. I den nye løsningen vil som sagt alt personell ansatt i enheten SiO bli overført til St. Olav, hvilket innebærer at St. Olav får arbeidsgiveransvaret. Avtalen vil bli sagt opp dersom en fremtidig evaluering av den nye mottaksfunksjonen konkluderer med at dette ikke fungerer. I så fall vil den kommunale delen av den felles mottaksenheten bli virksomhetsoverdratt tilbake til vertskommunen. I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen vil St. Olav inngå en egen avtale med allmennlegene som skal utføre legevaktstjenester i driftsenheten. St. Olav påtar seg også ansvaret med å organisere driften slik at helsepersonellet som utfører tjenesten blir i stand til å overholde de lovpålagte pliktene sine.

Informant 3 har erfaring fra flere omstillings- og endringsprosesser, og har erfart at mange kan bli frustrerte og redde. Vedkommende forteller at for enkelte kan for eksempel bare det at man må flytte kontor være både skremmende, frustrerende, gøy og spennende. Informant 3 har også opplevd at ansatte har søkt seg bort til andre arbeidsplasser fordi de ikke makter å være med i de tilfellene der de opplever at arbeidsplassen deres gjennomgår store endringer. I prosjektet som foregår på Orkdal nå har det tilsynelatende vært en usikkerhetsperiode siden 2015/2016, da prosjektet ble påbegynt. I den forbindelse har informant 3 merket at enkelte av de ansatte går og tenker på hva som skal skje med dem under en slik prosess, og forteller at:

«Det må vi ha stor forståelse for, og skjønne at det skaper litt frykt. Men altså det vi kan gjøre er å informere og involvere sant, men så er det noen som ikke klarer det da, å være med i det, og da kan det være at noen søker seg bort» (Informant 3).

I denne endrings- og omorganiseringsprosessen har man vært opptatt av å legge til rette for medvirkning fra de ansatte. Ved Orkdal har de i den forbindelse benyttet workshops og sosiale sammenkomster utenom arbeidstid, for å skape engasjement blant de ansatte. Informant 4 sier at alle ansatte skal få lov til å dele de synspunktene de har og alle skal bli hørt, men ikke alle kan få viljen sin. Informant 3 og 4 mener det er viktig å skape engasjement og involvere de ansatte. De mener man bør være flink til å informere og fortelle hvorfor de gjør det. Informantene er veldig positive til prosessen, og gleder seg veldig til å få begynne med den. De er opptatt av at de skal klare dette sammen, kommune og sykehus.

Informantene er klar over at det ligger mye arbeid knyttet til organisasjonskultur og det å jobbe sammen. Alle gamle tradisjoner skal brytes opp, og det skal utarbeides nye rutiner og prosedyrer ved sykehuset. Det vil være utfordringer knyttet til å få prosessen til å kulturelt falle sammen, altså at alle involverte har en felles situasjonsforståelse for det som skjer og er enig og har en lik oppfatning av hva som skal oppnås. Uansett hvordan resultatet blir oppfattet når prosessen og ombyggingen er ferdig, så har kommune, sykehus og ansatte blitt enige om den løsningen som foreligger.

«De (kommunene, red.) har hatt sitt eget personell, nå skal de ha personell som er sammen med oss, de har sitt eget utstyr, nå skal de ha samme utstyr som oss, de har sitt eget areal, nå skal de ha samme areal som oss. Så erfaringsmessig er jo,.. veldig mye av utfordringen ligger der» (Informant 5).

Informantene har gitt litt ulike tilbakemeldinger på om det kommer til å bli færre eller flere ansatte etter at ombyggingen er gjennomført og virksomhetsoverdragelsen blir en realitet. Først og fremst er det sagt at det vil bli færre ansatte, og at det er sånn de skal spare penger. Informant 4 forteller at det er vanskelig å komme frem til noe eksakt med tanke på bemanning før driften er i gang. Inntrykket informant 3 og 4 sitter igjen med, er derimot at ingen av dagens ansatte må sies opp, og de er nesten sikre på at de på sikt kommer til å trenge flere.

«Sånn at man i en sånn fase som det her, med så mange hensyn å ta, så er det vanskelig å komme fram til noe eksakt i forhold til bemanning og hvordan man skal gjøre det. Det vet man ikke før man kommer.. Det svaret med to streker under, det vet man ikke før man begynner å drifte, og kanskje litt etter det, fordi det må gå seg til litt. Så det sånn kontinuerlig prosess egentlig» (Informant 4).

4.4.6 Ansvarsforhold

I den nye driftsmodellen ønsker partene å oppnå en felles enhet med felles ledelsesstruktur. For å få til det kreves det en omorganisering av virksomheten, som medfører at oppgavene og personalet til kommunene overføres fra kommunene til St. Olav. Dette innebærer at ansvaret for gjennomføring og levering av tjenestene skal overtas av sykehuset i samsvar med kommunenes forventninger. Disse forventningene skal reflekteres i samarbeidsavtalen.

Kommunene er lovpålagt å ha legevakt, men hvordan denne oppgaven blir løst i de ulike kommunene er opp til hvert enkelt kommunestyre. Legevakt er et sørge-for-ansvar kommunene har, og ikke kan gi fra seg. For å ha legevakt må man ha leger på vakt, og informantene sier at ute i distriktene begynner dette å bli vanskelig, og heller ikke i sentrale strøk er dette enkelt. En interkommunal legevakt og den nye mottaksfunksjonen er en måte å sikre et godt kvalitativt tilbud til innbyggerne i disse kommunene. Informantene gir uttrykk for at uten dette samarbeidet vil det for fastlegene i den enkelte kommunen være en stor vaktbelastning, slik at ingen vil ta det på seg det ansvaret. Når en funksjon som legevakt blir sentralisert, er en bakside for pasientene som bor langt unna at det blir lang reisevei. Dette er noe informantene forteller at må vurderes av hver enkelt kommune, altså om kommunene mener det er overkommelig. Informant 4 mener at det er en unison oppfatning at legevakt er noe kommunene vil løse sammen, og at dette gjør det enklere for kommunene å beholde fastlegene i kommunene.

Informant 5 forteller at de prehospitale tjenestene blir berørt av grenseoppgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, når det kommer til hvem som har ansvaret for helseberedskapen i distrikts Norge. Dette gjelder spesielt kommuner og steder som ligger i en viss avstand fra by/tettsteder, og kanskje der hvor sykehusene er plassert. Frem til nå har det vært basert på at det er ambulansetjenestens oppgave, og at de skal representere stedlig helseberedskap. I realiteten har spesialist - og kommunehelsetjenesten et likeverdig ansvar for dette, men de har ulike virkemidler. Den kommunale legevakta er blitt mer sentralisert, og

informant 5 opplever at det i liten grad har vært spørsmål fra kommunene om at helseforetakene synes det er greit at de flagger ut og drar sentralt og at det gjenværende beredskapsansvaret i stor grad tillegges ambulansetjenesten.

«(...) ingen stiller seg spørsmål i bakspeilet om kommunen for lenge siden har stukket i fra et ansvar som de i realiteten både hadde og fortsatt har. Derfor er min vinkling til dette overfor kommunene ikke å krangle med dem og si at vi har et likeverdig ansvar for stedlig forsvarlig helseberedskap, men det er vi felles om, vi må møte den utfordringen, holdt på å si, med hver våre virkemidler men ingen klarer å løse dette hver for oss» (Informant 5).

Legevaktsentral er en kommunal oppgave, som St. Olav Orkdal allerede har driftet på vegne av LiO-samarbeidet gjennom flere år. Det er noe som ifølge informantene har fungert bra, hvor den blir driftet av sykehuset med deres personell i sykehusets lokaler. Dette er basert på en eksplisitt samarbeidsavtale og en økonomisk oppgjørsavtale, uten at det berører ansvarsforholdet. Oppgjørsavtalen er ifølge informant 5 ikke basert på overhead, men faktisk fakturering av faktiske kostnader.

4.4.6.1 Driftsansvar

Informantene har gitt uttrykk for at en viktig del i arbeidet med å utarbeide en samarbeidsavtale, har vært å avklare ansvarsforholdene og hva som ligger i nettopp det at St. Olav tar på seg driftsansvaret. Utover å påta seg driftsansvaret for legevakt og KAD-senger, får St. Olav ansvaret for å organisere og utføre driften på en måte som sikrer at kommunens sørge-for-ansvar blir ivaretatt. Samtidig skal St. Olavs eget ansvar for akuttmottak og OBS-senger ivaretas. Sykehuset skal ifølge utkastet til avtale (pr. 08.02.18) planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere driften slik at gjeldende lover og forskrifter, samt nasjonale faglige veiledere og retningslinjer blir ivaretatt. Ansvar for budsjett og økonomisk resultat, arbeidsgiveransvar, ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser og koordinering knyttet til andre tjenester ligger hos St. Olav. Sykehuset får også ansvar for å sikre at pasienter og brukere får mulighet til å delta i pasienterfaringsundersøkelser. Disse erfaringene skal St. Olav formidle til kommunen, og i tillegg skal disse pasienterfaringene inngå i evalueringen av den nye ordningen.

I utkastet til avtalen står det også at St. Olav har ansvar for at nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen dokumenteres, og tilgangen til journalsystemet skal sikres gjennom eksisterende muligheter. Til slutt står det i avtalen at St. Olav må legge frem for kommunen eventuelle endringer de ønsker å foreta i organiseringen av drift av legevakt/mottak/KAD-senger, og disse må videre godkjennes av kommunen før endringene kan tre i kraft. Det står også at vertskommunen kan nekte godkjenning dersom endringen medfører at kommunen ikke kan oppfylle sitt sørge-for-ansvar og andre plikter i medhold av lov.

I forbindelse med at St. Olav blir ansvarlig for drift av kommunale oppgaver i tillegg til egen spesialisthelsetjeneste, blir St. Olav den parten som tar på seg den største risikoen, både bemanningsmessig og kostnadmessig. Informant 3 har gitt uttrykk for at styret i St. Olav er fullt ut innforstått med risikoen de påtar seg. Det er en risiko de er villige til å ta på seg fordi de mener dette vil være den beste løsningen, både for pasientene og driftsmessig for St. Olav. For kommunenes del kan det være lettere å si ja når de vet hvor risikoen er plassert/ligger.

4.4.6.2 Forvaltningsnivå

Informantene har erfaringsmessig sett at det er utfordrende for pasientene når sykehus og kommune har ulike forvaltningsnivå. Derfor er det blitt en viktig del i denne prosessen å se på hvordan man kan organisere dette for at det skal bli enklere. Informant 3 og 4 mener det er likegyldig for folk hvordan sykehuset og kommunene er organisert, og at det ikke spiller noen rolle for folk om de ligger i en kommunal - eller sykehusseng, så lenge de får hjelp. Spørsmålet flere av informantene har spurt seg er om man som kommune og sykehus, til tross for ulike forvaltningsnivå, kan få til enda mer sammen og gjøre ting enklere. Informant 5 sier at:

«Jeg har i alle år sagt at jeg synes det er kunstig skille, holdt på å si, i norsk helsetjeneste med at vi har denne forvaltningsmessige fordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, i alle fall når det gjelder øyeblikkelig hjelp» (Informant 5).

Informantene har flere argumenter for hvorfor sykehuset bør gjennomføre en omorganisering. Informant 5 ser for seg at det ligger en samfunnsøkonomisk effektivisering i det at pasientene med ett mottak vil få én inngang å forholde seg til. Slik som organiseringen har vært til nå, har den kommunale legevakta vært inn én dør, og sykehusmottaket inn en annen. På samme måte har de kommunale sengene og sykehussengene vært adskilt. Dette sier informantene at er et tungvint system for pasientene, som ikke helt forstår at det er et skille mellom kommunalt

mottak og sykehusmottak. Med flere innganger å forholde seg til, kan det være vanskelig for pasientene å vite hvor de skal. For eksempel kan dette medføre at de først sitter 2 timer på legevakt, og deretter 3 nye timer på akuttmottaket. Dette vil løses ved at legevakt og akuttmottak får samme inngang, og effektiviserer samtidig pasientenes tid. I forbindelse med dette sier informantene:

«Noen ganger så sier jeg at man skal være frisk for å være syk, fordi det er veldig mange overganger, veldig mange forskjellige folk å forholde seg til. Og målet var litt det her at pasienten i større grad skal oppleve dette her som en tjeneste» (Informant 4).

«For folk flest så er det jo egentlig knekkende likegyldig hvordan vi er organisert, bare det funker» (Informant 5).

Informant 3 og 4 trekker også frem det forvaltningsmessige skillet mellom KAD-senger og sykehussenger. Primærhelsetjenesten har ansvar for KAD, og spesialisthelsetjenesten har ansvaret for sykehussengene. På grunn av den lave beleggsprosenten på KAD-sengene, har sengene ofte stått ledig og de ansatte på sengeposten har hatt lite å gjøre. Sykehussengene har derimot hatt veldig høyt belegg, og innimellom har flere pasienter blitt lagt på korridor fordi det har vært fullt på rommene. Informant 4 sier at det har vært til frustrasjon fra sykehuset sin side når det er fullt hos dem, mens det på den andre siden av døren har stått ledige KAD-senger. Informant 3 og 4 sier at innimellom har sykehuset banket på døren hos KAD for å få hjelp til å ta unna pasienter.

«Da skylder vi på at reglene er sånn i stedet for å prøve å løse det. Og det er jo sånn generelt sett at de ulike forvaltningsnivåene, etter mitt syn da, er at vi er for flink til å skylde på at nei det er noen andre sitt ansvar, og skyver det over, fordi at nei det er spesialisthelsetjenesten det» (Informant 4).

Selv om St. Olav og kommunene går inn i en felles driftsmodell og ønsker å gjøre overgangen mellom forvaltningsnivåene mer sømløs, vil de fortsatt være forankret i hver deres lover og forskrifter. Ansvarsforholdet vil ikke endres. Informantene ser det nødvendig å ha en organisatorisk samarbeidsmodell, hvor man har klare kjøreregler for hvordan man skal samvirke, hvor et ansvar og en funksjonalitet begynner og slutter, og til syvende og sist;

hvordan kostnadene skal fordeles. Det gjenstår også å finne en god avtale hvor fastlegene blir ivaretatt som privat næringsdrivende:

«Fastlegene som skal fortsatt bemanne legevakta, de er privat næringsdrivende, innunder det kommunale ansvaret, styrt på en måte veldig mye av kontraktene de har inngått med kommunene også videre også videre.. Slik at vi er nødt til å lage en samarbeidsmodell og en kontraktsmodell på en måte, som ikke rører ved det som samfunnet har bestemt av ansvars plassering» (Informant 5).

4.4.7 Bygningsmessige tilpasninger

På et styremøte St. Olav hadde i desember 2017, ble det vedtatt at sykehuset på Orkdal skal bli utbedret og ombygget. Det er bevilget 53 millioner kroner til dette, og det er St. Olav som tar alle utgiftene i forbindelse med oppussingen. Ved Orkdal Sjukehus får de ikke bygge ut, bare bygge om. Dette gjør at de på grunn av bygningsmassen sykehuset har, har støtt på noen hindre under utredningsarbeidet. Det kommer frem i intervju at det mest hensiktsmessige hadde vært å ha OBS/KAD i B2-fløyen, i nærhet til akuttmottak/legevakt. Dette var i utgangspunktet planen, men på grunn av bygningsmassen de har, var ikke dette mulig. Dermed ble det bestemt at KAD-sengeposten skal være der den er i dag i fjerde etasje, og at OBS-posten skal etableres sammen med KAD. Sengeposten trenger ikke oppussing, da dette ble gjort i 2012 samtidig som KAD fikk plass i ledige lokaler i fjerde etasje.

For å kunne drifte et felles mottak, kreves det at de eksisterende lokalene i første etasje blir bygget om, og det er spesielt lagt vekt på lokalene rundt akuttmottak, ekspedisjon og hovedinngang. Oppussing av andre etasje skulle skje på bakgrunn av at KAD/OBS-sengene skulle bli flyttet til B2. Selv om det nå er planlagt å legge KAD/OBS-sengene i B4, er det helt nødvendig med tanke på dagens krav til standard på sengeenheter å pusse den opp. Denne avdelingen må være ferdig oppusset før de kan gå i gang med oppgradering av dagkirurgi i A2, på grunn av hensynet til midlertidig drift av senger i byggeperioden.

Under oppussingen av sykehuset skal det samtidig være normal drift. En ombygging av første etasje berører mange områder på sykehuset. Både informant 3, 4 og 5 er enige om at det å flytte ut i telt når dette begynner kan være en god ide. Det å etablere noe nytt i fellesskap og under marginale forhold, kan virke samlende da de ansatte er nødt til å jobbe tett sammen.

Informantene mener dette kan være en fin måte å starte det nye samarbeidet på, i tillegg til at det kan være en flott kulturbygning. Å flytte ut i telt under oppussingen kan også være det beste for pasientene og arbeiderne som skal jobbe inne på sykehuset, da det blir en del støy, bråk og støv. I tillegg vil oppussingsperioden kunne bli kortere om man tømmer alt og bygger om, enn om det skulle vært drift inne på sykehuset samtidig.

Uansett om kommunene i Orkdalsregionen vedtar avtalen eller ikke, vil det skje en ombygging av sykehuset på Orkdal, og de ansatte ved både kommune og sykehus kommer til å jobbe sammen. Sykehuset må pusses opp, da det er for dårlig slik det er i dag, og ifølge informant 3 er sykehuset nesten kondemnabelt. I tillegg er ombyggingen nødvendig for å kunne endre sykehusdriften på Orkdal. Dette er fordi de ønsker å gjøre om sykehusdriften til en elektiv driftsmodell og de vil ha større fokus på spesialisering av virksomheten. St. Olav har besluttet at en stor elektiv produksjon må ligge utenfor Øya, altså vil det per definisjon måtte ligge på Orkdal og på Røros. I den sammenheng ønsker man derfor å legge enda mer til rette for å styrke den elektive driften der, men samtidig har man et ønske om å ivareta et nærhetsøyeblikkelig tilbud til befolkningen.

4.4.8 Kvalitetsmessige gevinster

Partene har forventninger til at et sentralt felles mottak/legevakt vil føre til kvalitetsmessige gevinster for pasientene ved at et samarbeid vil forsterke kvaliteten på tjenestene. Intensjonen er å fjerne unødvendige barrierer med bedre tjenester og mer effektiv ressursutnyttelse. Det er også blitt argumentert med at det i det nye mottaket skal legges til rette for at pasientenes behandlingsbehov og oppfølging avklares tidlig, med hensyn til hjemsendelse, overføring til observasjon eller ved innleggelse i sykehus. I tillegg skal det også legges til rette for at det skal være minst mulig ventetid og behandlingstid i akuttmottaket.

Flere av informantene trekker frem at noe av grunnen til at man oppnår en stor kvalitativ gevinst for pasientene ved sammenslåing, ligger i det at kvaliteten på tjenestene blir hevet. Det blir et større fagmiljø og at man får en helt ny form for samhandling mellom de ansatte. Det vil blant annet være sykepleiere, helsesekretærer og ambulanspersonell som jobber der sammen, og lærer av hverandre. I tillegg trekker informant 3 frem at legene både på akuttmottak og legevakt vil komme til å jobbe mye tettere sammen når det blir en ny og felles mottaksfunksjon.

Det er blitt sagt at det med en ny mottaksfunksjon bør foreligge en arbeidsmetodikk basert på tilrettelagt og tett samarbeid om pasientens problemstilling. Det er derfor blant annet tenkt at det skal legges til rette for at kliniske opplysninger i akuttforløpet dokumenteres og videreføres i samme system, fordi dagens system gjør at kommunale legevaktsleger og sykehuslegene ikke har tilgang til samme journaler. Av den grunn må pasientene gjerne fortelle samme sykehistorie flere ganger. Dette oppleves av flere av informantene som sløsing med tid, både for pasientene og legene. De sier også at pasientene selv har uttrykt frustrasjon over at legevaktslegen ikke har innsyn i sykehusets journal, og omvendt. Dette er altså noe de argumenterer med at vil løses i den nye driftsmodellen.

I forbindelse med journalsystem har flere av informantene trukket frem den såkalte helseplattformen, som skal anskaffe og innføre ny elektronisk pasientjournal som skal være felles for kommunene og sykehusene i Midt-Norge (Helse Midt-Norge, u.å.). Helseplattformen er under utredning og kommer ikke til å være klar når St. Olav og kommunene starter sitt samarbeid. Som informant 3 sier, er det viktig at ting fungerer slik at man kan ha innsyn i hverandres systemer når samarbeidet starter, selv om ikke helseplattformen er på plass.

4.4.9 Rapportering, styring og internkontroll

En del i avtalen mellom Orkdal kommune og St. Olav går på rapportering, styring og internkontroll. I denne delen står det at St. Olav skal rapportere kvartalsvis til vertskommunen om økonomi, avvik, drift, og fordeling av bruk av OBS- og KAD-sengene. Videre er det presisert at for å sikre informasjon og tilbakemeldinger til alle kommunene i vertskommunesamarbeidet, skal St. Olavs rapportere til rådmannskollegiet to ganger i året. Dette skal være i forbindelse med årsoppgjør og budsjettprosess. Avtalen innebærer at partene er enige om å avholde samarbeidsmøter om ordningen hvert kvartal i kontraktperioden. Dersom vertskommunen ikke synes at styringsdokumentene St. Olav oversender er tilstrekkelige eller tilfredsstillende, har vertskommunen rett til å kreve innsyn i dokumentgrunnlaget for rapporteringen. Vertskommunen sikres også gjennom avtalen rett til å gjennomføre andrepert-revisjon av styringssystemet St. Olav etablerer, for å sikre forsvarlig drift av enheten. Vertskommunen får gjennom avtalen ansvar for å oversende årsrapporter og regnskap til deltakerkommunene, samt kvartalsvis rapport som vertskommunen mottar fra St. Olav.

4.5 Hovedfunn

For å kunne besvare vår problemstilling, har vi ut fra empirien presentert i dette kapitlet avdekket *tre* hovedfunn. Vi mener disse funnene danner et godt utgangspunkt for å kunne besvare hvilke argumenter som påvirker en beslutningsprosess om valg av organiseringsform for offentlige helsetjenester.

Funn 1: St. Olav og kommunene velger en løsning som til en viss grad er i motsetning til intensjonen med Samhandlingsreformen. Som regel velger kommunene de løsningene som staten har anbefalt, men i denne casen velger de derimot fullstendig outsourcing av legevakt og KAD.

Funn 2: Det er laget kalkyler som handler kun om produksjonskostnader, og ikke transaksjonskostnader. Empirien viser at informantene har ulik oppfatning av og tro på kalkylene, likevel blir de brukt i media og rundt om i kommunene for å legitimere og katalysere ny driftsmodell.

Funn 3: Sykehuset og kommunene har høy målkongruens og tillit mellom seg. I tillegg har de erfaring gjennom samarbeid i mange år, og har erfart behovet for et enda tettere samarbeid. Dette gjør at risikoen for opportuniste blir vurdert som liten.

5 Analyse

I dette kapittelet analyserer vi de empiriske hovedfunnene presentert i kapittel 4.5. Empirien vil her bli knyttet opp mot det teoretiske rammeverket vårt presentert i kapittel 2. Vi har hovedfokus på å drøfte funnene opp mot styringsutfordringer i perspektiv av agentteori og transaksjonskostnadsteori. Det er også drøftet opp mot styring i interorganisatoriske relasjoner i offentlig sektor. Kapittelet er delt inn i tre deler, hvor hver del inneholder en diskusjon/analyse av hvert hovedfunn.

5.1 Løsning i motsetning til Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen handlet i stor grad om at primærhelsetjenesten skulle ta over et ansvar som spesialisthelsetjenesten hadde hatt (Bredeli og Jensen, 2012). Med den nye driftsmodellen de er i gang med på Orkdal kommer derimot spesialisthelsetjenesten til å ta over driftsansvaret fra primærhelsetjenesten. Dette betyr at de på Orkdal gjør motsatt av hva staten anbefaler gjennom Samhandlingsreformen. Det kom frem gjennom informantene at de mener Samhandlingsreformen fungerer i de store byene, men at den ikke er egnet for små kommuner fordi de ikke har ressurser til det. Med Samhandlingsreformen la regjeringen opp til at kommunene selv skulle finne fram til samarbeidsformer som var godt egnet for å sikre en best mulig utnyttelse av kompetanse og ressurser (Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009). Man kan si at driftsløsningen de har valgt på Orkdal er overraskende, da de velger en helt annen organiseringsform enn andre kommuner. De mener at den løsningen de nå velger, vil være den beste for å utnytte ressurser og kompetanse, og samtidig den beste løsningen for pasientene.

Forvaltningsfilosofien i Samhandlingsreformen var at det innen helse skulle være et tettere samarbeid mellom kommune og stat. Dette kommer tydeligst til uttrykk gjennom ideen om bedre flyt i pasientforløpet, og det at pasientene skulle oppleve overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste som mest mulig «sømløs» (Opstad, 2013). En «sømløs» overgang mellom forvaltningsnivåene er et hovedfokus når det skal etableres et nytt samarbeid mellom St. Olav Orkdal og SiO, og man kan dermed anta at dette ikke har blitt oppfylt med Samhandlingsreformen. Dette betyr at det kanskje ligger noe bak informant 5 sin uttalelse om at Samhandlingsreformen var fin i tanke, men at den var svak i handling, og at den for det meste ble symbolpolitikk og ikke realpolitikk.

Samarbeids- og styringsmodellen i denne casen er unik i norsk sammenheng, da driftsløsningen til en viss grad står i motsetning til intensjonen med Samhandlingsreformen. Det som er unikt er at Orkdal kommune velger å outsource interkommunal legevakt og KAD-sengepost til Orkdal Sjukehus. St. Olav skal med andre ord være tjenesteleverandøren i en komplisert interorganisatorisk relasjon, eller det som litteraturen (Fallan og Pettersen, 2016) kaller en nettverksorganisasjon. St. Olav skal levere tjenester på vegne av kommunene, og i dette nettverket skal St. Olav Orkdal først og fremst inngå i en allianse med Orkdal kommune. Orkdal kommune er også i allianse med de øvrige kommunene, og skal være den aktøren som har dialog med dem (se figur 4.1).

Ettersom nettverksorganisasjonen består av mange aktører er det flere prinsipal- og agentrelasjoner i denne casen, som også kan betegnes som bestiller- og utførerrelasjoner (Pettersen *et al.*, 2008). Slike relasjoner har vi for eksempel mellom kommunene i SiO og Orkdal kommune, hvor det er 10 kommuner som fungerer som bestillere (prinsipal), og vertskommune Orkdal har rollen som utfører (agent) for disse kommunene. Orkdal kommune har hatt ansvar for å drifte legevakt og KAD på vegne av de andre kommunene i SiO. Dette ansvaret vil de fortsatt ha, men ifølge vertskommuneavtalen kan dette skje enten ved at Orkdal har egen drift eller en driftsavtale med St. Olav. Vertskommunen har bestemt at de ønsker å skille ut helsetjenesten, en spesiell tjeneste som krever særskilt kunnskap. Dermed blir det etablert en bestiller-utfører relasjon mellom St. Olav Orkdal og Orkdal kommune. Ved at St. Olav tar over driftsansvaret, vil spesialisthelsetjenesten ved St. Olav Orkdal ha rollen som utfører (agent) og vertskommunene Orkdal rollen som bestiller (prinsipal).

Med stor kompleksitet i modellen for drift, har utforming av en detaljert avtale mellom St. Olav og vertskommunen vært viktig i beslutningsprosessen. Delegering av ansvar er et mye diskutert emne i den politiske vitenskapen. Shapiro (2005) diskuterer hvordan prinsipaler som ønsker langsiktig engasjement og forpliktelse fra sine agenter, i forsøket på å skape en slags «selvforpliktelse» fra agenten, velger å styre på «armlengdes avstand» fremfor å velge tøffe insentiver og sanksjoner som viktigste styringsmekanisme. Shapiro (2005) referer her i størst utstrekning til relasjonen mellom myndigheter og offentlige etater, men det er likevel interessant å se at man i noen grad legger fokus på detaljerte kontrakter for å beskytte seg mot opportunistisk atferd og agentproblemer.

Agentteorien sier at agenten alltid er opportunistisk, mens i transaksjonskostnadsteorien er agenten uforutsigbar og kan opptre opportunistisk (Douma og Schreuder, 2013; Williamson, 1975, 1979, 1981). Selv om det tilsynelatende er liten risiko for at St. Olav vil opptre opportunistisk, er det fremdeles en risiko. Avtalen skal være med på å sikre kommunene at St. Olav «holder det de lover» og at de *ikke* vil opptre opportunistisk. I så måte kan man si at utformingen av avtalen i form av en detaljert (fullstendig) kontrakt mellom aktørene kan være med på å redusere faren for kjente agentproblemer og problemer tilknyttet transaksjonskostnadsteorien. Denne påstanden kan styrkes ved det faktum at i utredningen av mottaksfunksjonen deltok både representanter fra St. Olav og Orkdal kommune, noe som kan være med å forhindre at St. Olav utnytter avtalen til sin fordel ved å skjule informasjon (ex ante-opportunisme) i forkant av kontraktsinngåelse. I tillegg til avtalen, er St. Olav styrt av lover og forskrifter, som kan fungere som uomtvistelige kontrakter. Disse legger føringer for hvordan St. Olav kan drifte helsetjenestene.

Baiman (1990) hevder at informasjonsasymmetri sammen med agentenes aversjon mot ekstra innsats og risikoaversjon er det som ofte forhindrer at samarbeidsløsninger blir inngått, til fordel for vertikal integrasjon, eller det såkalte *make* alternativet. Dette er basert på sterke antakelser i agentteorien om egeninteresse og opportunisme, og at prinsipalen er risikonøytral mens agenten er risikoavers (Douma og Schreuder, 2013). I denne casen vil ikke dette nødvendigvis være realistiske antakelser, da prinsipalen (kommunen) ikke nødvendigvis er risikonøytral, men kanskje heller risikoavers, mens agenten (sykehuset) sannsynligvis er mer nøytral. Det vil i en case som dette, i outsourcingalternativet, oppstå informasjonsasymmetri hvor sykehuset som tjenesteleverandør og agent, vil ha privat informasjon om sin aktivitet. I følge agentteorien og transaksjonskostnadsteorien vil det finnes en risiko for opportunistisk atferd, av aktiv eller passiv art. Selv om kommunene outsourcer tjenesten vil de fremdeles ha et «sørge-for-ansvar» for at sine innbyggere mottar gode tjenester, slik sett bærer de risikoen for eventuell opportunisme fra tjenesteleverandørens side. Det interessante er at det her er faktorer utenom dette som synes å veie opp nedsidene ved samarbeidsløsningen. Samarbeidspartnerne utarbeider, som vist i forrige avsnitt, et relativt stramt kontraktuelt rammeverk. Dette fungerer som en *safeguard* mot opportunisme, og reduserer den opplevde usikkerheten knyttet til samarbeidsløsningen. En kompliserende faktor i dette tilfellet, er det Williamson (1975) kaller et *small-numbers-problem* (jf. seksjon 2.1). Dersom det skulle oppstå problemer hvor tjenesteleverandøren opptrer opportunistisk har ikke Orkdalsregionen en mengde andre aktører

de kan samarbeide med, det betyr at det er få alternativer til samarbeidet med St. Olav. Det eneste reelle alternativ er å levere tjenestene selv, noe som vil medføre betydelige investeringer.

På mange måter kan diskusjonen som har vært hos kommunene ses på som en problemstilling knyttet til om de skal *produsere* de kommunale helsetjenestene selv, om de skal *kjøre* dem av sykehuset, eller om de skal *alliere* seg med sykehuset. Altså det som i litteraturen (Anderson og Dekker, 2010; Mudambi og Tallman, 2010; Fallan og Pettersen, 2016) kalles en problemstilling knyttet til om kommunen skal *make-buy-or-ally*. Empirien i dette studiet viser imidlertid at problemstillingen i realiteten er langt mer komplisert enn den ordinære *make-or-buy*-tilnærmingen. Først og fremst er det mer komplisert fordi kommunene ikke har mulighet til å kjøpe tjenestene sine på det åpne markedet. Derfor er sykehuset den eneste alternative aktøren som kan tilby disse tjenestene (jf. avsnittet over). I tillegg er det ikke bare ett kunde-leverandør forhold, men mange aktører som inngår i denne kompliserte nettverksorganisasjonen. Alle aktørene ender opp med å alliere seg, men samtidig velger kommunene fullstendig outsourcing av tjenestene legevakt og KAD. Det er ikke snakk om enten *make, buy or ally*, men en kombinasjon av både *buy* og *ally*. Transaksjonskostnadsteorien har dessuten hovedfokus på den som skal ha tjenesten, altså kommunene, og ikke den som tilbyr tjenestene, som i dette tilfellet er sykehuset. Vi har valgt å ha fokus på både kjøper og tilbyder.

Når St. Olav virksomhetsoverdrar alle ansatte kan det oppstå informasjonsasymmetri, da St. Olav vil være den parten med best innsikt i produksjonsprosessene, og en kompetanse og nærhet til pasientene kommunene ikke har (Pettersen *et al.*, 2008). Dermed vil kommunene bære risikoen for opportuniste. Det finnes flere faktorer som veier opp for opportunisten som kan oppstå, som sammen gjør at outsourcingalternativet er aktuelt. Kommunen kjenner St. Olav godt gjennom et langt samarbeid, og har god informasjon om dem. De har bedre informasjon om samarbeidende aktører enn man sannsynligvis har ved interorganisasjonelle relasjoner i privat sektor. St. Olav har et omdømme å beskytte, og vil sannsynligvis ikke ha insentiver til opportuniste, da dette kan svekke deres omdømme. I tillegg har de kontrakter, som sammen med lover og forskrifter danner et rammeverk som står til hinder for opportuniste, slik at de unngår for eksempel feilfordeling av tjenester, dårlig tilgang til tjenester eller dårlig kvalitet.

5.2 Kostnadsberegninger

Kommunene er pålagt å utføre og administrere en rekke oppgaver i ulike sektorer, og med begrensede ressurser må gjerne prioriteringen av enkelte sektorer gå på bekostning av andre. Informantene og utredningen er klare på at dagens kommunale drift av helsetjenestene er alt for kostbar for kommunene. Det er et ønske å utnytte de ressursene de har på en bedre måte, og informantene mener at dette da kan gjøres ved at kommune og sykehus slår seg sammen, slik at man blant annet unngår dobbeltarbeid, og kostnadene reduseres. Dette er et av argumentene for at kommunene skal outsource tjenestene, og for at sykehuset skal drifte primærhelsetjenestene sammen med spesialisthelsetjenestene. Ved å outsource kommer kommunene til å slippe å betale for eksempel administrasjonskostnader og lønnskostnader på den måten de gjør i dag. De kommer fortsatt til å ha kostnader i forbindelse med lønn på KAD og legevakt, men de skal nå betale sykehuset for å gjennomføre disse oppgavene for seg. I tillegg skal kommunene fortsatt betale husleie til St. Olav.

I offentlige virksomheter blir ressursstyring sett på som den viktigste økonomistyringen. Hvor mye ressurser som kan forbrukes, er som oftest regulert gjennom kostnadsbudsjetter, bevilgninger og avviksanalyser. Arbeidskraft eller lønnskostnader blir sett på som det mest dominerende i mange offentlige institusjoner, og det er viktig med en fornuftig bruk av denne ressursen (Busch, Vanebo og Johnsen, 2009). Ressursstyring er veldig relevant i casen om Orkdal Sjukehus, og man kan se at det er lønnskostnader som står i sentrum av kostnadsberegningene. Med det kommer det frem at det har vært produksjonskostnader som har stått i sentrum for kalkylene som er brukt som argument i beslutningsprosessen, og ikke transaksjonskostnader. Ressursene som er benyttet for å finne frem til endelig valg av organiseringsform, er ikke hensyntatt. Det vil si transaksjonskostnader som er knyttet til for eksempel innhenting av informasjon til utredningen, forhandlinger av kontrakter, og eventuelle transaksjonskostnader som oppstår idet endelig beslutning blir fattet og kontroll av at kontraktene oppfylles (Williamson, 1981). Vi kan anta at det har vært slike transaksjonskostnader i forbindelse med valg av organisasjonsform, men det ser ikke ut til at de har hatt stor betydning.

Til tross for at kalkylene er brukt for å legitimere og sette i gang den nye driftsmodellen, viser empirien at informantene har ulik oppfatning om betydningen av de økonomiske beregningene. Den ene informanten mener det er vanskelig å ha noen konkrete beregninger uten at man har

en modell helt på plass. Kostnadsberegningene som eksisterer, er beregnet ut i fra lønn og årsverk, og en informant sier at besparelsen da kommer i form av mindre ansatte. To andre informanter mener derimot de trenger alle ansatte og på sikt flere, og at mye av besparelsen kommer i form av at det blir unngått dobbeltarbeid i legevakt og akuttmottak. Grunnen til at de ser så forskjellig på dette, kan være at informantene gjennom sine stillinger har ulike forhold til driften. De som jobber tett på driften vil kanskje ha bedre forutsetninger for å si noe om behovet for arbeidskapasitet, enn de som ikke gjør det.

St. Olav har bevilget penger fra sitt budsjett (overskudd) for å gjøre de bygningsmessige tilpasningene på Orkdal. Sykehusene får ikke lenger penger av staten til investeringer og bygningsmessige oppgraderinger eller endringer, så det faktum at St. Olav har gått i overskudd gjør at de kan bruke penger på å oppgradere Orkdal Sjukehus. St. Olav finansierer hele oppussingen av sykehuset. Dette vil være det mest naturlige, siden St. Olav eier sykehuset og kommunene bare er leietakere.

Transaksjonsspesifikke investeringer i forbindelse med legevakt og KAD er lave for SiO, da kommunene leier lokalene fra St. Olav. Dette er noe som gjør outsourcingalternativet mer aktuelt. For St. Olav sin del er oppussingen noe de gjør blant annet fordi de skal drive legevakt og KAD. I så måte er deler av investeringen transaksjons- og relasjonsspesifikk. Imidlertid er det, sannsynligvis, slik at de bygningsmessige investeringene vil ha en alternativ anvendelse utenom relasjonen med Orkdalsregionen. Utstyr og eventuelle mindre investeringer i ting, som for eksempel venterom og skranke, har sannsynligvis mindre alternativ anvendelse og høy grad av «asset specificity», men dette er begrensede investeringer. På denne måten er det trolig at St. Olav også vurderer den transaksjons- eller relasjonsspesifikke delen av investeringen som relativ lav og dermed forbundet med mindre risiko. Til tross for at sykehuset antakeligvis kan bruke lokalene alternativt (Williamson, 1979), så er oppussingen en atferd som tyder på at de har tenkt å fortsette å ha drift i mange år fremover. Risikoen for opportuniste (fra St. Olav mot SiO) er også meget lav dersom transaksjonsspesifikke investeringer er små for kommunens ståsted, da man ikke har investeringer som må safeguardes. Risikoen i dette tilfellet er knyttet til hva som skjer dersom tjenestene ikke leveres, eller innbyggerne i kommunen ikke mottar tjenestene eller får dårligere tilgang.

Med en begrenset mengde transaksjonsspesifikke investeringer, støtter Busch, Vanebo og Johnsen (2009) at det vil være mest hensiktsmessig for kommunene og St. Olav å danne en nettverksrelasjon. Dette kan sies å tilsvare beskrivelser i økonomistyringslitteraturen om bedrifter som inngår allianser med andre aktører, som beskrevet av blant andre Anderson og Dekker (2010). Partene i nettverksrelasjonen er knyttet sammen på en slik måte at hvis denne relasjonen oppløses, vil det bli et tap for de involverte partene (Busch, Vanebo og Johnsen, 2009). Kommunene i Orkdalsregionen er avhengig av hverandre når det kommer til drift av legevakt og KAD. Om denne relasjonen oppløses, vil det bli et tap for kommunene i form av økte kostnader. Det samme gjelder relasjonen som oppstår mellom Orkdal kommune og St. Olav, en relasjon der det er en forventning om at begge parter sparer penger. Oppløses denne, eller den ikke blir noe av, blir det dyrt for begge parter. I tillegg vil man ikke få de kvalitative gevinstene man regner med å oppnå, og det vil ikke bli noe bedre for pasientene. For kommunene er det ingen reell mulighet å trekke seg ut av samarbeidet, da de på mange måter «binder seg til masta». Det er det flere grunner til. Blant annet er St. Olav den eneste alternative aktøren som kan tilby helsetjenestene legevakt og KAD. Dessuten er det vanskelig å rekruttere legevaksleger til å sitte på vakt ute i distriktene med alt ansvar alene.

Det ser ut til at det er full enighet mellom vertskommunen og St. Olav Orkdal om hvordan de skal koordinere og løse det nye samarbeidet. Det er blitt laget kalkyler for hvordan innsparingene skal fordeles når de begynner å drifte. I kalkylen for legevakt og akuttmottak, fordeles innsparingen etter hvor stor andel av kostnadene hver av partene bærer, hvor det er tatt utgangspunkt i et «før-regnskap». Det er kommet frem til en fordeling på ca. 72 % til sykehuset og ca. 28 % til kommunene. Innsparingen for OBS og KAD skal fordeles etter hvor mange senger sykehuset og kommunene har, som er henholdsvis 7 OBS og 5 KAD. Fordelingen av effektivitetsgevinster, i tillegg til prinsipper for kostnadsfordeling, er en del av den kontraktuelle rammen. Dette har vært en viktig del for å sette i gang prosessen og legitimere den, selv om det til syvende og sist ikke ser ut til å ha vært avgjørende for valget om organiseringsform.

5.3 Målkongruens, tillit og samarbeid

Offentlige tjenesteproduserende organisasjoner har ifølge (Nyland og Pettersen, 2010) ikke et formål om å maksimere økonomisk overskudd eller resultat, men å anvende ressurser på en måte som gir best mulig velferd for brukere av offentlige tjenester. Formålet med økonomistyring er å styre organisasjonene til å nå målsettingene sine. Målene for både St. Olav og kommunene er sammensatt, og består av effektiv produksjon av helsetjenester, sikre god tilgjengelighet av disse og at tjenestene er kvalitativt gode. Kommunene og sykehuset har høy målkongruens, og når aktørene har ganske like mål vil det lite trolig være opportunistisk atferd blant partene.

Noe av intensjonen med samdrift for sykehuset og kommunene i mottaksprosjektet, er å få en mer effektiv ressursutnyttelse. Derfor virker det som at en viktig del i beslutningsprosessen har vært å få frem hvor effektiviteten hentes og hvordan dette skal gjøres rent praktisk. En del i å få tjenesten mer effektiv, er at St. Olav finansierer nødvendige bygningsmessige tilpasninger for å få til en felles mottaksfunksjon med ett kontaktpunkt for pasientene. Informantene mener at ombyggingen vil få ringeffekter i form av at det vil bli enklere å få til samarbeid og teamarbeid rundt pasientene. Dette vil gjøre tjenestene mer effektive og skape en bedre ressursutnyttelse, slik at aktørene forhåpentligvis kan spare penger. Samtidig er intensjonen at dette igjen vil spare tid både for pasientene og de ansatte, og sikre god tilgjengelighet og kvalitet på helsetjenestene.

Avtalen med St. Olav bør sikre at nettverksrelasjonen ikke fører til økt avhengighet mellom aktørene, og ubalanserte maktforhold mellom St. Olav og kommunene. Hvis dette mot formodning skulle skje, kan det ifølge Fallan og Pettersen (2016) svekke de økonomiske fordelene på sikt. For å unngå denne type styringsutfordringer er det viktig at St. Olav og Orkdal kommune har et tillitsforhold seg i mellom, og til de øvrige kommunene i samarbeidet. Dette tillitsforholdet kan ifølge Fallan og Pettersen (2016) skapes gjennom at aktørene gjør sine interne systemer synlige for samarbeidende aktører. St. Olav har presisert i samarbeidsavtalen at de skal sørge for rapportering av økonomi, avvik, drift, og fordeling av bruk av OBS og KAD-senger til Orkdal kommune. I tillegg får vertskommunen blant annet rett til å kreve innsyn i dokumentgrunnlaget for styringsdokumentene de mottar og andrepert-revisjon av styringssystemet. Dette er verktøy som vil kunne bidra til å minimere usikkerhet for alle kommunene, og dermed være et avgjørende ledd i beslutningsprosessen.

Selv om kommunene bare har en reell relasjonspartner, virker ikke *small-numbers* (Williamson, 1975) å være et problem i denne casen. Det er flere grunner til dette. Blant annet det som (Cäker og Siverbo, 2011) omtaler som *competence trust*. Sykehuset er en stor og legitim aktør med ekstrem spisskompetanse og spesialiserte kapabiliteter. Kommunene har antakelig en oppfatning av at tjenestetilbudet vil bli minst like bra og trygt som deres eget tilbud, og kanskje bedre. Dette betyr at *buy*, eller *ally* fremstår som mindre risikofylt. Selv om det bare er et fåtall aktører (*small-numbers*), har St. Olav et rykte å bevare og vil ikke tape ansikt. Dermed vil fallhøyden for helseforetaket være rimelig høy om det skulle vise seg at tilbudet blir dårlig. Det kan virke som en beskyttelse mot opportunisme, og være et argument for at kommunene vil (fortsette å) samarbeide med St. Olav. Hva opportunisme er og hva som kan redusere opportunisme, er tidligere drøftet i seksjon 5.1. I tillegg vil dette bli drøftet videre i neste avsnitt.

I et prinsipal-agent perspektiv vil tillit til agenten redusere behovet for kontrollmekanismer. Dette igjen vil senke prinsipalens transaksjonskostnader (Davis og Donaldson, 1997). Det betyr at dersom kommunene i denne casen har tillit til sykehuset som agent, vil det senke behovet for kontrollmekanismer, og samtidig vil det redusere kommunenes transaksjonskostnader. Det er mye som tyder på at kommunene har tillit til St. Olav, og det bryter på mange måter med den sterke antakelsen i agentteorien om opportunisme. (Williamson, 1975, 1979, 1981) er åpen for at ikke alle er opportunistiske, og i senere tid har tillit blitt mye viktigere i transaksjonskostnads-perspektivet. (Douma og Schreuder, 2013) sier at man bør fokusere på aktiviteter som bygger tillit, og dette er viktig både internt i og mellom organisasjoner. Sterk tillit reduserer den opplevde risikoen for opportunisme, og sammen med sterke safeguard i blant annet kontrakter, gjør det «outsourcingalternativet» mer aktuelt.

Prosessen de er i gang med på Orkdal har flere trekk fra post-NPM. Blant annet vil denne reorganiseringen ved å slå sammen offentlige organisasjoner, etterfølge ønsket i post-NPM om sentralisering og koordinering av det offentlige apparatet. Det blir en mer helhetlig og integrert forvaltning. Når to forvaltningsnivå samordner og koordinerer faglig og administrativ styring, har vi det som i litteraturen kalles horisontal styring (Opstad, 2013). Opstad (2013, s. 281) skriver at «skal vi ha et godt helsestell, må samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gå på skinner». Sykehuset på Orkdal og SiO har hatt samarbeid gjennom mange år, og de har erfart behovet for samarbeid. Blant annet har sykehuset driftet

legevaktsentralen for kommunene siden den ble etablert i 2007, og de senere årene har de hatt et samarbeid om blodoverføring. Begge partene har drevet side om side inne på sykehuset i flere år allerede, og har derfor et bedre grunnlag for helhetstenkning enn mange andre kommuner.

Det vil være en utfordring å samordne oppgaver og funksjoner når det kreves tilrettelegging og samarbeid på tvers av forvaltningsnivå (Opstad, 2013). At kommune og sykehus ikke er på samme forvaltningsnivå har gitt lite samkjøring knyttet til blant annet arbeidsfordeling. Det har resultert i en del dobbeltarbeid og en dårlig ressursutnyttelse. Selv om arbeidsoppgavene med KAD/sykehussenger og legevakt/akuttmottak har vært organisert under samme tak, har ikke de ulike funksjonene blitt samordnet på en god måte. Klarer man nå å få en bedre og tydeligere arbeidsfordeling, kan kvaliteten på tjenesten bli bedre for pasientene, i tillegg til at de ansatte vet hvem som skal gjøre hva. Dette vil være viktig når tjenestene blir slått sammen og alle er ansatt hos St. Olav, og det fortsatt er to ulike forvaltningsnivå som skal betjenes.

Det er også utfordringer knyttet til organisasjonskultur og det å få prosessen til å kulturelt falle sammen hos de ansatte fra ulike forvaltningsnivå, slik at de har en felles situasjonsforståelse og lik oppfatning av hva man skal oppnå. For å klare å gjennomføre denne prosessen kulturelt, må gamle tradisjoner brytes opp, slik at nye kan etableres. I tillegg skal det utarbeides nye rutiner og prosedyrer, slik at et samarbeid vil bli enklere. Ved å etablere en ny kultur vil det være lettere for de ansatte å oppleve at de er i samme båt, og interessene blir sammenfallende (Opstad, 2013).

6 Avslutning

I dette avsluttende kapittelet vil vi presentere en konklusjon på oppgavens problemstilling med utgangspunkt i hovedfunnene fra analysen. Deretter reflekterer vi rundt oppgavens bidrag, før vi til slutt presenterer forslag til videre forskning rundt oppgavens tema.

6.1 Konklusjon

Formålet med denne studien var å se på hvilke argumenter som påvirker en beslutningsprosess om valg av organiseringsform for offentlige helsetjenester. Gjennom funnene våre kommer det spesielt frem tre argumenter som har stått sterkt hos informantene; bedre ressursutnyttelse, mer effektiv drift og kvalitative gevinster.

Vertskommune Orkdal har valgt å skille ut de interkommunale helsetjenestene, legevakt og KAD. Organiseringen av dette vil bli etter en bestiller-utfører-modell, hvor det oppstår en prinsippal- og agentrelasjon mellom bestiller og utfører. Funnene våre indikerer at kommunene og St. Olav har høy målkongruens og tillit. Dette gjør at risikoen for opportunisme blir vurdert som liten, selv om fallhøyden er stor når det ikke finnes (eller finnes få) alternative løsninger, dersom samarbeidet skulle gå galt (jf. *small-numbers*-problem). Kommunene har høy grad av tillit til sykehusets kompetanse som tilbyder av helsetjenester. Dette er hva Cäker og Siverbo (2011) kaller *competence trust*. Kommunene kjenner St. Olav som en legitim aktør og vet hvilken kompetanse helseforetaket sitter på. Dermed er de sikre på at driften blir godt ivaretatt. St. Olav har også et sterkt omdømme, regionalt og i det norske helsevesenet. Dette vil sannsynligvis bidra til å redusere risikoen for opportunisme fra helseforetakets side. Det å opptre opportunistisk på en måte som vil sette relasjonen i fare, vil skade sykehusets omdømme. Særlig gjelder dette i en relasjon hvor man går på tvers av det som har vært de gjeldende politiske strategiene for organisering av denne typen kommunale helsetjenester. Samtidig har partene vært opptatt av å utforme en avtale som spesifiserer klart og tydelig hvilket ansvar St. Olav påtar seg og hvilket ansvar kommunen har i dette samarbeidet. Avtaleverket reduserer også faren for opportunistiske handlinger, og de mener at de har etablert safeguards som er hensiktsmessige og tilstrekkelige.

De økonomiske beregningene (kalkylene) har hatt stor betydning for å sette i gang prosessen og få gjennom den nye løsningen, selv om det ikke virker som at det er det som til syvende og

sist vil være avgjørende for om kommunene sier ja eller ikke. Kostnadsbesparelsene som fremgår i kalkylene er blitt brukt for å legitimere og katalysere ny driftsmodell, og det har vært store oppslag i media om at både St. Olav og kommunene vil spare millioner på å samarbeide. Vi har imidlertid funnet ut at informantene har ulik oppfatning av hvordan, og om, disse besparelsene blir realisert, til tross for at det er akkurat disse besparelsene som er fremlagt som et av argumentene for å samarbeide og omorganisere.

Ettersom kommunene allerede er vant til å samarbeide, og også har sett behovet for samarbeid med sykehuset, har de et godt grunnlag for å kunne argumentere for outsourcing av primærhelsetjenestene. Både kommune og sykehus har sett at dette vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse samt mer effektiv drift, som gjør at pasienter og ansatte ikke behøver å bruke like lang tid som de gjør i dag. Samordning og koordinering av tjenestene KAD/OBS og legevakt/akuttmottak på tvers av forvaltningsnivå, kan også være nødvendig av økonomiske hensyn for å kunne utnytte ressursene bedre. Aktivitetene blir samlet og man får et større fagmiljø som kan skape et bedre kvalitativt tilbud til pasientene. I tillegg er St. Olav, som statlig Universitetssykehus, en stor og solid aktør, og vil i større grad enn kommunene kunne takle usikkerhet. Disse to momentene kan ha betydning i en vurdering om man skal ha tilbudet i kommunal eller statlig regi (Opstad, 2013).

Det er ganske mange aktører som inngår i beslutningsprosessen i denne casen som skal involveres, og som beslutningen skal forankres hos. Med andre ord er det ingen enkel og oversiktlig prosess, da den omfatter mange interesser og hensyn, informasjon og usikkerhet (Jacobsen, 2013). En av informantene våre sa så fint at «tanken om noe felles er ganske enkel, men virkeligheten bak den er komplisert». Det har kommet frem at noe av det mest kompliserte i denne prosessen er at det er to forvaltningsnivå. Prosessen må gjennom flere styrebehandlinger, både hos helseforetaket, og gjennom lokalpolitiske og administrative prosesser hos kommunene. Dette gjør at beslutningsprosessen om organisering av helsetjenester er mye mer kompleks enn det som kommer frem i den ordinære *make, buy or ally-*problemstillingen.

Hensikten med den nye organisasjonsformen ved Orkdal sjukehus er å få bedre effektivitet i helsetjenestene, bedre ressursutnyttelse og kvalitative gevinster. Omorganiseringen av drift kan

derfor sies å være et ledd i å imøtekomme de fremtidige utfordringene helse- og omsorgstjenestene i Norge står overfor.

6.2 Studiens bidrag

Vi har et ønske om at denne masteroppgaven skal gi et bidrag til forskningen om hvordan en slik beslutningsprosess blir gjennomført og hvordan et samarbeid blir til. Det er interessant fordi denne type organisert, funksjonelt samarbeid mellom kommune og sykehus, aldri har vært gjennomført i samme målestokk i Norge før.

Oppgaven/vi viser kompleksiteten i en prosess rundt hvordan helsetjenestene skal organiseres (*make-buy-ally*). Det er et vell av muligheter tilgjengelig for kommunene (og helseforetakene). Denne oppgaven gir et innblikk i hvilke faktorer som påvirker en slik beslutning. Oppgaven demonstrerer også at økonomiske teorier, som agentteori og transaksjonskostnadsteori, gir viktig innsikt i slike prosesser – selv om de strenge teoretiske antakelsene ikke nødvendigvis er realistiske i slike situasjoner. Oppgaven viser også at det er mange betraktninger som skal gjøres, og at mange ting må på plass i etableringen av en styringsstruktur for outsourcingalternativet, som for eksempel kontrakter, ansvarsfordeling, forvaltningsnivå, ansatte, kostnadsfordelinger og innsparingsfordeling.

Det er vist i oppgaven at kalkyler spiller en viktig rolle i å skape reelle handlingsalternativer – det tilfører styrke til outsourcing som alternativ for legevakt og KAD, og ble et sterkt argument for valget, selv om det er ulike oppfatninger blant informantene om hvordan kalkylene skal bli en realitet.

6.3 Forslag til videre forskning

I arbeidet med denne studien har vi sett flere aspekter ved beslutningsprosessen om organisering av helsetjenester, som det vil være interessant å forske videre på. Det vil være spennende å se på hvordan dette samarbeidet fungerer i praksis når de har bygget om og har begynt å drifte. Dette kan eksempelvis gjøres ved longitudinelle casestudier for å forstå driftsfasen. Spesielt vil det være interessant å se på hvordan det fungerer med lovene når det er ulike forvaltningsnivå,

om de klarer å skille KAD og OBS pasienter, og hvordan denne prosessen har vært for de ansatte.

Et annet forslag til videre forskning er å studere samarbeidsklimaet mellom aktørene i et lengre perspektiv enn det vi har hatt tid til i denne studien. Det vil også kunne være viktig å se på hvordan den reelle oppfølgingen av kontrakter foregår i et langsiktig perspektiv. Kanskje kan det i tillegg være behov for oversiktsstudier, for eksempel der legevakt og KAD er organisert på mange forskjellige måter. Man trenger kanskje å vite mer om organisasjonsformer, erfaringer og konsekvenser. Har det noen betydning for kostnadsnivåer, kvalitet og tilgjengelighet om man velger *make, buy or ally*? Forandrer det innbyggernes tilgang til helsetjenester?

Det er også en mulighet å se på om det har noen demokratiske konsekvenser at sykehuset overtar. Interkommunale samarbeid har blitt kritisert for å forvitte lokaldemokratiet, ved at de folkevalgte i de ulike kommunene har mindre råderett over innholdet og utformingen av tjenestene. Teoretisk kan vi kalle det et «tap av kontroll» over egne tjenester (jf. sørge-for-ansvar, som er de folkevalgtes i ytterste konsekvens). Kan det ha konsekvenser for lokaldemokratiet at St Olav, og dermed RHFet skal fatte beslutninger om de kommunale tjenestene? Det er en meget interessant diskusjon, og kanskje er det et område for videre forskning.

Referanseliste

- Anderson, S. og Dekker, H. (2010) Accounting in Networks - The Transaction Cost Economics Perspective, i Håkansson, H., *et al.* (red.) *Accounting in networks*. New York: Routledge, s. 235-268.
- Baiman, S. (1990) Agency research in managerial accounting: A second look, *Accounting, Organizations and Society*, 15(4), s. 341-371. doi: 10.1016/0361-3682(90)90023-N.
- Befring, A. K. (2017) *Helse- og omsorgsrett*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bowen, G. A. (2009) Document Analysis as a Qualitative Research Method, *Qualitative Research Journal*, 9(2), s. 27-40. doi: 10.3316/QRJ0902027.
- Bredeli, E. og Jensen, A. (2012) *Samhandlingsreformen. Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre*. (SSB-notat 13/2012). Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201213/notat_201213.pdf (Hentet: 13.04.2018).
- Busch, T. (2005) Konkurransen, økonomi og effektivitet *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 98-106.
- Busch, T., Vanebo, J. O. og Johnsen, E. (2009) *Økonomistyring i det offentlige*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Caglio, A. og Ditillo, A. (2008) A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future directions, *Accounting, Organizations and Society*, 33(7-8), s. 865-898. doi: 10.1016/j.aos.2008.08.001.
- Christensen, T. *et al.* (2014) *Forvaltning og politikk*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Christensen, T. *et al.* (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Coase, R. H. (1937) The Nature of the Firm, *Economica*, 4(16), s. 386-405. doi: 10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x.
- Cäker, M. og Siverbo, S. (2011) Management control in public sector Joint Ventures, *Management Accounting Research*, 22(4), s. 330-348. doi: 10.1016/j.mar.2011.08.002.
- Davis, J. og Donaldson, L. (1997) Toward a stewardship theory of management, *Academy of Management review*, 22(1), s. 20-47. doi: 10.2307/259223.
- Dekker, H. C. (2016) On the boundaries between intrafirm and interfirm management accounting research, *Management Accounting Research*, 31, s. 86-99. doi: 10.1016/j.mar.2016.01.001.

- Den norske legeforening (2014) *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Tilgjengelig fra:
<https://legeforeningen.no/PageFiles/176624/140507%20KAD%20veileder.pdf>
(Hentet: 22. mars 2018).
- Douma, S. og Schreuder, H. (2013) *Economic approaches to organizations*. 5. utg. Harlow: Pearson Education.
- Fallan, L. og Pettersen, I. J. (2016) *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier : endrede perspektiver på atferd, koordinering og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ford, D. og Håkansson, H. (2010) Accounting and Inter-Organisational Issues, i Håkansson, H., et al. (red.) *Accounting in Networks*. New York: Routledge, s. 14-32.
- Hansen, T. (2017) *New Public Management*, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra:
https://snl.no/New_Public_Management (Hentet: 19.03.2018).
- Haugskott, M. L. og Lambine, T. S. (2017) *På sporet av KAD? En kartleggingsstudie av samarbeid om kommunal akutt døgnenhet*. Masteroppgave, NTNU Handelshøyskolen i Trondheim.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven> (Hentet: 09.03.2018).
- Helse Midt-Norge (u.å.) *Helseplattformen - én journal for hele helsetjenesten i Midt-Norge*
(Hentet: 17.04.2018).
- Helsedirektoratet (2017) *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren*. (IS-nummer: IS-2712).
Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1430/Nokkeltall-for-helsesektoren-2016-IS-2712.pdf> (Hentet: 23.02.2018).
- Hood, C. (1995) The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a theme, *Accounting Organizations And Society*, 20(2-3), s. 93-109.
- Hopwood, A. G. (1996) Looking across rather than up and down: On the need to explore the lateral processing of information, *Accounting, Organizations and Society*, 21(6), s. 589-590. doi: 10.1016/0361-3682(96)81805-8.
- Håkansson, H. og Lind, J. (2004) Accounting and network coordination, *Accounting, Organizations and Society*, 29(1), s. 51-72. doi: 10.1016/S0361-3682(02)00058-2.
- Håkansson, H., Kraus, K. og Lind, J. (2010) *Accounting in networks*. New York: Routledge.
- Jacobsen, D. I. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.

- Jacobsen, D. I. (2014) *Interkommunalt samarbeid i Norge : former, funksjoner og effekter*. Bergen: Fagbokforl.
- Jensen, B. (2014) Samarbeid mellom kommuner og interkommunalt samarbeid, *Fagbladet samfunn og økonomi*, (nr. 5), s. 32-41.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forl.
- Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2010) *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzel.
- Kraus, K. og Lindholm, C. (2010) Accounting in Inter-Organisational Relationships within the Public Sector, i Håkansson, H., *et al.* (red.) *Accounting in Networks*. New York: Routledge, s. 113-148.
- Lukka, K. og Kasanen, E. (1995) The problem of generalizability: anecdotes and evidence in accounting research, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 8(5), s. 71-90. doi: 10.1108/09513579510147733.
- Mudambi, S. M. og Tallman, S. (2010) Make, Buy or Ally? Theoretical Perspectives on Knowledge Process Outsourcing through Alliances, *Journal of Management Studies*, 47(8), s. 1434-1456. doi: 10.1111/j.1467-6486.2010.00944.x.
- Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forl.
- Nyeng, F. (2017) *Hva annet er også sant? : en innføring i vitenskapsfilosofi*. Bergen: Fagbokforl.
- Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2010) Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold?, *Magma*, 4.
- Olsen, S. L. (2004) *St. Olavs Hospital - Avdeling OSS - fra lokalsykehus til universitetsklinikk i Orkdal*. St. Olavs Hospital HF. Tilgjengelig fra: <http://docplayer.me/9414300-St-olavs-hospital-avdeling-oss-fra-lokalsykehus-til-universitetsklinikk-i-orkdal.html>.
- Opstad, L. (2013) *Økonomistyring i offentlig sektor*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pettersen, I. J. *et al.* (2008) *Økonomi og helse*. 2. utg. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Regjeringen (2011) Samarbeid mellom kommuner. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeid-mellom-kommuner/id650121/> (Hentet: 16.05.2018).
- Regjeringen (2014a) *De regionale helseforetakene*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/> (Hentet: 23.03.2018).

- Regjeringen (2014b) *Legevakt og akuttmedisin*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/legevakt-og-akuttmedisin/id441858/> (Hentet: 16.04.2018).
- Regjeringen (2014c) *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/> (Hentet: 23.03.2018).
- Saunders, M. N. K., Lewis, P. og Thornhill, A. (2016) *Research methods for business students*. 7. utg. Harlow: Pearson.
- Shapiro, S. P. (2005) Agency Theory, *Annual Review of Sociology*, 31, s. 263-284. doi: 10.1146/annurev.soc.31.041304.122159.
- Skjesol, H. (2018) Vil investere millioner i Orkdal sjukehus, *Adresseavisen*, 5. januar, s. 10.
- Statistisk sentralbyrå (2016) *Helseregnskap, 2015*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-03-14> (Hentet: 22. mars 2018).
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/> (Hentet: 13.04.2018).
- Swanson, J., Alexandersen, N. og Hagen, T. P. (2015) *Kommunale akutte døgnenheter, legeberedskap og avstander*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sve/d/08.pdf> (Hentet: 16.04.2018).
- Tjora, A. H. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Williamson, O. E. (1975) *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications: a study in the economics of internal organization*. New York: Free Press.
- Williamson, O. E. (1979) Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations, *The Journal of Law and Economics*, 22(2), s. 233-261. doi: 10.1086/466942.
- Williamson, O. E. (1981) The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach, *American Journal of Sociology*, 87(3), s. 548-577. doi: 10.1086/227496.

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Legevakta i Orkdal”

Bakgrunn og formål

I forbindelse med masterstudiet i økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen i Trondheim skal studentene gjennomføre et forskningsprosjekt. I den anledning ønsker vi å undersøke ansvars- og kostnadsfordeling i forbindelse med at St. Olav tar over driften av legevakta i Orkdal og sammenslåingen av akuttmottak og legevakt.

Vi ønsker derfor å intervju deg, siden vi er av den oppfatning at du kan sitte på relevant og nyttig informasjon i forbindelse med dette.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å gjøre en beskrivende studie av ansvarsfordeling og kostnadsberegningene som er gjort i forbindelse med at St. Olav overtar driften av legevakta i Orkdal. Derfor er det ønskelig å intervju 5-10 personer som har en sentral rolle i forbindelse med dette.

Intervjuet vil ha en varighet på omtrent 1 time, og det vil bli brukt en intervjuguide med spørsmål knyttet til temaet vårt. Det vil bli brukt en lydopptaker under intervjuet så fremt informanten gir samtykke til dette. Tid kommer til å bli avtalt med hver enkelt respondent. Det er ønskelig at samtalen foregår uforstyrret.

Spørsmålene som stilles vil omhandle informantens aktuelle stilling og arbeid med/rundt avtalen og/eller beregninger gjort i forbindelse med dette. Spørsmålene vil avhenge av hvilken stilling informanten har.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger og data på dette intervjuet vil kun behandles av oss samt at våre veiledere, Kari Nyland og Per Christian Ahlgren, vil ha tilgang til dette. Informasjonen vil bli lagret på privat pc, og det vil bli lagret adskilt fra øvrig data.

Navn og sitater kan forekomme i oppgaven dersom dette godkjennes av deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 24.05.2018. Opptak og det vi har av datamateriale vil bli anonymisert etter sensur på masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Emma Berg Myhre (tlf: xxxxxxxx) eller Maria Dalen Lerånd (tlf: xxxxxxxx). Våre veiledere kan også nås, Kari Nyland (tlf: xxxxxxxx) og Per Christian Ahlgren (tlf: xxxxxxxx)

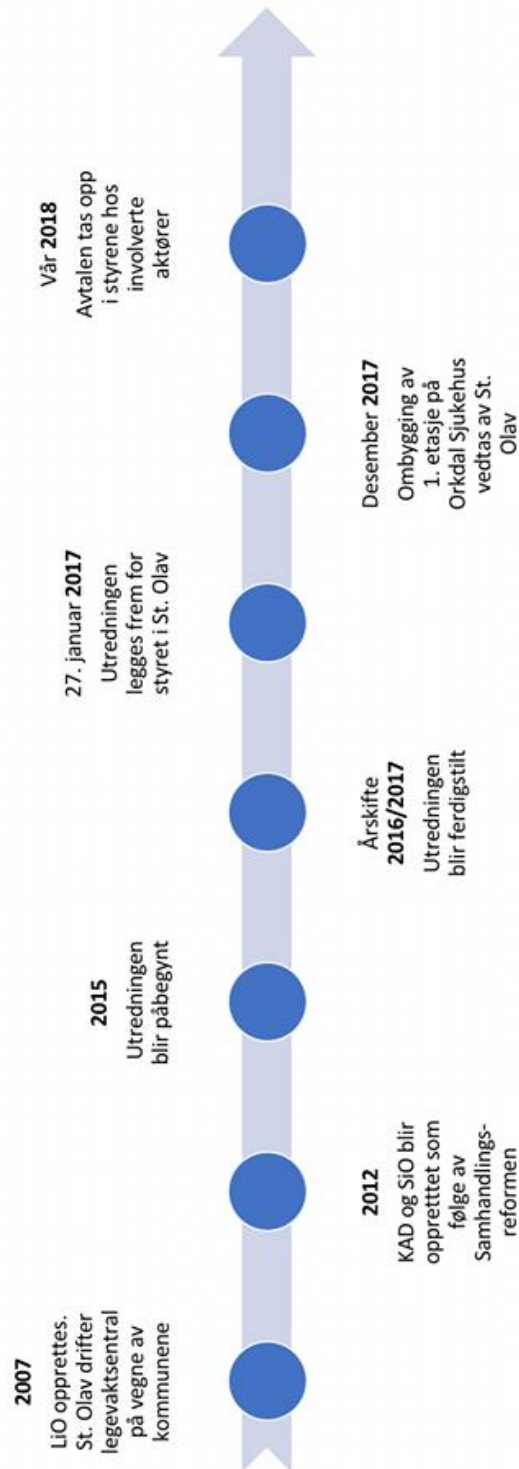
Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Tidsakse for de mest sentrale hendelsene ved Orkdal Sjukehus.



Vedlegg 3: Notat besparelse

Besparelse Orkdalsutredning felles mottaksenhet

I denne beregningen er kun lønnskostnader beregnet, en forutsetter at andre kostnader blir lik.

Dagens situasjon:

I dag har Orkdal kommune en lønnskostnad på SIO-sengepost på ca. 11.4 mill kr. Ved å nedskalere dette til 5 senger blir dette en kostnad på ca. 8.1 mill. kr. Dette betyr at 3.3 mill. blir «igjen» i kommunen som besparelse og ikke tatt med den videre i beregningene. Kostnaden til administrasjon med SIO (avdelingsleder) er også holdt utenfor. Legevaktssentralen har en lønnskostnad på ca. 7.4 mill. kr. I sum gir dette en kommunal kostnad på ca. 15,5 mill. kr.

Sykehuset har en kostnad på pleie inkl. kreftpoliklinikken til ca. 107 mill. kr. Akuttmottaket har en kostnad på ca. 25 mill. kroner. Vi gjør et fratrekk fra denne kostnaden på ca. 6.4 mill. kr. som tilhører legevaktstelefonen. Dette er en kostnad som viderefaktureres til kommune.

Ny kostnad, etablere obs.senger+KAD-senger, sammen med B2 i 2. etasje.

Dette tiltaket vil kunne gi en besparelse på ca. 3,9 mill kr. samlet sett for sykehuset og kommunen.

Dagens pleiekostnad	107 033					
Kommunal kostnad	8 143	(5 senger)				
Sum kostnad	115 176					
Ny kostnad	111 290	drift av både kommunale og sykehussenger				
Besparelse	3 886					

De 7 kommunale sengene som har vært driftet før har hatt en veldig høy kostnad pr. seng, da det er dyrt å drive små sengeposter. I og med at vi har tatt ut 2 senger fra regnestykket har kommunen i så måte allerede «tatt ut» ca. 3.3 mill kr. i besparelse.

Ved å legge til grunn nye bemanningsplaner for den nye driften får vi en total kostnad som er ca. 3.9 mill. lavere enn ved dagens kostnad. For St.Olavs hospital sin del må personell flyttes fra sengeposter til obs.posten for å kunne finansiere driften ved den nye obs.posten. Dette har vist seg i mange sammenhenger å være vanskelig å gjennomføre, så her vil St.Olavs hospital sitte med en stor risiko. Utfordringer knyttet til heltid/deltid er heller ikke problematisert. Med dette som bakteppe foreslår vi følgende fordelingsnøkkel:

- Innsparingen på 3.9 mill. kr. fordeles andelsmessig basert på antall senger i den nye enheten

- 7 obs.senger
- 5 KAD-senger
- St.Olavs hospitals innsparing blir ca. 2.2 mill. kr.
- Kommunens innsparing blir ca. 1.6 mill. kr.

Akuttmottaket/legevakt

Sykehusets kostnad	18 600	<i>fratrukket 6.4 mill. som viderefaktureres til kommune for legevaktstelefon)</i>			
Kommunal kostnad	7 411				
Sum kostnad	26 011		Sykehusets andel	72 %	
Ny kostnad	20 400		Kommunen	28 %	
Besparelse	5 611				

Fordelingsnøkkelen her vil være kostnadsbasert og gi en besparelse som følger:

- St.olavs hospital: ca. 4 mill.
- Kommunen: ca. 1.6 mil.

Sum besparelse:

Sum besparelse St.olavs hospital: 6.3 mill.

Sum besparelse kommunen: 3.2 mill.

(i tillegg har kommunen allerede spart 3.3 mill. kr. basert på at 2 senger er tatt ut av regnestykket)

Det forutsetts ingen endring i husleie for sengedelen, men vi skal vurdere husleie i første etasje.