

Ståle Asphaug

Ny prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester

En komparativ studie av ulike beslutningsnivå i Trondheim kommune - med utgangspunkt i eldre pasienter.

Masteroppgave i Master of Public Administration

Veileder: Leiv Opstad

Mai 2021

Ståle Asphaug

Ny prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester

En komparativ studie av ulike beslutningsnivå i Trondheim kommune - med utgangspunkt i eldre pasienter.

Masteroppgave i Master of Public Administration
Veileder: Leiv Opstad
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne oppgaven markerer at MPA studiet ved NTNU går mot slutten. Det har vært en interessant periode som har vært utviklende og lærerik. Vi er inne i en pandemi som har vært svært krevende. Spesielt i forhold til mitt arbeid innenfor helsesektoren. Men også privat har det gitt en del nye utfordringer med omstilling for hele familien. Vi har kommet oss godt igjennom det så langt. Målet framover må være å fortsette det gode arbeidet.

I denne oppgaven vil jeg først takke Trondheim kommune og min nærmeste leder Kari Anita Johansen. Min arbeidsgiver har støttet meg gjennom hele studiet og gitt meg lønnet permisjon for å kunne gjennomføre det. Min nærmeste leder har vært svært fleksibel og lagt til rette for deltakelse på samlinger, reiser og oppgaveskriving. Uten en slik støtte hadde dette studiet ikke vært mulig.

Takk til alle informantene som har bidratt til å gjøre denne oppgaven mulig. Jeg har lært mye av de personene jeg har snakket med og fått et godt faglig utbytte av informasjonen de har kommet med.

Takk til min veileder Leiv Opstad. Gode samtaler gjennom hele studiet og refleksjon over ulike problemstillinger har vært svært nyttig. Det har gitt meg nye perspektiv på flere områder.

Videre vil jeg også takke mine medstudenter på MPA studiet. For en fin gjeng å være sammen med. Gode diskusjoner og sosiale samlinger har vært viktige bidrag for å holde motivasjonen oppe gjennom studiet.

Til slutt vil jeg takke min kjære Unni. Du har vært tålmodig og støttende hele tiden. Uten ditt bidrag gjennom disse årene hadde dette blitt vanskelig. Tusen takk.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, mai 2021

Ståle Asphaug

Sammendrag

Regjeringen ønsker at hele landet skal ha felles prinsipper for prioritering ved tildeling av helse og omsorgstjenester. Denne oppgaven har valgt å se nærmere på hvordan ulike beslutningsnivå i en kommune forstår dette arbeidet. Dette er gjort ved en komparativ studie av ulike beslutningsnivå i Trondheim kommune – med utgangspunkt i eldre pasienter. Ved å se på deres forståelse av arbeidet med prioritering er det prøvd å finne svar på forskningsspørsmålet:

Hvordan forstås de nye prinsippene for prioritering og vil de kunne føre til forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune?

Med utgangspunkt i teori er det forsøkt å forstå hva som kan ligge til grunn for forståelsen av de nye prinsippene for prioritering og hva som kan være årsakene til at de kan gi en forskjellig prioritering. Dette er forsøkt belyst gjennom et komparativt forskningsdesign der dokumentanalyse og intervju har vært metodene for datainnsamling. Studien her har sett nærmere på offentlige dokumenter som er svært sentrale og samtaler med informanter på faglig, administrativt og politisk nivå i Trondheim kommune.

Det er gjort tre hovedfunn i denne oppgaven:

- 1) De ulike beslutningsnivåene i en kommune kan ha ulik forståelse av de nye prinsippene for prioritering.
- 2) De nye prinsippene for prioritering kan gi forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune.
- 3) Det er behov for bedre dokumentasjon og mer forskning på for å kunne tydeliggjøre effekten av de prioriteringene som gjøres.

Abstract

The Government of Norway wants the whole country to have common principles for prioritization when allocating health and care services. This thesis has chosen to look at how different decision levels in a municipality understand this work. This has been done by a comparative study of different decision levels in Trondheim municipality – based on elderly patients. By looking at their understanding of the work with prioritization, an attempt has been made to find an answer to the research question:

How are the new principles for prioritization understood and will they lead to different prioritization between the different decision levels in a municipality?

Based on theory an attempt has been made to understand what may underlie the understanding of the new principles for prioritization and what may be the reasons why they may give a different priority. This is conducted with a comparative research design where document analysis and interviews have been the methods for data collection. This study has looked closely at public documents that are very central and conversations with informants at professional, administratively and political level in Trondheim municipality.

Three main findings have been made in this thesis:

- 1) The different decision levels in a municipality may have different understandings of the new principles for prioritization.
- 2) The new principles for prioritization can give different priorities between the different decision-making levels in a municipality.
- 3) There is a need for better documentation and more research to clarify the effect of the priorities that are made.

Figurer i oppgaven

Figur 1	Aldersutfordringen, (Meld. St. 29, 2017).
Figur 2	Velferdsstatens verdier, (NOU 2018:16, 2018).
Figur 3	Optimal tilpasning, (Opstad, 2013).
Figur 4	Anslått effektiviseringspotensial, (Meld. St. 29, 2017).
Figur 5	Situasjonsavhengig styringsmodell, (Ouchi, 1979) og (Opstad, 2013).
Figur 6	Prinsipal – agent modell, basert på (Opstad, 2013).
Figur 7	Niskanens modell, (Opstad, 2013).
Figur 8	Produksjonsmodell for offentlige tjenester, (Johnsen, 2007).
Figur 9	Interaksjonsmodell, (Svara, 2001).
Figur 10	«Den onde sirkelen av Melander, (Zeuthen Bentsen, 1999).
Figur 11	Undersøkellesprosess, basert på (Jacobsen, 2015).
Figur 12	SDI, (Tjora, 2017).

Tabeller i oppgaven

Tabell 1	Beslutningsnivå, (NOU 2018:16, 2018).
Tabell 2	Ontologi, (Jacobsen, 2015).
Tabell 3	Metode, (Gall, Gall & Borg, 1996).
Tabell 4	Forskningsstrategi, (Bryman, 2012).

Innhold

Forord.....	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Figurer i oppgaven	IV
Tabeller i oppgaven	IV
1. Innledning	1
1.1 Aldersutfordringen i befolkningen	1
1.2 Motivasjon for oppgaven	2
1.3 Definisjoner og begreper.....	3
1.4 Felles prioriteringer	4
1.5 Prioriteringer i kommunene	5
1.6 Forskningsspørsmål	6
2. Teoretisk perspektiv.....	7
2.1 Velferdsstaten og offentlig sektor.....	7
2.2 Mål og resultatstyring	9
2.3 Styringsmodeller.....	10
2.4 Prinsipal-agent teori.....	12
2.5 Public choice og Niskanens modell	13
2.6 Måleproblemet.....	15
2.7 Politisk styring og administrativ uavhengighet	16
2.8 Forskjellige verdener	17
2.9 Oppsummering	18
3. Metode	19
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming	19
3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning.....	21
3.3 Forskningsstrategier og design.....	22
3.4 Valg av metode.....	22
3.5 Datainnsamling.....	23
3.5.1 Dokumentanalyse	24
3.5.2 Dybdeintervju	24
3.6 Analyse og tolkning av data.....	26
3.6.1 Koding	27
3.6.2 Dataanalyse	27
3.7 Tolkning og kvalitet.....	28
3.8 Etikk	29
4. Empiri og sekundærdata	30

4.1 Meld. St. 34 Verdier i pasientens helsetjeneste	30
4.1.1 Utdfordringer ved prioritering.....	30
4.1.2 Hovedkriterier for prioritering	31
4.2 NOU 2018:16 Det viktigste først	33
4.2.1 Forskjeller i prioriteringene	34
4.2.2 Beslutningsnivåer i kommunen	35
4.3 Dybdeintervju	38
4.3.1 Faglig nivå	39
4.3.2 Administrativt nivå	44
4.3.3 Politisk nivå.....	48
5.0 Analyse og diskusjon	52
5.1 Prioriteringer	52
5.1.1 Ulike prioriteringer	53
5.1.2 Mellom og innenfor tjenesteområdene	55
5.1.3 Samarbeid og nye kriterier	56
5.1.4 Bedre prioritert.....	57
5.2 Kriterier	57
5.2.1 Forskjellig vektlegging av kriteriene	57
5.2.2 Bruken av kriteriene	59
5.2.3 Riktig nivå på tjenestene.....	61
5.2.4 Kriterier og resultatene.....	63
5.2.5 Bedre tjenester og mulig utfordringer	64
5.3 Generelle erfaringer	66
5.4 Oppsummering	67
6.0 Konklusjon – videre arbeid	69
6.1 Konklusjon.....	69
6.2 Svakheter ved studien	70
6.3 Veien videre - videre forskning	71
Referanser	72
Vedlegg	i
Vedlegg 1 Informasjonsskriv.....	i
Vedlegg 2 Intervjuguide.....	iv

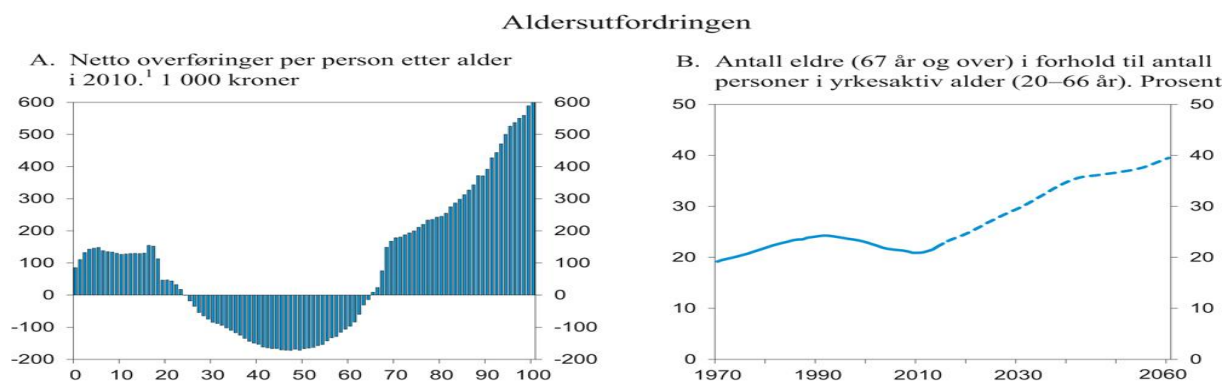
1. Innledning

I Norge har regjeringen som mål å skape gode og trygge helsetjenester for alle innbyggerne i landet. Det er ønskelig at det skal være felles prinsipper for prioritering av helsetjenester i hele landet. Tidligere har Stortinget vedtatt dette for spesialisthelsetjenestene. Kommunene har ikke vært en del av de nasjonale prinsippene for prioritering. Nå har dette vært ute til høring og det anbefales at dette også vedtas for kommunene. På bakgrunn av dette ønsker jeg å se nærmere på hvordan dette kan påvirke de kommunale tjenestene. Innledningsvis vil jeg se nærmere på hva som er noe av bakgrunnen for de nye prioriteringene og hvorfor arbeidet med dem vil være aktuelt i årene fremover. Jeg vil ha et spesielt fokus på helse- og omsorgstjenestene til eldre pasienter. Videre ønsker jeg å se nærmere på hvilke kriterier som legges til grunn i arbeidet med prioriteringene da de vil være sentrale i dette arbeidet.

1.1 Aldersutfordringen i befolkningen

I tiden fremover står Norge overfor store utfordringer i forhold til en økt andel eldre i befolkningen. Det forventes at andelen eldre over 67 år vil øke betydelig i årene som kommer. Økningen vil være størst fra år 2030 og fremover. Dette er erfaringsvis også den delen av befolkningen som har størst behov for helse- og omsorgstjenester. «Det er godt dokumentert at behovet for spesialisthelsetjenester varierer med alderen. Forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester er høyere blant den eldre delen av befolkningen» (NOU 2019:24, 2019, s. 53). På samme tid forventes fødselstallene i Norge å være lave. I fremtiden vil dette kunne føre til færre arbeidstakere som kan produsere tjenestene og som bidrar til å finansiere dagens ordninger.

Regjeringen omtaler dette som aldersutfordringen i Perspektivmeldingen 2017 (Meld. St. 29, 2017) . Grafene nedenfor viser denne utfordringen på en god måte:



Figur 1 – Aldersutfordringen, (Meld. St. 29, 2017).

Til venstre viser figuren at vi er netto bidragsytere til velferdssamfunnet ved yrkesaktiv alder. Som barn og pensjonister vil vi være netto bidragsmottakere. Til høyre viser figuren at andelen eldre over 67 år forventes å øke betydelig fra år 2030 og fram mot år 2060. Store deler av helse- og velferdstjenestene i Norge er finansiert ved inntekter fra petroleums næringen. Inntektene fra den næringen har vært svært viktige for Norge. Det vil det fortsatt være i noen år fremover, men det er grunn til å tro at etterspørselen etter olje og gass vil avta gradvis med årene. Til tross for at nye næringer vil kunne komme til underveis, ser det ut til at vi får en periode med redusert økonomisk vekst sier finansdepartementet i Perspektivmeldingen 2021 (Meld. St. 14, 2021). Med andre ord vil vi kunne oppleve en økt etterspørsel av tjenester som følge av en aldrende befolkning, samtidig som den økonomiske veksten i nasjonen avtar. Vi kan da få et gap mellom det som blir forventet av tjenester fra befolkningen og det som faktisk kan bli levert. Hvordan vi velger å prioritere blir da svært viktige for at tjenestene skal kunne ha en effektiv bruk av ressursene. «Gode prinsipper for prioritering kan bidra til at viktige hensyn fanges opp, og gir forutsigbarhet og legitimitet til de valgene som tas» (Meld. St. 14, 2021, s. 274).

1.2 Motivasjon for oppgaven

I forbindelse med mitt arbeid i helse- og omsorgsektoren i Trondheim kommune har jeg merket en endring i pasientgrunnet de senere årene. Går vi noen år tilbake i tid så har jeg inntrykk av at pasientene var friskere da de mottok kommunale helse- og omsorgstjenester. De lå blant annet noe lengre på sykehus før de ble utskrevet til primærhelsetjenesten i kommunene med det resultat at de hadde bedre forutsetninger for å klare seg selv. De bodde kortere tid hjemme før de ble overført til heldøgnsomsorg ved et sykehjem. Beboerne der hadde dermed et bedre funksjonsnivå da de flyttet inn. Det oppleves som at presset på tjenestene ikke var like stort den gang som i dag.

I dag skrives pasientene raskere ut fra sykehus for å gi rom for nye pasienter. De er derfor dårligere når de mottar hjelp fra hjemmetjenesten i kommunene. De bor lengre hjemme før de overføres til boliger med heldøgns omsorg, slik at funksjonsnivået ofte er svært dårlig når de mottar tjenester der. Dette gir noen utfordringer i forhold til samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det gir også en del utfordringer internt i kommunene i forhold til behovet for kompetanse og bemanning. Hvis denne utviklingen blir ytterligere forsterket i årene som kommer med en økt aldrende befolkning og redusert økonomisk vekst, blir det viktig å se på fordelingen av ressursene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hvordan kan vi gjøre dette på en god måte slik at produksjonen av tjenestene vil være

effektive i årene som kommer? Særlig i forhold til den eldre pasientgruppen som forventes å øke vesentlig de kommende årene. Vil politikere og fagpersonene være enige om hvordan dette skal gjøres? Hva vil det egentlig si å prioritere? Hvordan ser vi på kriteriene som legges til grunn? Bruken av offentlige midler har en alternativ kostnad. For de som arbeider innenfor helse- og sorgsektoren i kommunene er dette viktige spørsmål en står overfor.

1.3 Definisjoner og begreper

Økonomisk vekst – måles ved bruk av BNP (Bruttonasjonalprodukt). Bruttonasjonalprodukt viser verdien av varer og tjenester som er produsert i et land i løpet av et år. Den årlige endringen måles i faste priser og gir uttrykk for den økonomiske veksten. Velstanden vi har i vårt samfunn er avhengig av vår evne til å produsere varer og tjenester (Opstad, 2015). Ved økt økonomisk vekst blir kaken som kan fordeles større. Redusert økonomisk vekst gir mindre til fordeling. Utviklingen i årene fremover for Norge sin del ser ut til å kunne gå i den retningen.

Alternativkostnad – her tenker man på den nytten vi kan oppnå ved best mulig alternativ anvendelse av de midlene vi har til rådighet. Midler som vi benytter på et område, har alltid en alternativ anvendelse på et annet område (Opstad, 2013). Vi skal med andre ord ikke bare ta stilling til om f. eks helse- og velferdssektoren har nytte av å få tilført mer ressurser. Vi skal også ta stilling til hvilken nytte andre områder kunne hatt ved å få økte midler. Det er dette som kalles for en alternativkostnad. Da er det viktig at vi kjenner til disse kostnadene. Vi kan også vurdere alternativkostnadene innenfor et område. Velger vi å si ja til en type pasientgrupper betyr det å si nei til noen andre grupper. Da blir det viktig å vurdere hvilke kriterier vi legger til grunn i prinsippene som benyttes til prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Prioritering – å prioritere betyr å sette noe eller noen foran noe annet eller andre. De som arbeider innenfor helse- og omsorgstjenestene står ofte overfor vanskelige beslutninger som går ut på å prioritere mellom forskjellige tjenesteområder, brukere og pasienter. Prinsippene for prioriteringene blir da reglene for hvordan dette arbeides skal utføres.

Kriterier – dette er hva vi velger å legge til grunn som prinsipper for de prioriteringene som foretas ved tildelingen av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Kriteriene vil da være en viktig del av verdigrunnet i velferdsstaten. De bør ha en bred oppslutning i befolkningen og særlig blant ansatte i de ansatte i helse- og omsorgsektoren. Det er de som er satt til å

utføre tjenestene. Det er disse kriteriene regjeringen ønsker skal være like for spesialisthelsetjenesten og kommunene.

1.4 Felles prioriteringer

Med bakgrunn i utviklingen vi står overfor i årene framover blir det ikke et spørsmål om man skal prioritere, men hvordan det skal gjøres. I 2016 kom regjeringen med Meld. St. 34 (2016-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste, Melding om prioritering. I den meldingen framgår det at forutsigbare prioriteringer er nødvendig for å kunne tenke helhetlig og oppnå likeverd. Alle skal ivaretas på like premisser. Likeverdig tilgang til helsetjenester. De som har størst behov for hjelp, skal få mest. utfordringene i helsevesenet øker når behovene for tjenester overstiger rammene man har for å kunne levere gode tjenester. Da er det viktig at vi har blitt enige om hva som skal ligge til grunn for de valgene som tas. «Denne meldingen handler om hvilke verdier og prinsipper som skal ligge til grunn for de mange og vanskelige beslutningene helsepersonell gjør» (Meld. St. 34, 2016, s. 3). Figuren nedenfor viser oppbyggingen av verdigrunnet:



Figur 3.1 Velferdsstatens verdier, verdigrunnet i helse- og omsorgstjenesten, prinsipper for prioritering og virkemidler

Figur 2 – Velferdsstatens verdier, (NOU 2018:16, 2018).

Figuren viser at prinsippene for prioritering, bygger på velferdsstatens verdier. De må ha stor legitimitet i befolkningen, spesielt hos helsepersonell. Helsepersonell er ofte de som må ta de vanskelige valgene og prioritere. Hva de gjør, vil være helt avgjørende for godt arbeidet lykkes. Det er derfor de ofte omtales som gatebyråkratene, Street-Level Bureaucrats (Lipsky, 2010). Regjeringen ønsker at følgende hovedkriterier for prioritering av tiltak i helsetjenesten skal legges til grunn (Meld. St. 34, 2016, s. 12):

-Nyttekriteriet: «Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket»

-Ressurskriteriet: «Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på»

-Alvorlighetskriteriet: «Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden»

Dette skal gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten. Prinsippene må ses på hver for seg og i sammenheng. De vil være etisk veiledende og førende for verdiene som legges til grunn i det daglige arbeidet ved utførelsen av tjenestene. Dette har som tidligere sagt vært forbeholdt spesialisthelsetjenesten, da kommunene ikke har vært en del av dette. I dag er det et stort samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (St. meld. nr. 47, 2009). Like prinsipper for prioritering vil da være en fordel. Det er en del forskjeller i typen tjenester som skal leveres kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette kan gi noen utfordringer.

Regjeringen sier derfor følgende i meldingen til Stortinget: : «Kommunenes helsetjenester har tidligere ikke vært omfattet av de nasjonale prinsippene for prioriteringer, regjeringen foreslår at det utredes nærmere om og hvordan det kan gjøres» (Meld. St. 34, 2016, s. 4).

1.5 Prioriteringer i kommunene

Vi fikk med bakgrunn i dette NOU 2018:16 Det viktigste først. Der omhandles prinsippene for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt offentlig finansiert tannhelsetjeneste. I denne oppgaven her jeg kun valgt å se på innføringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Verdigrunnlag og krav på tjenester som skal leveres, vil i all hovedsak være tilnærmet likt for spesialisthelsetjenesten og kommunene. Men det vil også kunne være en del forskjeller. Dette går blant annet på innholdet, styring, finansiering av tjenestene etc.

Det vil være ulike beslutningsnivåer i en kommune som vil ta del i arbeidet med innføringen av de nye prinsippene. «Prinsipper for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør drøftes ut fra følgende beslutningsnivåer» (NOU 2018:16, 2018, s. 78): faglig, administrativt og politisk. Ut ifra dette kan vi sette opp følgende tabell:

Beslutningsnivå	Beslutningssituasjon	Beslutningstaker
Faglig nivå	Helse- og omsorgspersonells møte med pasient/bruker og grupper av brukere/pasienter/pårørende	Helse- og omsorgspersonell Brukere Pasienter Tildelings-/vedtakskontor Pårørende
Administrativt nivå	Løpende drift Budsjettprosesser Dimensjonering, tildeling/fordeling av tjenester og organisering	Rådmann Kommunale ledere Brukere
Politisk nivå	Proposisjoner, strategier, handlingsplaner og opptrappingsplaner mv. ¹ Stats- og kommunebudsjett Lovverk	Stortinget Regjeringen Kommunestyret

Tabell 1 – Beslutningsnivå, (NOU 2018:16, 2018).

Vi ser av oversikten at faglig nivå er helsepersonell som møter pasientene. De samarbeider med brukerne, pasienter, pårørende, tildelingskontor etc. når de tar beslutninger om prioritering. Ved administrativt nivå vedrørende prioriteringer, er det hovedsakelig leder på ulike nivå i kommunene som gjør de beslutningene. Ofte gjelder dette løpende drift, prosesser, organisering osv. Politisk nivå vil her være kommunestyret ut ifra lovverk, budsjett, handlingsplaner osv. Det kan være grunn til å tro at de ulike beslutningsnivåene har en forskjellig oppfatning av hva som skal prioriteres og hva som vil være riktig fordeling av ressursene som er tilgjengelig.

1.6 Forskningsspørsmål

Det å se på forskjellene mellom ulike beslutningsnivå i forhold til prioritering for hele kommune Norge vil være en altfor stor oppgave. I denne oppgaven vil forskningsspørsmålet være hvordan politisk, administrativt og faglig nivå i Trondheim kommune vurderer dette arbeidet, med utgangspunkt i eldre pasienter. Grunnlaget vil være de nye prinsippene for prioritering som legger de tre hovedkriteriene til grunn. Forskningsspørsmålet vil da være følgende:

Hvordan forstås de nye prinsippene for prioritering og vil de kunne føre til forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune?

Jeg har valgt å dele dette opp i tre delforskningsspørsmål. Først ønsker jeg å se på prioriteringsarbeidet som gjøres i dag og hvordan de nye prinsippene for prioritering kan ha innvirkning på dette arbeidet. Dette vil være viktig for forståelsen av det videre arbeidet med de nye kriteriene for prioritering. Så går jeg nærmere inn på selve kriteriene. Her ønsker jeg å i dybden av hvordan de forstås og hva som vektlegges på de ulike beslutningsnivåene. Til slutt ser jeg på generelle erfaringer med prioritering. Hensikten er å se om noe av dette kan videreføres inn i arbeidet med de nye kriteriene.

1. Prioriteringer

Hvordan opplever de ulike beslutningsnivåene situasjonene hvor det må prioriteres. Hvilke tanker gjøre de seg i forhold til dette arbeidet. Hvordan er samarbeidet mellom dem når dette arbeidet må gjøres. Videre ønsker jeg å se nærmere på hva de tenker i forhold til de nye felles prinsippene for prioritering. Hvordan vil det kunne påvirke arbeidet. Vil samarbeidet kunne bli bedre eller vil eventuelle forskjeller komme tydeligere fram. Er det noen områder innenfor helse- og omsorgstjenestene for eldre de kunne ønske var bedre prioritert.

2. Kriterier

Hvilken forståelse har de ulike beslutningsnivåene av de nye kriteriene. Hvordan vil de kunne føre til endringer i tjenestene.

- Hva du forstår med felles kriterier som grunnlag for prioritering?
- Hva tenker du i forhold til de nye kriteriene som det er ønskelig at også kommunene skal benytte i sitt arbeid?
- Hvordan kan de nye kriteriene for prioritering gi bedre tjenester fra kommunene?
- Hvordan kan de nye kriteriene for prioritering gi noen utfordringer for kommunene?

3. Generelle erfaringer

Til slutt ønsker jeg se nærmere på om det er noen situasjoner tidligere hvor det har lyktes spesielt godt med å foreta prioriteringer eller eventuelle andre erfaringer som de ønsker å dele.

2. Teoretisk perspektiv

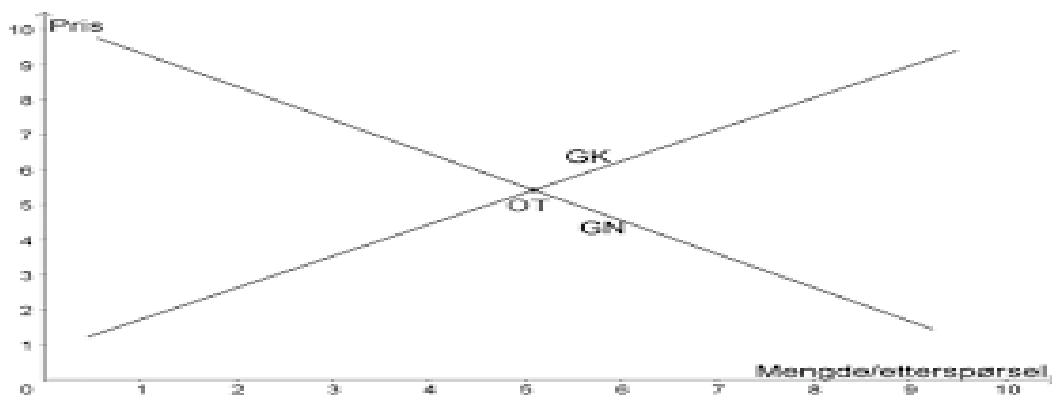
I denne delen vil jeg først se nærmere på velferdsstaten og offentlig sektor, samt mål- og resultatstyring (MRS). Dette blir å betrakte som bakgrunnsstoffet i forhold til forskningsspørsmålet og de tre del forskningsspørsmålene. Så ser nærmere på de teoriene jeg mener er relevante for å kunne analysere, diskutere og besvare spørsmålene. Jeg starter med å se nærmere på ulike styringsmodeller i offentlig sektor. Vider ønsker jeg å se på innføringen av de nye prinsippene for prioritering med utgangspunkt i agent-prinsippal teori, public choice teori og Niskanens modell. Åge Johnsen har jobbet med resultatstyring i offentlig sektor. Et av områdene jeg vil se nærmere på er måleproblemet. Så ønsker jeg å se på Svara sin teori om politisk styring og administrativ uavhengighet. Til slutt ser jeg på arbeidet til Preben Melander i forhold til forskjellige verdener som kan oppstå mellom de ulike beslutningsnivåene.

2.1 Velferdsstaten og offentlig sektor

Veksten i offentlig sektor var fram til 80-tallet svært stor. Vi fikk på bakgrunn av dette et nytt utviklingstrekk innenfor offentlig sektor. Dette ble kalt New Public Management (NPM). NPM rettet kritikk mot offentlig sektor fordi den var blitt for stor, byråkratisk, dårlig ledet og lite innbygger vennlig. Det skulle være mer bruk av markedskreftene som i privat sektor. Økt konkurranse skulle gi billigere og bedre tjenester ut ifra innbyggernes behov. Den amerikanske økonomen Milton Friedman var en av de som ønsket en slik utvikling (Friedman & Friedman, 2002). Dette kommer jeg tilbake til senere ved gjennomgangen av MRS.

Landene i Skandinavia er kjent for å ha gode velferdsstater. De består av en stor offentlig sektor og et marked. «Erkjennelsen av at markedet ikke løser alle problemer, og at politisk styring over hvordan godene fordeles i samfunnet, danner grunnlaget for oppbyggingen av velferdsstaten» (Opstad, 2013, s. 112). Velferdsstaten skal sikre en minimumsstandard på tjenester som barnehage, skole, helsetjenester etc. Den skal også redusere usikkerheten ved arbeidsledighet, sykdom osv. Likhet og likeverd er to viktige faktorer i vårt samfunn. Velferdsstaten i Norge kjennetegnes ved at vi skal yte etter evne og få etter behov. Sosial solidaritet til hverandre er en viktig forutsetning for at den skal kunne fungere godt. Det er særlig tre viktige grunner til at vi har offentlig sektor: allokering, stabilisering og fordeling (Opstad, 2013). Med allokering menes det fordeling, spesielt i forhold til produksjonsfaktorene som bygninger, arbeidskraft, utstyr etc. De bør benyttes sånn at det gir størst mulig materiell velstand til et samfunn.

Velferdsstaten må være bærekraftig over tid hvis den skal kunne bestå. For å kunne lykkes med dette så godt som mulig, må vi finne det nivået på produksjon av velferdsgoder som gir størst nytte og best effektivitet. Produserer vi mer av et gode, er det mindre igjen til andre goder. Valgene vi tar har med andre ord en alternativ kostnad. Prioriteringen av ressursene bør være slik at vi får størst mulig nytte av dem. For samfunnet vil det være ønskelig at produksjonen av velferdsgoder skjer der grensekostnaden GK (kostnaden ved å produsere en enhet ekstra) og grensenytten GN (nytten ved å produsere en enhet ekstra) krysser hverandre. Tilpasningen vil da være optimal tilpasset (punkt OT i figuren):

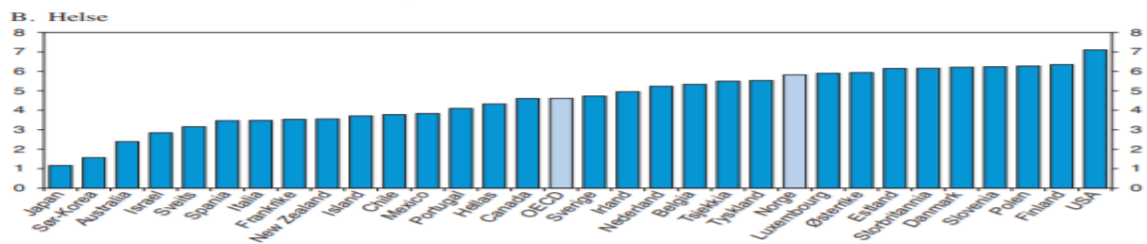


Figur 3 – Optimal tilpasning, (Opstad, 2013).

I et samfunn vil det i praksis være svært utfordrende å finne denne tilpasningen i forhold til produksjon av velferdsgoder. I Perspektivmeldingen 2017 kapittel 9 (Meld. St. 29, 2017) ses det nærmere på prioriteringer og effektivisering av offentlig sektor. Der går det fram at omfanget av offentlige tjenester har økt betydelig over flere år. Videre sies det at det

finansielle handlingsrommet vil være langt mindre enn tidligere i årene fremover. Punkt 9.2 ser på effektiviteten i offentlig tjenesteproduksjon. Sammenligner vi Norge med andre land innenfor OECD, er potensialet stort innenfor helse og utdanning. Det går fram av følgende figur:

Figur 9.4 Anslått effektiviseringspotensial i offentlig sektor i OECD-land. 2015



Figur 4 – Anslått effektiviseringspotensial, (Meld. St. 29, 2017).

Figuren viser at Norge sammenlignet med de andre Skandinaviske landene ligger bedre an enn Danmark, men et stykke bak Sverige når det gjelder effektivitetspotensialet. «Selv om tjenestene som produseres i offentlig sektor gjennomgående er gode, tyder OECDs sammenlikninger på at en del andre land får klart mer ut av pengene enn det Norge gjør» (Meld. St. 29, 2017, s. 174). Det vil være viktig å hente ut dette potensialet i forhold til effektivitet. Særlig i forhold til utfordringene som velferdsstaten står overfor med tanke på redusert økonomisk vekst og en økning i antall eldre som vil trenge helsetjenester i årene fremover. Hvordan en skal kunne oppnå bedre prioriteringer og bedre effektivitet ved hjelp av de nye kriteriene for prioritering innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil da være et interessant spørsmål.

2.2 Mål og resultatstyring

Det ble som sagt reist spørsmål ved størrelsen på offentlig sektor på 80-tallet da vi fikk NPM og hvor effektiv offentlig sektor var. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet flere NOU 'er og meldinger til Stortinget som så nærmere på produktivitet, organisering, forvaltning og økonomistyring. Den viktigste av dem alle var kanskje Hermansen-utvalget sin NOU i 1989: En bedre organisert stat (NOU 1989:5, 1989). Den la grunnlaget for flere reformer. Flere statlige selskaper ble delprivatiserte, dereguleringa av forskjellige markeder, konkurranseutsetting av offentlige tjenester etc. Dette er litt av grunnen til at vi har utviklet MRS slik det fremstår i dag.

MRS er et styringsprinsipp i offentlige virksomheter. Det er overordnet styringsprinsipp i staten og i de aller fleste kommuner. I staten er det nedfelt i Reglementet for økonomistyring (Finansdepartementet, 2003). Det står i §4 at alle virksomheter skal «a) fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser» og «b) sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås». Det vil da være en sammenheng mellom MRS og styringen av budsjettet. Budsjettet må holdes, og det skal forvaltes riktig. Prioriteringene som følger etter fastsettelse av mål, må da fremgå av budsjettet på en god måte. I kommunene gjøres dette ved at politikerne vedtar rammene for driften på et område og bestemmer hva som skal prioriteres av tjenester. Dette gjøres på bakgrunn av kommunens overordnede mål og utarbeidede strategier for å oppnå de målene. Etter at dette er gjort, så må styringsparameterne for virksomhetene konkretiseres. De skal beskrive hvordan virksomhetene skal oppnå sine mål og hva som er ønsket resultatmål. Det er disse del resultatmålene som skal føre til operasjonalisering av de overordnede hovedmålene. MRS blir da et virkemiddel som skal sikre at de politiske prioriteringene blir gjennomført i organisasjonen. De utøvende enhetene rapporterer så i ettertid på mål og resultat oppnåelse. Dette kan gjøres i forhold til enhetsavtaler, lederavtaler, økonomirapportering, brukerdata etc. Kommunene på sin side rapporterer dette videre til staten ved bruk av blant annet KOSTRA (kommune-stat-rapportering).

2.3 Styringsmodeller

For å kunne se på ulike styringsmodeller i offentlig sektor, har jeg valgt å se nærmere på Ouchis modell. Skal vi kunne prioritere ressursene dit vi ønsker dem for å oppnå størst mulig nytte, må vi ha noen mål å styre etter og vite hvordan tiltakene påvirker målene.

Kausalkunnskap vil her være kunnskap om årsak/virkning. Det vil si sammenhengen mellom ressursene vi bruker, og resultatene vi oppnår. God kausalkunnskap vil si at vi vet med sikkerhet hvordan tiltaket virker inn på resultatet (Opstad, 2013). Ouchi beskriver i sin artikkel 3 forhold som kan påvirke de ansatte i en organisasjon. Han snakker om markedsmekanismen, byråkratimekanismen og klanmekanismen (Ouchi, 1979).

Markedsmekanismen styres ved tilbud/etterspørsel og koordineres ved hjelp av priser.

Driften må tilpasse seg markedet. Byråkratimekanismen styres ved lover og regler.

Overvåkning og oppfølging av de ansatte. Klansmekanismen bygger på de uformelle sosiale mekanismene, kulturen som er i virksomhetene. Ofte er den profesjonsorientert. Ansatte i virksomheten identifiserer seg med kulturen. Videre har Ouchi laget et rammeverk for å forstå de sosiale normene og kravet til informasjon for å styre de forskjellige mekanismene. Opstad

har presentert denne modellen. I presentasjonen har han også tatt med et begrep som heter for profesjonsstyring. Det skilles mellom god/dårlig kausalkunnskap og klare/uklare resultatmål.

Setter vi dette sammen får vi følgende tabell:

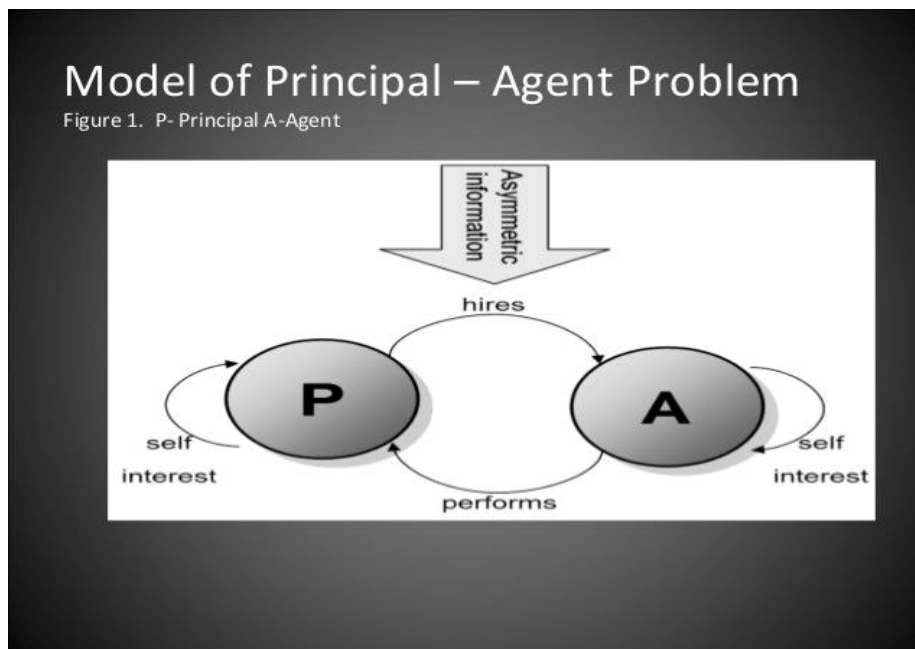
		Kausalkunnskap	
		Gode	Dårlige
Resultatmål	Klare	Mål- og regelstyring (1)	Målstyring (2)
	Uklare	Regelstyring (3)	Profesjonsstyring (4)

Figur 5 – Situasjonssavhengig styringsmodell, (Ouchi, 1979) og (Opstad, 2013).

I rubrikk nr. 1 Mål- og regelstyring vil det være klare resultatmål og en god kausalkunnskap om hva som skal til for å nå dem. Eksempel her kan være industri, produksjon med tilbud og etterspørsel. Her vil utfordringen være å tilpasse seg markedet. Rubrikk nr. 2 Målstyring har klare resultatmål, men dårlig kausalkunnskap om hvordan dette skal gjøres. Eksempel her kan være forskning. Målet kan være klart, f.eks. finn en vaksine mot en sykdom. Utfordringen vil være hvordan dette skal gjøres. Rubrikk nr. 3 Regelstyring har uklare resultatmål, men god kausalkunnskap. Det vet med andre ord godt hvordan ting skal gjøres, men det er uklart hva som er målet med det. Eksempel her kan være saksbehandling i Nav. Arbeides det mer så reduseres antallet saker i byråkratiet, men det trenger ikke å gi et godt resultat av den grunn. Siste rubrikk nr. 4 er Profesjonsstyring (eller klanstyring). Der er resultatmålet uklart og kausalkunnskapen dårlig. Dette kan gi store utfordringer med tanke på hvordan en skal prioritere hvis ressursene er begrenset (Opstad, 2013). En stor del av arbeidsoppgavene innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester befinner seg i denne kategorien. Ofte finnes det ingen enkle løsninger på utfordringene en står overfor. Da blir det opp til profesjonene selv å finne en løsning. Det vil da være viktig å vurdere alternativ kostnadene ved bruk av ressursene, da de ofte er begrenset. Prioriteringene som gjøres til daglig på faglig nivå blir da svært viktige for sikre gjennomføringen av de prioriteringene som er vedtatt av politisk nivå.

2.4 Prinsipal-agent teori

Det faglige nivået som leverer helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i kommunene, vil kunne påvirke sitt budsjett til drift ut ifra hva de rapporterer til politisk nivå. Ved en organisering med mer bruk av markedstankegang og en privat tilnærming til produksjon av tjenester, kompenseres dette med økt bruk av kontroll. Det gjøres ofte ved bruk av MRS som jeg beskrev her tidligere. For å få en bedre forståelse av hvordan offentlig sektor fungerer, kan vi se prinsipal-agent teori i forhold til MRS og de ulike beslutningsnivåene i kommunene. Prinsipalen vil da være politisk nivå. Faglig nivå som utøver tjenesten, vil da være agenten. «We define an agency relationship as a contract under which one or more persons (the principal(s) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf» (Jensen & Meckling, 1976, s. 308). Dette gir følgende figur:



Figur 6 – Prinsipal – agent modell, basert på (Opstad, 2013).

Av figuren ovenfor ser vi at det faglige nivået i kommunen vil da handle på vegne av det politiske nivået. Dette vil kunne gi noen utfordringer ved at fagpersonene kanskje handler ut ifra egne interesser og ikke slik politikere ønsker. Ansatte som arbeider nærmere brukerne eller pasientene, har ofte et fortrinn i forhold til informasjon. I en slik situasjon er informasjonen ofte asymmetrisk. Grunnen til dette er at fagpersonene som utøver tjenestene er nærmere brukerne og pasientene. De har derfor stor mulighet til å påvirke det endelige utfallet tjenestene som leveres. Det kan være flere årsaker til at prinsipalen og agenten ikke har sammenfallende interesser. Asymmetrisk informasjon og egeninteresse er nevnt. Det kan også

blant annet være forskjellig oppfattelse av virkeligheten, ulik holdning til risiko, helhetsvurderingen av situasjonen osv.

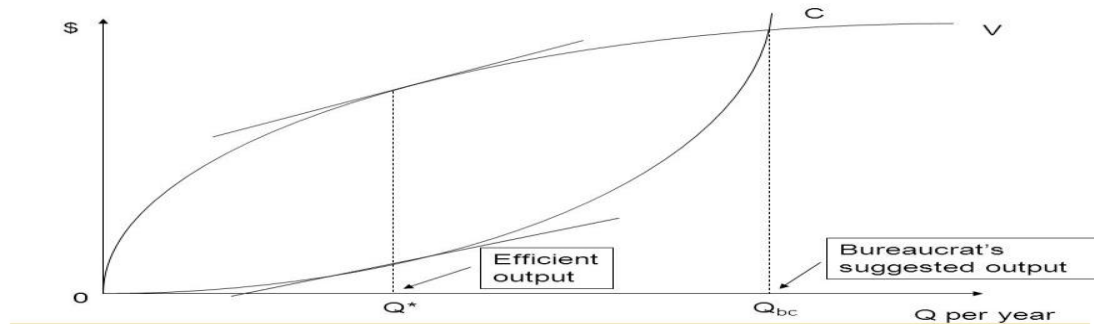
Hvis agenten handler på en annen måte enn det prinsipalen ønsker, påføres prinsipalen noen kostnader. Disse kostnadene kalles for resttap (Opstad, 2013). Fra prinsipalen sin side vil dette gjøre seg gjeldende i form av lavere måloppnåelse enn det som er ønskelig. Politikerne ønsker å få redusert dette så mye som mulig i forhold til faglig nivå. Det er her MRS kommer inn som styringsverktøy. Dette legges da til grunn også ved f.eks. fordeling av budsjett og skal bidra til den måloppnåelsen som er ønskelig. Ressursene som brukes til kontroll og styring kalles for styringskostnader. Hvor mye som skal benyttes til dette må hele tiden vurderes opp imot ønsket om å få minst mulig resttap. Summen av resttap og styringskostnader vil da være agentkostnadene (Opstad, 2013).

2.5 Public choice og Niskanens modell

For å kunne forstå hvorfor offentlig sektor ikke bruker ressursene så effektivt som den burde, kan vi se nærmere på «Public-choice»-teori. Det sentrale her vil være samspillet mellom det politiske nivået og byråkratiet når beslutninger tas. Hvis det er store motsetninger mellom det politiske, administrative og faglige nivået i kommunene, er det større mulighet for interessekonflikter. Ikke alle som jobber i f.eks. administrasjonen i en kommune trenger å søke etter de beste løsningene for innbyggerne og lokal samfunnet (Downs, 1967). De kan ha en egen agenda som ikke er i tråd med politiske beslutninger. Politisk nivå ønsker ut ifra et samfunnsperspektiv en løsning av oppgavene som resulterer i best mulig tjenester for minst mulig bruk av ressurser. Administrativt eller faglig nivå kan på sin side ønske å prioritere andre områder. Dette kan de oppleve som vanskelig fordi budsjetttrammene oppleves som små. De vil derfor kanskje ønske mest mulig ressurser fra politikerne sånn at de får størst mulig budsjett. Dette vil da kunne gi rom for å prioritere andre områder eller tjenester som de opplever er viktige.

Niskanens har utviklet en modell som kan forklare dette:

Niskanen's model of bureaucracy



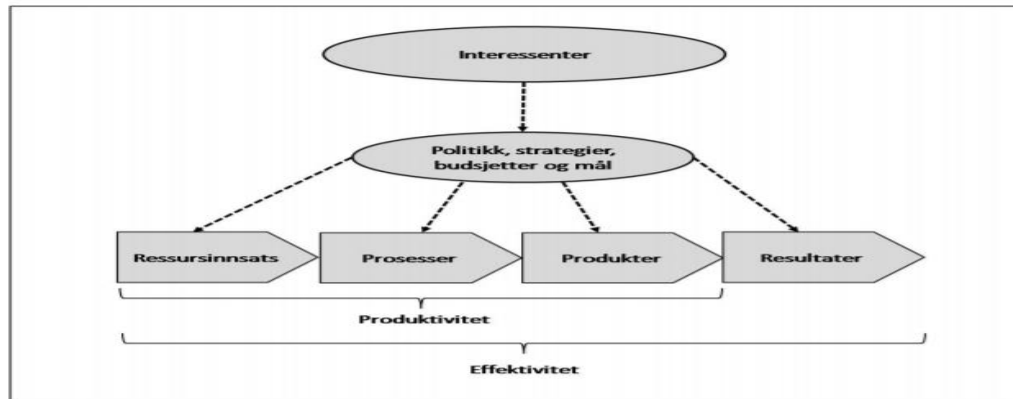
Figur 7 – Niskanens modell, (Opstad, 2013).

Politikernes betalingsvilje er kurve V i modellen. Det forutsettes at politikernes marginale betalingsvilje vil være avtagende. Det medfører at viljen til å bevilge mer ressurser til helse- og omsorgstjenestene kommunene tilbyr, avtar ved økt satsing og produksjon. Kurve C i modellen er kostnadene ved å tilby tjenesten (det antas tiltakende grensekostnader). Politikerne vet ikke hvordan kurve C forløper seg. Punkt Q er lik produsert mengde pr år.

Hvis f.eks. faglig nivå i kommunen ønsker størst mulig budsjett, tilpasser de produksjonen av tjenestene i forhold til det maksimale politikernes ønsker å betale. Dette vil være punkt Q_{bc} i modellen. Ut ifra hensynet til effektivitet, vil det være ønskelig med en tilpasning hvor det er størst nytt pr krone. Dette vil være punkt Q^* . Ved det punktet vil avstanden mellom kurve C og kurve V være størst. «At the equilibrium level of output, there is no “fat” in this bureau; the total budget just covers the minimum total costs, and no cost-effectiveness analysis would reveal any inefficiency» (Niskanen, 1971, s. 47). Faglig nivå sine ønsker kan da føre til at produksjonen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen blir for stor og lite effektiv. «Slakk er differansen mellom budsjettet og de laveste kostnadene som trengs for å framstille produktet» (Opstad, 2013, s. 321). På grunn av asymmetrisk informasjon vil en sann type adferd være mulig. Det faglige nivået som utfører tjenestene, vil ha større kunnskap om den daglige driften enn politikernes. De kan dermed tilpasse driften etter preferansene til politikernes slik at det gir store slakk og lite effektiv drift. Det kan med dette skaffes finansiering til å kunne prioritere andre formål enn det politikernes legger opp til. Politikerne bør da ha etablert noen styringsmekanismer f.eks. MRS som fører til at punkt Q_{bc} i modellen da vil forflytte seg mot Q^* . Teoretisk sett vil det for ressursbruken i samfunnet kanskje være beste at de to punktene er sammenfallende.

2.6 Måleproblemet

Åge Johnsen har sett nærmere på resultatstyring i offentlig sektor. Johnsen sier blant annet at resultatstyring er relevant for det kan brukes til å planlegge bruken av offentlige midler, kontroller at politiske vedtak blir fulgt opp og evaluere om politiske vedtak virker slik hensikten var (Johnsen, 2007). I den forbindelse har han sett på en del problemer det kan føre til. Et av områdene han har sett på er måleproblemet. Johnsen har utviklet følgende produksjonsmodell for offentlige tjenester:



Figur 8 – Produksjonsmodell for offentlige tjenester, (Johnsen, 2007).

Det er flere begreper som trenger en avklaring når vi ser på resultatstyring i offentlig sektor. Begrepene produktivitet, effektivitet og resultater vil være viktig i denne modellen.

Produktivitet går ut på å gjøre ting riktig. Ser vi på modellen til Johnsen vil det si at vi får mye ut av den ressursinnsatsen vi setter inn i produksjonen. Dette vil kunne måles i forhold til hvor mye kommunene produserer av helse- og omsorgstjenester ut ifra de budsjettene de har. Det sier dessverre ingenting om kommunene har prioritert ressursene på riktig måte eller om de produserer de riktige tjenestene (Johnsen, 2007). Effektivitet handler om å gjøre de riktige tingene. For å kunne oppnå en høy grad av effektivitet forutsettes det at en har stor produktivitet. Ved effektivitet skal det være fokus på hva som produseres. Ressursene skal allokere rett og kvaliteten skal tilfredsstillende kravene som foreligger. Med andre ord så må vi spørre om vi teller det som kan telles eller teller vi det som har størst betydning for samfunnet. Det som gir de beste resultatene for samfunnet. Prioriteringer som gir gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i en kommune.

Ved effektivitetsvurderinger innenfor velferdsteori benyttes ofte pareto-kriteriet. «Pareto-kriteriet sier oss at dersom det ikke er mulig å forbedre situasjonen uten at det går utover noen, er tilpasningen effektiv» (Johnsen, 2007, s. 47). Har en kommune oppnådd stor

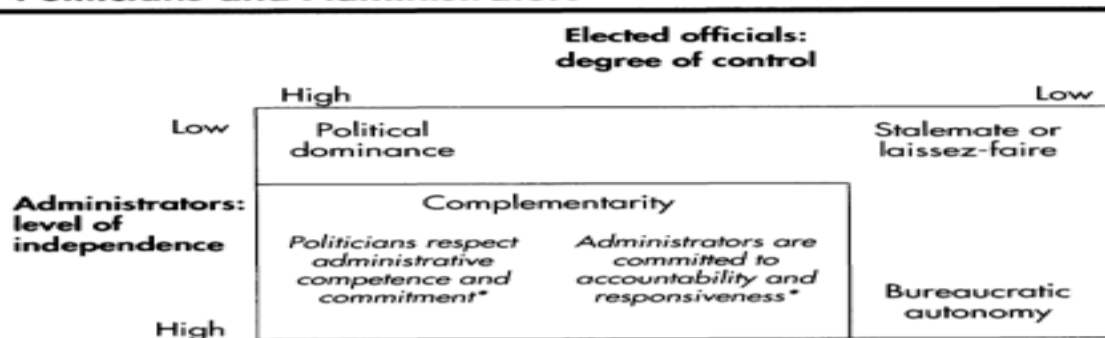
produksjon og høy grad av effektivitet ved sin tjeneste produksjon, vil målet være å skape gode resultater for innbyggerne. Hvis MRS benyttes på fornuftig måte, vil det kunne være et godt redskap til å skape gode resultater. Det kan blant annet føre til en bedre fordeling av ressursene ved at de som har størst behov for tjenester får tildelt mest ressurser.

2.7 Politisk styring og administrativ uavhengighet

Implementering av de nye kriteriene for prioritering av helse- og omsorgstjenester i kommunene vil berøre mange parter og våre verdier. For å kunne få gjennomført dette arbeidet godt, kan det være fornuftig å se på hvilken rolle det politiske og administrative nivået skal ha til hverandre. Noen ønsker en form for dikotomi. En oppdeling av de to nivåene som gjensidig utelukker hverandre. Det vil si et klart skille mellom politisk og administrativ ledelse i kommunene. Begrunnelse er at byråkratiet skal være nøytralt, regelstyrt og formelt (Weber, Fivelsdal & Østerberg, 2000). Politikerne skal med andre ord ikke styre administrasjonen og administrasjonen skal holde seg unna politiske saker. I praksis vil dette være en ideal modell som det vil være svært vanskelig å gjennomføre. Spesielt i små kommuner.

En som er kritisk til denne tankegangen er Svara. Istedenfor å være motpoler til hverandre, mener han at det bør ses på samspillet mellom de to nivåene i kommunene. Svara sier følgende: «The relationship between elected officials and administrators could be seen as simply the interaction between political control and professional independence» (Svara, 2001, s. 179). På bakgrunn av dette har han utarbeidet en modell. Den tar for seg interaksjonen mellom de to nivåene ved å se på graden av politisk kontroll og administrativ uavhengighet:

Figure 1 Understanding the Interaction between Politicians and Administrators



**Reciprocating values that reinforce the position of other set of officials.*

Figur 9 – Interaksjonsmodell, (Svara, 2001).

Figuren ovenfor viser at den beste kombinasjonen av politisk kontroll og administrativ uavhengighet får vi ved komplementaritet. Politikerne respekterer da kompetansen og

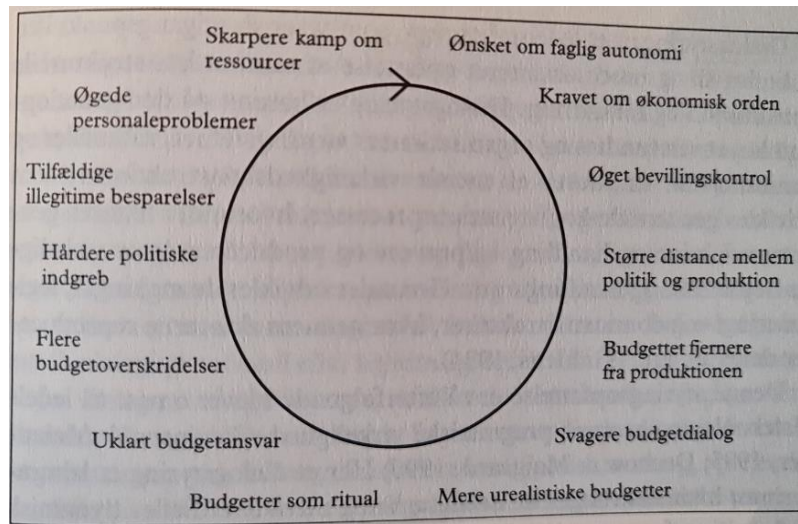
engasjementet til administrasjonen. Administrasjonen har på sin side forståelse for at det er politikerne som blir holdt ansvarlig for de avgjørelsene de tar og er derfor mottagelige for eventuelle innspill som måtte komme. Når kommunene skal innføre de nye prinsippene for prioritering av helse- og omsorgstjenester, vil det berøre sentrale verdier i vårt velferdssamfunn. Enkelte grupper skal kanskje prioriteres fremfor andre. Det vil da kunne føre til et stort politisk engasjement i forhold til måten det gjøres på. Administrasjonen må ta høyde for at dette kan skje. Politisk ledelse i kommunene må også kunne forvente at det faglige utøvende nivået vil ha noen gode tanker rundet dette arbeidet. Særlig med tanke på at de står nær brukerne og pasientene i sitt daglige arbeid.

Demir (Demir, 2009) har sett nærmere på skillet mellom ulike beslutningsnivå. Han har kommet fram til tre akademiske skoler: politiske skolen, separasjonsskolen og interaksjonsskolen. Den politiske skolen legger til grunn at administrasjonen er svært delaktig i det politiske arbeidet. Separasjonsskolen forutsetter at det er et klart og tydelig skille mellom de to nivåene. De er med andre ord motpoler til hverandre. Den siste skolen er interaksjonsskolen. Det er skolen som best sammenfaller med komplementaritet i modellen til Svava. Det er skolen som «emphasize collaboration between elected and administrative officials while maintaining each one's traditional roles and unique perspectives, yet allowing some overlaps» (Demir, 2009, s. 514). Et godt samarbeid som sikrer innføringen av de nye prinsippene vil med andre ord bestå av følgende: en gjensidig respekt for hverandres behov for kontroll, en faglig uavhengighet, akseptere at en av og til overlapper hverandre sitt område.

2.8 Forskjellige verdener

Kommunene kan få en utfordring ved innføringen av de nye kriteriene for prioritering hvis de ulike beslutningsnivåene har en helt forskjellig opplevelse av hvordan verden er. Hva som bør prioriteres og vektlegges i arbeidet framover. Preben Melander har satt nærmere på dette i forhold til sykehus i Danmark hvor flere forskjellige aktører var involvert i driften av virksomheten (Zeuthen Bentsen, 1999). Her hadde man flere ulike beslutningsnivåer i form blant annet av leger/sykepleiere, administrasjon og politikere. Erfaringene her viste at beslutningsnivåene hadde så forskjellig utgangspunkt for hvordan de så verden, at de hadde store problemer med å ha forståelse for hverandres arbeid. Melander sier følgende: «De grunnleggende verdier og rasjoner i henholdsvis den faglige og administrative verden er fundamentalt uforenelig. Der er tale om en dilemmasituasjon, hvor livsverdner, tankesæt, verdiopfattelse og handlingsrutiner står i klar modsætning» (Zeuthen Bentsen, 1999, s. 278).

Denne ulike logikken gir seg utslag i adskilte verdener som ikke lar seg integrere i en felles styringsmodell. Det klare skillet mellom f.eks. faglighet og økonomi, kan gi en opplevelse av at økonomien begrenser produksjonen av helsetjenester. Hvis dette er tilfellet også i kommunene, kan det oppstå en «ond sirkel» i arbeidet med innføringen av de nye kriteriene prioritering. Det kan da oppstå en kamp mellom faglig, administrativt og politisk nivå:



Figur 10 – «Den onde sirkelen» av Melander (Zeuthen Bentsen, 1999).

Av figuren ser vi at den ulike forståelsen av virkeligheten øker forskjellene, skaper større avstand, flere overskridelser og økende problemer. I all hovedsak vil det være tre forhold det vil være uenighet om. Det er hvem skal bestemme hvordan ressursene skal fordeles, hvilke prinsipper skal ligge til grunn for fordelingen og hvordan skal resultatene av arbeidet måles. Dette er akkurat det de nye kriteriene for prioritering er ment å skulle ta høyde for. Melander foreslår at partene starter en dialogprosess basert på tillitt og troverdighet mellom de ulike beslutningsnivåene (Zeuthen Bentsen, 1999). Dette for å bedre kommunikasjonen mellom de ulike beslutningsnivåene. For å prøve og skape en gjensidig forståelse for hverandres situasjon. Det vil kreve at det settes av tid og ressurser til å kunne jobbe med dette. Måten de ulike beslutningsnivåene i en kommune samarbeider på vil derfor være svært viktig for å kunne lykkes med innføringen av de nye kriteriene for prioritering.

2.9 Oppsummering

Når det gjelder delforskningsspørsmålet 1. Prioriteringer ønsker jeg å se innsamlet data i forhold til: Ouchis styringsmodell, prinsippal-agent teori, politisk styring og administrativ uavhengighet. Målet med dette er å forklare hvordan de ulike beslutningsnivåene opplever situasjonene hvor det må prioriteres. Hva kan være grunnen til at de tenker og handler som de

gjør i dette arbeidet. Samarbeidet mellom de ulike beslutningsnivåene vil være sentralt her. I forhold til delforsknings spørsmål 2. Kriterier ses det nærmere på selve kriteriene som legges grunn for prioriteringene. Alvorlighetskriteriet, nyttekriteriet og ressurskriteriet. Hvilken forståelse har de ulike beslutningsnivåene av kriteriene og hva kan dette føre til. Vil det være noen ulikheter her og kan det kunne gi forskjellige prioriteringer. Innsamlet data ses da i forhold til teoridelene: public choice og Niskanens modell samt måleproblemet som Åge Johnsen har sett nærmere på. Når det gjelder Melander sitt arbeid i forhold til forskjellige verdener så vil det være aktuelt for begge de to første delforsknings spørsmålene.

Delforsknings spørsmål 3. Generelle erfaringer vil kun se på tidligere positive erfaringer som informantene har hatt med tilsvarende arbeid. Vil denne typen erfaringer kunne ha en overføringsverdi i forhold til arbeidet med kriteriene og prioriteringer. Dette forskningsspørsmålet vil da ikke ha en egen teoridel.

3. Metode

Ifølge Jacobsen (Jacobsen, 2015) er metode måten en forsker går fram på for å få samlet inn data om virkeligheten. Med andre ord empirien som vi legger til grunn for vår forskning når vi prøver å finne svar på våre forskningsspørsmål. Metoden hjelper oss i arbeidet med å kunne beskrive virkeligheten. Hva som egentlig er virkeligheten, kan det være store uenigheter om. Hvordan metoden henge sammen med virkeligheten kan ses på to forskjellige måter. Den ene måten tar utgangspunkt i at forskerens oppfatning av virkeligheten vil være med på å bestemme både forskningsspørsmål og valg av metode. Den andre måten tar utgangspunkt i at forskningsspørsmålet bestemmer valg av metode og hvordan forskeren oppfatter virkeligheten. Videre i denne delen av oppgaven vil jeg se på vitenskapsteoretiske tilnærminger, noen begreper, forskningsdesign og valg av metode. Jeg vil også gå nærmere inn på datainnsamlingen, analyse og tolkning av innsamlet data.

3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Vi utsettes for mange forskjellige inntrykk til daglig. Dette skjer gjennom sosiale media, nyheter, andre mennesker osv. Dette gir oss en hverdagskunnskap som vi bruker i våre liv. Det som kan være utfordrende med en slik kunnskap, er at vi kan over generalisere, få selektive inntrykk, være forutinntatte eller trekke forhastede konklusjoner. Det er dette som gjør hverdagskunnskap forskjellig fra forskning. Når vi forsker, har vi bestemte metoder for å nå et mål. Samfunnsvitenskapelig metode går ut på hvordan vi går fram for å få samlet inn nødvendige data, hvordan den informasjonen skal analyseres og hva den forteller oss. «Det

dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data, og dette er en sentral del av empirisk forskning» (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 25).

Ontologi er viktig når vi arbeider med forskning og benytter samfunnsvitenskapelige metoder. Den handler om vår forståelse av virkeligheten (Moses & Knutsen, 2019). I all hovedsak deles ontologien opp i to kategorier. Den ene er naturalismen (positivisme) og den andre er konstruktivismen (fortolkningsbasert). Jacobsen har laget en oversikt som viser de to forskjellige kategoriene:

Positivistisk forståelse vs. fortolkningsbasert

	Positivisme	Fortolkningsbasert (hermeneutisk)
Ontologi	Stabil og objektiv virkelighet. Lovmessigheter	Dynamisk og menneskeskapt virkelighet
Epistemologi	Det generelle	Det unike og særegne
	Objektiv virkelighet som kan studeres gjennom metoder og mål	Virkeligheten er konstruert av mennesker og må studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten
	Nøytrale forskere som beskriver virkeligheten	Forskere som fortolker virkeligheten
	Kunnskap er kumulativ	Kunnskap er lokal og unik
Metode	Deduktiv	Induktiv
	Individualistisk	Holistisk
	Avstand	Nærhet
	Tall (kvantitativ)	Ord (kvalitativ)

Tabell 2 – Ontologi, (Jacobsen, 2015).

Naturalismen omtales ofte som positivismen. Tabellen ovenfor viser at den forutsetter at virkeligheten er stabil og kan observeres. Her vil fornuft, logikk og erfaringer være viktige. Det tas utgangspunkt i at virkeligheten består av forskjellige mønster og lovmessigheter som allerede er til stede. Vider ser vi av tabellen at konstruktivismen vil være fortolkningsbasert. Utgangspunktet her vil være at verden er dynamisk. Virkeligheten er skapt av menneskene. Dette utgangspunktet legger til grunn at mennesker er intelligente og kan reflekter over ulike forhold. Dette vil påvirke hvordan virkeligheten oppfattes. Vi kan med andre ord se de samme tingene, men opplevelsen vil være forskjellig (Moses & Knutsen, 2019). Læren om kunnskap og innsikt kalles for epistemologi. Den går nærmere inn på hvordan vi tilegner oss kunnskap. Av tabellen ovenfor ser vi at positivismen legger det generelle til grunn. Utgangspunktet vil da være en objektiv virkelighet som kan studeres ved bruk av mål og metoder. Her vil det være den nøytrale forskeren som beskriver verden. Kunnskapen vil da være kumulativ og samles opp over tid. Konstruktivismen tar utgangspunkt i det unike og særegne. Virkeligheten må fortolkes av forskerne, siden den er menneskeskapt. Her vil kunnskapen være unik og lokal (Moses & Knutsen, 2019). Forskningsspørsmålet i denne oppgave er ute etter det unike og særegne. Hvordan de ulike beslutningsnivåene forstår de nye prinsippene for prioritering.

Hva de legger i selve kriteriene som skal legges til grunn for prioriteringene som skal gjøres. Tilnærmingen her vil da være fortolkningsbasert.

3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning

Det er et mål når vi arbeider samfunnsvitenskapelig forskning å integrere teori og empiri. En deduktiv tilnærming vil si at vi går fra teori til empiri. Vi beveger oss fra det generelle til det konkrete. Dette gjøres ofte ved å teste hypoteser ved bruk av empiriske data. Arbeidet gjøres ofte ved bruk av tall. Arbeidet gjøres da ved bruk av kvantitativ metode. Den andre tilnærmingen går fra empiri til teori. Arbeidet starter da med innsamling av data. Hensikten vil da være å finne generelle mønster som kan føre til teorier. En går da fra det spesielle til det generelle. En slik tilnærming vil være induktiv. Dette benyttes ofte ved kvalitativ metode (Johannessen et al., 2016).

Denne tabellen viser hovedforskjellene i bruk av kvalitativ og kvantitativ metode:

Kvalitativ metode	Kvantitativ metode
En sosialt konstruert verden	En objektiv sosial verden
Oppdage begrep, lage teori (induktiv)	Teoristyr, starter med begrep (deduktiv)
Formålsforklaringer	Årsaksforklaringer
Små utvalg av case	Store representative utvalg
Nærhet til de(t) som studeres	Avstand til de(t) som studeres
Naturlige omgivelser	Kunstige omgivelser
Fleksibel	Strukturert
Tekstdata	Talldata
Uformelle analyseteknikker	Statistiske analyseteknikker

Tabell 3 – Metode, (Gall et al., 1996).

Tabellen viser at en kvantitativ metode ofte er basert på talldata med et stort antall enheter. Ofte gjøres dette ved hjelp av statistikk og spørreundersøkelser. En kvalitativ metode tar ofte utgangspunkt i tekstdata. Dette kan gjerne være dokumentanalyser eller utskrift av intervjuer som er foretatt. Ofte er det få antall enheter (Ringdal, 2018). Går forskningsspørsmålet ut på å beskrive noe ved å finne ut av hva eller hvordan, er det ofte riktig å benytte en kvalitativ metode. Søkes det etter forklaringer eller hvorfor ting er som de er, vil en kvantitativ metode være en bedre tilnærming (Ringdal, 2018). Med andre ord så blir metoden teknikken vi bruker for å få kunnskap om virkeligheten. De forskjellige metodene for framskaffe empiri vil være egnet i ulike sammenhenger. Metodene kan også kombineres i en og samme studie. I denne

oppgaven er forskningsspørsmålet å finne ut hvordan prinsippene for prioritering forstås av de ulike beslutningsnivåene. Det vil være et lite utvalg, nærhet til de informantene som deltar og det vil i all hovedsak være tekst som legges til grunn for arbeidet. Dette gjør at en kvalitativ metode kan være en hensiktsmessig tilnærming til forskningsspørsmålet.

3.3 Forskningsstrategier og design

Planen som forskeren har for å gjennomføre undersøkelsen en ønsker kalles et design. Jeg vil her se på fem typer design med ulike strategier for gjennomføringen. Et utgangspunkt i kvantitativ og kvalitativ metode gir følgende oversikt:

Design:	Forskningsstrategi	
	Kvantitativ	Kvalitativ
Eksperimentell	<i>Sjelden:</i> Klassisk design for årsaksanalyse	<i>Mulig,</i> men benyttes ikke
Tverrsnitt	<i>Meget vanlig:</i> spørreundersøkelser, levekårundersøkelsene	<i>Meget vanlig:</i> dybdeintervju i et lite utvalg personer
Longitudinell	<i>Vanlig:</i> panelundersøkelser, prospektive og retrospektive undersøkelser	<i>Vanlig:</i> Feltobservasjon, eller dybdeintervju på flere tidspunkt. Fokus på endring
Casestudie	<i>Vanlig:</i> spørreundersøkelser i en case (virksomhet)	<i>Meget vanlig:</i> Feltobservasjon eller dybdeintervju i en case (virksomhet, lokalsamfunn)
Komparativ	<i>Vanlig:</i> Sammenlikne 2+ case (land) på grunnlag av en spørreundersøkelse	<i>Vanlig:</i> Sammenlikne 2+ case (familier, virksomheter) på grunnlag av feltobservasjon eller dybdeintervju

Tabell 4 – Forskningsstrategi, (Bryman, 2012).

Oversikten viser at ved f.eks. tverrsnittdesign benyttes det ofte spørreundersøkelser ved en kvantitativ forskningsstrategi. Brukes det en kvalitativ strategi, brukes det ofte dybdeintervju med et lite utvalg av personer (Ringdal, 2018). Ved et komparativt design gjøres undersøkelser av 2 eller flere caser. Spørreundersøkelser og dybdeintervju vil også være aktuelt her. Alt avhengig av hvilken strategi som velges. Forskningsspørsmålet her ønsker foreta en sammenligning mellom de ulike beslutningsnivåene for å se om det vil kunne være noen forskjeller mellom dem. Et komparativt forskningsdesign vil da kunne være et godt utgangspunkt for dette arbeidet.

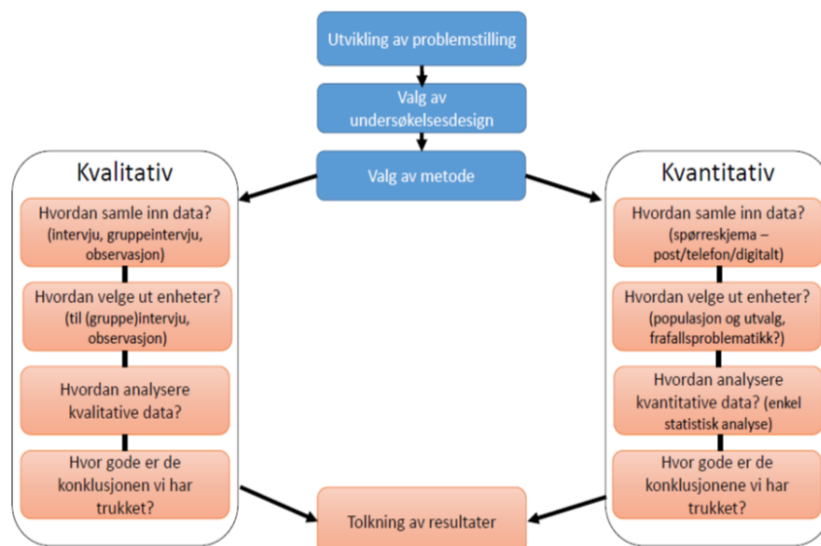
3.4 Valg av metode

Forskingsspørsmålet mitt tar utgangspunkt i at jeg ønsker å se på hvordan de nye prinsippene for prioritering forstås og om de vil kunne føre til forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune. Forståelsen vil være dynamisk med utgangspunkt i mennesker sine opplevelser rundt dette. Hvordan forstås alvorlighetskriteriet, nyttekriteriet og

ressurskriteriet i forhold til prioritering. Kunnskapen vil være unik og lokal. Videre vil tilnærmingen være fra det spesielle i Trondheim kommune, til det generell ved at det også kan gjelde for andre kommuner. Dette vil med andre ord være en induktiv tilnærming til forskningsspørsmålet. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt å benytte en kvalitativ metode i det videre arbeidet med oppgaven. Forskningsdesignet vil være komparativt hvor jeg foretar dybdeintervju av et lite utvalg personer på ulike beslutningsnivå i Trondheim kommune. I forkant av intervjuene ønsker jeg å foreta en enkel dokumentanalyse av to dokumenter jeg mener er relevante med tanke på forskningsspørsmålet og intervjuene.

3.5 Datainnsamling

Jacobsen (Jacobsen, 2015) har laget følgende beskrivelse av de ulike fasene i en undersøkelsesprosess:



Figur 11 – Undersøkelsesprosess, basert på (Jacobsen, 2015).

Oversikten viser at hver enkelt fase henger sammen. Det vil si at hele prosessen blir påvirket ved eventuelle feil i en av fasene. Tidligere faser i undersøkelsen kan påvirke relevansen av undersøkelsen til slutt. Når det gjelder selve innsamlingen av dataene, ønsker jeg å benytte to kvalitative metoder. Det vil være dokumentanalyse og dybdeintervju. Dokumentanalysen vil være sekundærdata innsamlet av andre. Dybdeintervjuene utgjør da primærdata som jeg selv har samlet inn. Ved å kombinere de to oppnås en metode triangulering hvor det benyttes flere typer metoder for å gjennomføre undersøkelsen av forskningsspørsmålet. «Document analysis is often used in combination with other qualitative research methods as a means of triangulation-the combination of methodologies in the study of the same phenomenon» (Denzin, 1970, s. 291).

3.5.1 Dokumentanalyse

Det er viktig at vi foretar en kritisk vurdering av kildene når vi anvender dokumenter som kilder. De dokumentene som benyttes skal ha relevans, autentisitet og troverdighet (Thagaard, 2018). Jeg ønsker å se nærmere på to relevante dokumenter som jeg mener ivaretar de kriteriene. Det er Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste, Melding om prioritering. Denne meldingen ble utarbeidet ved innføring av de nye prinsippene i spesialisthelsetjenesten. Det andre dokumentet er NOU 2018:16 Det viktigste først, Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjeneste. Dette dokumentet er utredningen som ser nærmere på om det er mulig å benytte de samme prinsippene for prioritering også i kommunal sektor og ved offentlig tannhelsetjenester. Dokumentanalysen i denne oppgaven vil kun ta for seg den delen av dokumentet som gjelder de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her vil jeg blant annet benytte analyseverktøyet NVivo. Dette for å se nærmere på innholdet og for å få utarbeidet en word cloud av de sentrale begrepene som går igjen i dokumentene.

I følge Asdal og Reinertsen (Asdal & Reinertsen, 2020) er det flere mulige analytiske og metodiske grep en kan gjøre for å utføre en dokumentanalyse. En av de som er beskrevet er å gå nærmere inn i selve dokumenttekstene og analysere selve dokumentene. Det er en slik tilnærming jeg ønsker å benytte i denne oppgaven. Jeg ønsker å se på likheter og forskjeller i de to dokumentene. For kunne lykkes med innføringen av de nye prinsippene for prioritering, må kommunene gjøre kriteriene for prioritering til sine egne. Det vil si at kommunene må ha en litt annen tilnærming til dem, da de har et annet samfunnsoppdrag i forhold til innbyggerne. Kommunene må med andre ord ivareta flere dimensjoner i sitt arbeid. Denne analysen ønsker jeg å gjennomføre i forkant av dybdeintervjuene. Dokumentene vil da være en del av konteksten for det videre arbeidet med intervjuene (Bowen, 2009). Jeg har vært i kontakt med helse- og omsorgsdepartementet. De kan opplyse at dette er det siste dokumentet i saken så langt. Det skal komme en melding til Stortinget i forbindelse med arbeidet. Det har blitt forsinket på grunn av arbeidet med korona pandemien.

3.5.2 Dybdeintervju

I oppgaven har jeg valgt å gjennomføre dybdeintervjuer med seks ansatte på tre ulike beslutningsnivå i Trondheim kommune. En metode hvor jeg har en samtale med to informanter på hvert nivå. Datainnsamlingen består av ord hvor informantene gir uttrykk for sine tanker, meninger, historier med utgangspunkt i de tre delforskningsspørsmålene prioritering, kriterier og generell informasjon . Dette blir gjennomført ved bruk av digitale

møter over internett. Alle metoder for datainnsamling har sine styrker og svakheter. Dette gjelder også for dybdeintervju.

Jacobsen (Jacobsen, 2015) oppgir tre gode grunner for når intervju kan være best egnet for datainnsamling:

- Når det er få enheter som skal undersøkes
- Når vi er interessert i å høre hva hver enkelt person sier
- Når vi ønsker den enkeltes fortolkning og mening om et spesielt fenomen

Utgangspunktet mitt er å skape en situasjon hvor samtalen går relativt fritt rundt de temaene jeg vil se nærmere på. Målet er å bruke åpne spørsmål i intervjuguiden som gir informantene anledning til å gå mer i dybden hvis de ønsker det. Jeg som forsker ønsker størst mulig grad av fortrolighet og åpenhet for å få undersøkt informantenes oppfatninger. «Som hovedregel kan vi si at man bruker dybdeintervjuer der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer» (Tjora, 2017, s. 114).

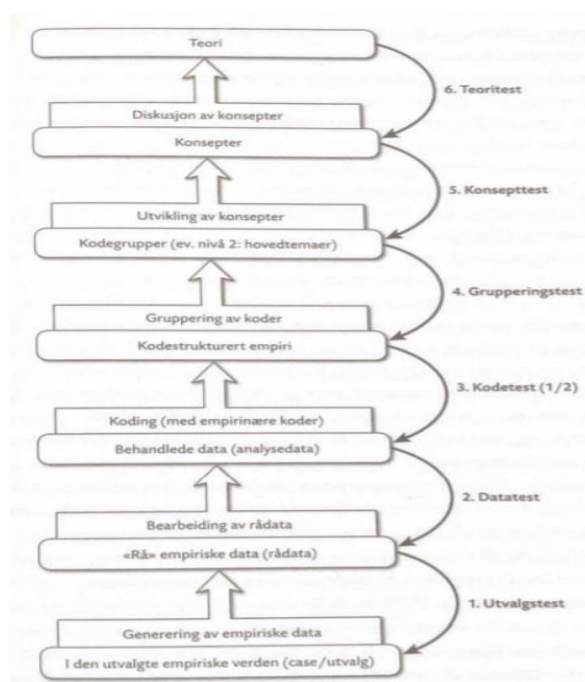
Det er også viktig å være klar over at en slik type datainnsamling kan ha sine ulemper (Jacobsen, 2015). Ofte vil det ta mye tid og være ressurskrevende å få samlet inn alle dataene. Dette gjelder særlig intervjuene som må transkriberes i etterkant. Datamengden kan bli stor og kompleks. Da kan det være utfordrende å få strukturert og kategorisert dataene slik at de gir en mening. Nærheten til intervjuobjektet er i utgangspunktet noe positivt som skal bidra til å komme i dybden på det som en ønsker å undersøke. Men det kan også være vanskelig å stille kritiske spørsmål når en sitter ansikt til ansikt med informanten. En annen utfordring er når kan du si deg ferdig med arbeidet. Kanskje skulle du ha intervjuet flere personer, stilt andre spørsmål etc.

Utgangspunktet mitt er en intervjuguide hvor jeg har skrevet hovedspørsmålene fullt ut. I tillegg har jeg laget noen hjelpespørsmål slik at jeg lettere kan komme inn på de punktene jeg ønsker å se nærmere på. Innledningsvis starter jeg med noen generelle opplysninger i forhold til informanten. Så går jeg nærmere inn på de tre delforskningsspørsmålene jeg ønsker å se på i forhold til forskningsspørsmålet. Under delforskningsspørsmålet kriterier ses det særlig på hvert enkelt av kriteriene alvorlighet, nytte og ressurs. Avslutningsvis gis det åpning for å komme med andre erfaringer rundt arbeidet med prioriteringer som ikke har kommet fram. Tjora (Tjora, 2017) sier at hensikten med å bruke en intervjuguide er å få strukturert intervjuene.

I forbindelse med utvelgelsen av informanter, ønsker jeg som nevnt innledningsvis å foreta dybdeintervju av personer på ulike tre beslutningsnivå i Trondheim kommune. Dette med bakgrunn i at NOU 2016:18 Det viktigste først anbefaler at arbeidet med prioriteringene drøftes ut ifra de ulike beslutningsnivåene, politisk, administrativ og faglig. I forkant av intervjuene sendes det ut informasjon vedrørende studiet, samtykke skjema og intervjuguiden. På den måten får informantene satt seg inn i hva det gjelder og tenkt igjennom svarene i forkant av intervjuene. «Vi kan også rett og slett velge ut respondenter som vi mener kan gi oss mye og god informasjon» (Jacobsen, 2015, s. 181). Designet var komparativt hvor jeg foretar dybdeintervju av et lite utvalg og foretar sammenligninger av dem. Hensikten med intervjuene er å gå i detalj i forhold til forskningsspørsmålet. Utvalget er nok for lite til å kunne gi et allment gyldig bilde av hvordan oppfatningen i Trondheim kommune er i forhold til dette spørsmålet. Likevel vil det kunne gi et bilde av hvordan deler av kommunen ser på det. Gjennomgangen i empirien vil i all hovedsak være basert på funn gjort i data fra disse informantene. I tillegg kommer en enkel dokumentanalyse av de to dokumentene jeg nevnte tidligere. Informantene blir anonymisert. Intervjuene blir tatt opp med båndopptaker og transkribert i etterkant. De vil bli slettet i ettertid.

3.6 Analyse og tolkning av data

I forbindelse med analysen ønsker jeg å benytte meg av Aksel Tjora sin Stegvis-deduktiv-induktiv metode (SDI). Metoden framstilles på følgende måte:



Figur 12 – SDI, (Tjora, 2017).

Figuren viser at forskningsprosessen vanligvis ikke er en lineær prosess, men en prosess hvor det kan gå litt fram og tilbake. Prosessen oppover, hvor det arbeides fra data til teori, vil være induktiv. Prosessen nedover, hvor det arbeides fra teori til empiri, vil være deduktiv (Tjora, 2017). Del 1 og 2 tar for seg ulike varianter av datagenerering. Her har jeg som tidligere beskrevet valgt å benytte dokumentanalyse og dybdeintervju. Del 3-6 tar for seg koding, analyse og tolkning av data.

3.6.1 Koding

Etter at intervjuene er gjennomført og transkribert, starter kodingen. Det er første steg i analysen. Kodingen er derfor en viktig del av den induktive tilnærmingen. Når SDI-modellen benyttes, brukes det kun et nivå av koder og en induktiv strategi. Kodingen har tre hensikter: få trukket ut det essensen i det empiriske materialet, redusere omfanget av innsamlet datamateriale og legge til rette for generering av ideer på bakgrunn av detaljer i empirien (Tjora, 2017). Ved å bruke en induktiv empiri nær koding, reduseres påvirkningen fra eventuelle andre forhold som kan ha betydning for analysen. Kodingen skal ligge nært på empirien og gjerne benytte begreper som allerede eksisterer i det innsamlede datamaterialet. Saldana (Saldaña, 2013) har jobbet med strategier for koding og analyser. In-vivo koding er en av de viktigste formene han beskriver. Da er kodingen empiri nær og informantens egne ord med hermetegn som siteringer fra teksten blir brukt i kodingen. Denne tilnærmingen er helt i samsvar med SDI-modellen som jeg benytter i mitt arbeid. Ved gjennomgang av empirien fra data innsamlet i intervjuene, vil informantene på de ulike beslutningsnivåene i Trondheim kommune bli sitert med hermetegn der det har kommet fram data som er særlig relevant i forhold til forskningsspørsmålet.

3.6.2 Dataanalyse

Når det arbeides med kvalitative analyser er målet å redusere tekstene til mindre deler for så å kunne binde de sammen. Målet med dette er å prøve å forstå delene i helheten som dannes. Som igjen kan føre til at en ser delene i et nytt lys, slik at det oppnås en ny forståelse av delene (Jacobsen, 2015).

Jacobsen mener at analyse av kvalitative data dreier seg om fire forhold (Jacobsen, 2015):

1) Dokumentere

Her går jeg igjennom dokumentene og intervjuene jeg gjør. Materialet bli beskrevet. Det meste vil være transkribering av intervjuene. Dette er grunnlaget for analysen og den komparative studien mellom de ulike beslutningsnivåene i Trondheim kommune.

2) Utforske

Etter å ha beskrevet materialet foretar jeg en usystematisk utforskning av det. For å se om det var noe som lett skiller seg litt ut.

3) Systematisere og kategorisere

Her kategoriserer jeg teksten i ulike kategorier ut ifra delforskningsspørsmålene. Jeg ser på forståelsen av innføringen av de nye prinsippene for prioritering og om det er noen ulikheter.

4) Sammenbinde

Her forsøker jeg å trekke forbindelser og sammenhenger mellom de ulike nivåene. I denne delen av oppgaven ser jeg blant annet på om forståelsen av kriteriene alvorlighet, nytte og ressurs er forskjellige mellom de ulike beslutningsnivåene, om de påvirker hverandre, etc.

Del fire i denne oppgaven utgjør empiridelen. Der går jeg gjennom dokumentanalysen og data som er samlet inn i forhold til intervjuene av de ulike beslutningsnivåene. I del fem analyserer og drøfter jeg kjernen i funnene. Det teoretiske grunnlaget kommer sterkere inn på dette nivået. Datamaterialet blir drøftet i forhold til relevant teori for å se om jeg har fått svar på forskningsspørsmålet. Jeg jobber med andre ord for å finne kausale sammenhenger – årsak/virkning.

3.7 Tolkning og kvalitet

Når jeg skal foreta en tolkning av data, er det viktig at jeg foretar en vurdering av datas kvalitet. Jeg må forholde meg kritisk til dataene jeg har samlet inn. Dette vil være med på å sikre at dataene som blir benyttet, faktisk sier noe om det jeg ønsker å forske på. Ved kvalitative studier som i denne oppgaven benyttes ofte følgende kriterier ved vurderingen av kvalitet (Johannessen et al., 2016):

5) Pålitelighet

Her må jeg drøfte om det er noe jeg har gjort i forbindelse med undersøkelsen som kan ha vært med på å påvirke dataene. Hvordan er data samlet inn og hvordan er de analysert? Er det noen trekk ved selve undersøkelsen som kan påvirke resultatene? Det kan være enkelte forhold jeg ikke har tatt tilstrekkelig høyde for eller kanskje skulle ha gått mer i dybden på. Åpenhet om selve prosessen vil være viktig her. Intervjuguiden er utarbeidet etter innspill fra veileder, resten av oppgaven er skrevet av meg selv.

6) Troverdighet

Dette punket går ut på om forskningen er utført på en måte som vekker tillitt. Her må jeg argumentere for troverdighet ved å reflektere over innsamlede data. Er det en sammenheng mellom det som jeg undersøker og de data som er samlet inn? Kan det være at min rolle overfor informanten, kontekst eller relasjonen påvirker resultatet? Her vil det være viktig at jeg er åpen om hvordan det eventuelt kan ha påvirket arbeidet og argumentere for at det ikke har påvirket for mye.

7) Overførbarhet

All forskning ønsker en utvidet betydning av det som blir samlet inn. Kan det være relevant i andre sammenhenger? Kan de funnene jeg gjør i Trondheim kommune være relevant for hele kommunen eller andre kommuner? Utvalget er kanskje for lite til å kunne gjøre det, men det kan sin noe om deler hva deler av kommunen mener. Dette kan kanskje være relevant for andre sammenlignbare kommuner i Norge.

3.8 Etikk

Når en arbeider med forskningsprosjekter som inkluderer personer, er hovedregelen at det kreves informantenes informerte og frie samtykke (Ringdal, 2018). Det betyr at de som deltar skal ha fått tilstrekkelig med informasjon om hva forskningsprosjektet innebærer og at det ikke er lagt noe press på informantene for å delta. Alle informantene som blir intervjuet får beskjed om at de er anonyme i undersøkelsen. De blir kun identifisert i kraft av den stillingen de har i kommunen. Det blir informert om at de kan trekke seg fra forskningsprosjektet når som helst uten å oppgi noen grunn. Alle intervjuene blir tatt opp med båndopptaker. De blir ikke publisert og slettes så snart arbeidet er ferdig. Det vil si når oppgaven har fått sensur. Alle deltakerne må godkjenne dette. Forskningsprosjektet er også godkjent av Norsk senter for dataforskning (NSD).

Videre ønsker jeg å dele noen tanker rundt utfordringen med at jeg selv er ansatt i kommunen og innenfor området jeg forsker på. Det vil kunne gi noen utfordringer ved at jeg er nære problemstillingen. Det er viktig at leseren gjøres oppmerksom på dette og at jeg er klar over min egen posisjon (Jacobsen, 2015). Jeg vil under hele forskningsprosjektet vært bevisst min rolle og påvirkningen den kan ha. Jeg ønsker å presisere at jeg ikke har noen rolle i forhold til de ulike beslutningsnivåene jeg har valgt å studere og ingen nære relasjoner til informantene som deltar. Det vil også kunne være noen fordeler ved å studere egen organisasjon (Brannick & Coghlan, 2016). For min del kan dette føre til lettere tilgang til informanter, bedre forståelse av strukturer og konteksten for arbeidet som utføres.

4. Empiri og sekundærdata

Jeg vil her presentere data som er gjort ved analyse av to relevante dokumenter og intervju gjort av informantene på de tre ulike beslutningsnivåene i Trondheim kommune.

Hovedvekten vil bli lagt på data som har kommet fram ved intervjuene. I neste del av oppgaven vil jeg prøve å se dette i forhold til et teoretisk perspektiv og forsøke å finne svar på forskningsspørsmålet i oppgaven.

4.1 Meld. St. 34 Verdier i pasientens helsetjeneste

Dette er en melding til Stortinget i forbindelse med innføringen av nye kriterier for prioritering av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Den er utarbeidet av helse- og omsorgsdepartementet, godkjent i statsråd av regjeringen Solberg 3. juni 2016. Den handler om hvilke verdier og prinsipper som skal legges til grunn for de vanskelige beslutningene som helsepersonell ofte må ta. Når vi mottar helsetjenester, er vi ofte i en sårbar situasjon. Ressursene da må benyttes på en slik måte at de som trenger det mest får hjelp først. Ved et tydelig sett av prinsipper, får helsepersonell hjelpe til å ta de beslutningene som er nødvendige. Utgangspunktet er at prinsippene for prioritering skal gjelde hele helsetjenesten. Helsetjenestene i kommunene har ikke vært omfattet av dette tidligere. Regjeringen foreslo derfor at det skulle utredes nærmere om og hvordan det kan gjøres. Det kommer jeg tilbake til litt senere i oppgaven. I meldingen går det fram at gjennom prinsippene for prioritering gir man uttrykk for verdiene i den norske helsetjenesten. Prinsippene må derfor bygge på et verdigrunnlag som har stor legitimitet i den norske befolkning, særlig blant helsepersonell. Prinsippene for prioritering må da være i samsvar dette verdigrunnlaget. Videre i meldingen ses det på hvorfor det må prioriteres. Kan ikke alle få den hjelpen de ønsker? Å prioritere betyr jo som jeg nevnte i innledningen at noen skal få hjelp før andre. Kanskje får de ikke hjelp i det hele tatt. «En grunnleggende utfordring for helsetjenesten er at mulighetene og behovene overstiger ressursene» (Meld. St. 34, 2016, s. 29). Det vil si at vi ikke kan velge om det skal prioriteres. Men vi kan velge hvilke prinsipper som skal ligge til grunn når beslutningene skal tas.

4.1.1 utfordringer ved prioritering

Meldingen tar for seg tre sentrale utfordringer i forhold til prioriteringer i helsetjenesten (Meld. St. 34, 2016):

- Det er et gap mellom samfunnets ressurser og medisinske muligheter
- Innretningen av tjenestene kan påvirke prioriteringene

- Ytre rammebetingelser kan påvirke fordelingen av ressursene

Det første punktet tar blant annet for seg aldersutfordringen som jeg beskrev i innledningen. Helsetjenesten skal i fremtiden betjene en større og eldre befolkning (Meld. St. 11, 2015). Det vil komme til nye grupper av pasienter som har nye behov. På samme tid vil utviklingen i medisinsk teknologi gi nye muligheter og skape nye behov. Pasientrolle vil også endre seg over tid. I tråd med utviklingen øker forventningene og en vil være mer bevist på hva som faktisk kan gjøres i forhold til sin helsesituasjon. Noe av årsaken til dette vil blant annet være media som har fått et økt fokus på helse generelt og spesielt prioriteringer.

Det andre punktet tar for seg at måten helsetjenestene er organisert på kan påvirke de prioriteringene som foretas. Av og til innebærer prioriteringer å si nei. Det kan være vanskelig overfor en gruppe pasienter og særlig overfor enkelt pasienter. Da kan det være lettere å bare fortsette en behandling enn og måtte avslutte den. Hvordan dette organiseres vil da kunne ha en direkte innvirkning på bruken av ressursene. Ulik faglig status vil også kunne påvirke prioriteringene. En studie blant leger og medisinstudenter gjennomført av Dag Album m. fl. (Album & Westin, 2008) viser at nevrokirurgi er det fagfeltet som gir størst prestisje. Lavest prestisje har geriatri. Mitt forskningsspørsmål er med utgangspunkt i eldre pasienter med bakgrunn i aldersutviklingen i samfunnet.

Det tredje punktet er de ytre rammebetingelsene for driften. Norge er et lite land i et stort globalt marked. Avanserte behandlingsmetoder og legemidler har derfor et stort marked som en må forholde oss til. Dette vil nok i særlig grad gjelde spesialisthelsetjenesten som tar i bruk mye ny teknologi og kanskje ikke i like stor grad de tjenestene som kommunene skal levere innen utdanning, omsorg etc. I tillegg vil private helsetjenester være en viktig rammebetingelse for spesialisthelsetjenesten. Private aktører kan være et godt supplement til offentlige tjenester, men de kan også innrette sine tjenester etter andre forhold enn prinsipper for prioritering. Et lite prioritert område fra det offentlige kan skape et marked for privat tilbyderne. Over tid har pasient- og brukerrettighetene blitt styrket. Dette kan blant annet skje ved styrkede rettigheter i lovverket (Pasientrettighetsloven, 1999). Dette vil i utgangspunktet være til fordel for pasienten og brukerne, men kan påvirke rommet en har til prioritering.

4.1.2 Hovedkriterier for prioritering

Innledningsvis sa jeg at regjeringen ønsket å legge tre hovedkriterier til grunn for prioritering i hele helsetjenesten. Jeg vil nå se nærmere på hver enkelt slik at vi får en bedre forståelse av dem (Meld. St. 34, 2016):

- **Nyttekriteriet**

Prioriteten til et tiltak øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Dette vurderes ut fra om helsetjenesten som gis kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet. Dette ved å gi økt sannsynlighet for fysisk eller psykisk funksjonsforbedring. Det kan også være reduksjon av smerter eller ubehag. Dette forutsetter at det er mulig å kvantifisere nyttekriteriet i helseforbedringer som kan måles. Dette vil gjøre det mulig å foreta sammenligninger av nytten på tvers av pasientgrupper og tiltak. Regjeringen besluttet derfor å videreføre dagens praksis på gruppe nivå med gode leveår og kvalitetsjusterte leveår (QALY- Quality Adjusted Life Years). Ved å benytte dette begrepet får en med endringer som følge av tiltak i både helserelatert livskvalitet og endringer i levetid.

- **Ressurskriteriet**

Prioriteten til et tiltak øker jo mindre ressurser det legger beslag på. Ressurser som benyttes til å behandle noen pasienter, kunne ha blitt benyttet til å behandle andre pasienter. Tiltak som vil bedre helsen til noen, vil redusere muligheten for bedre helse til andre. Ressursbruken har med andre ord en alternativ kostnad. Ut fra tanken om en god prioritering, bør ressursbruken derfor være så effektiv som mulig. Det er verdt å merke seg at tiltak i spesialisthelsetjenesten kan være med på å påvirke ressursbruken i de kommunale tjenestene.

- **Alvorlighetskriteriet**

Prioriteten til et tiltak øker i takt med alvorligheten av en tilstand. Dette skal vurderes ut fra risikoen for død eller funksjonstap. Graden av eventuelt funksjonstap, fysisk og psykisk. I tillegg skal det tas hensyn til smerter og ubehag. Det skal tas hensyn til både nå-situasjonen og fremtidige tap. Jo mer det haster med behandlingen, desto større er graden av alvorlighet. Alvorlighet på gruppenivå måles ved hvor mange leveår som går tapt ved fravær av behandling. Enkelte har kritisert denne vektleggingen av alder, men regjeringen var ikke enig i kritikken. Det er mer alvorlig med sykdom tidligere i livet enn sent i livet, da det fører til tap av flere gode leveår. Gruppen eldre pasienter vil nok fortsatt motta en langt større andel av helsevesenets ressurser enn unge pasienter.

Meldingen presisere at kriteriene skal ses på hver for seg og i en sammenheng. De må dermed også veies mot hverandre. En tilstand med høy alvorlighet og stor nytte av et tiltak, kan

forsvare en større ressursbruk. Et tiltak med lav alvorlighet og liten nytte kan forsvares hvis ressursbruken er lav. Vurderingen vil variere ut fra ulike beslutningssituasjoner.

Ved hjelp av programmet NVivo har jeg foretatt en analyse av dokumentet. Der har jeg kjørt en word frequency og kodet de ett hundrede mest brukte ordene på fem bokstaver eller mer i 14 hovedkategorier med underkategorier. På bakgrunn av de kategoriene har jeg så fått laget en word cloud:



Hensikten med denne word cloud'en er å vise hvilke begrep som går igjen i dokumentet. Jeg er klar over at dette kun gir et inntrykk av hva som har vært mest i vektlagt og at det ikke er noen eksakt kunnskap om innholdet. Den øvrige gjennomgangen av dokumentet ivaretar dette. Word cloud'en viser at det som går igjen mest i dokumentet er følgende begrep, i synkende rekkefølge: pasientens/pasienter, prioritering, helsetjenesten, vurdering, tiltak, behandling og ressursbruk. Videre ser vi av word cloud'en at begrepet «kriteriene» som omhandler selv hovedkriteriene, ikke er så ofte omtalt i dokumentet. Dette viser kanskje at kriteriene i seg selv ikke er hovedfokuset på det som skal utføres. De skal ligge til grunn for det arbeidet som utføres ved prioriteringer overfor pasientene i helsetjenestene.

4.2 NOU 2018:16 Det viktigste først

Denne utredningen omhandler prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester. Gjennomgangen her vil kun se nærmere på de kommunale tjenestene. Bakgrunnen for denne NOU'en var som nevnt ovenfor at regjeringen ønsket en redegjørelse om og hvordan prinsippene for prioritering også kunne gjelde kommunene. Det må da ses på om prinsippene er relevante og i hvilken grad de eventuelt må korrigeres, slik at de kan anvendes innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Kommunene må med andre ord gjøre kriteriene som ligger til grunn for prioriteringene til sine egne.

4.2.1 Forskjeller i prioriteringene

Spesialisthelsetjenesten og kommunene vil det samme verdigrunnlaget. De står overfor de samme utfordrende beslutningene når det gjelder prioritering mellom ulike pasienter og brukere. Men en del vil være forskjellig også. Dette gjelder blant annet måten de styres på, finansiering og innholdet i tjenestene som skal leveres. Styring av spesialisthelsetjenesten skjer gjennom statens eierskap av de regionale helseforetakene. Kommunene har selv ansvaret for å dekke befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester innenfor gitte rammer. Stortinget vedtar økonomiske rammene for helseforetakene. Det vil si egne sektorbudsjett. For kommunene er det i all hovedsak Stortinget som bestemmer rammene. Helse- og omsorgstjenestene har da ikke egne sektorbudsjett bestemt av staten. Kommunene må selv foreta en fordeling av ressursene på alle områdene de har ansvaret for. Hvordan pasientene og brukene får tilgang til tjenesten vil også være forskjellige. For å komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten har en ofte vært i kontakt med en lege i kommunene. Det gjøres en vurdering før en sendes videre. Kommunene må kapasitet til å ta imot pasienten før det blir gjort en vurdering av dem. Tjenestene kan også bli levert i deres hjem. Tilbudet der vil ha en helt annen bredde.

Det er særlig tre viktige forskjeller som vil ha betydning for hvordan kriteriene for prioritering anvendes (NOU 2018:16, 2018):

- **Bredere samfunnsoppdrag**

Kommunene skal levere tjenester innenfor en rekke områder, f.eks. skole, barnehage, kultur, helse- og omsorg osv. Kommunene må prioritere på tvers av sektorer. Økte ressurser for en sektor, betyr at andre sektorer får mindre. Bruken av midlene har en alternativ kostnad. Det vil også være tilfellet for spesialisthelsetjenesten. Forskjellen ligger i at der prioriterer en innenfor et område. I kommunene må det prioriteres både mellom tjenesteområdene og innenfor de enkelte områdene. Prioriteringen har dermed to-dimensjoner. Dette vil kunne være med på å gjøre arbeidet med prioriteringene mer krevende.

- **Faglige målsetninger**

Spesialisthelsetjenesten har i stor grad fokus på en diagnose og har som mål å få pasienten frisk. Dette skal helst skje så raskt som mulig, slik at pasienten kan sendes

hjem der de bor. Pasientene og brukerne av de kommunale tjenestene har ofte kompliserte og langvarige sammensatte behov. Dette krever samarbeid på tvers av flere sektorer, profesjoner og tjenester. Målet med det kommunale tilbudet vil ofte være å sette brukeren i stand til å leve med den tilstanden de har. Fokuset vil da være på mestring. Mestring til å klare hverdagen som møter dem. Både sosial og fysisk mestring vil derfor være en viktig del av nyttekriteriet jeg har beskrevet ovenfor. Kommunene skal også drive med forebygging og helsefremmende arbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Effekten av dette arbeidet vil ikke bare komme helse og omsorgssektoren til gode. Andre områder vil også nyte godt av dette. Ser vi dette i forhold til spesialisthelsetjenesten vil det også ha en stor betydning for den delen av tjenesten.

- **Forskjellig forskningsgrunnlag**

De kommunale tjenestene skiller seg også fra spesialisthelsetjenesten ved de har et dårligere forskningsgrunnlag. Tiltakene i spesialisthelsetjenesten er i større grad satt i gang på bakgrunn av forskning og dokumenterte effekter. Beslutningene i kommunene kan da bli fattet på et usikkert grunnlag. Dette vil kunne påvirke arbeidet med prioriteringer.

Det vil da være viktig at de som er en del av de ulike beslutningsnivåene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er klar over de her forskjellene når de arbeider med prioriteringene.

4.2.2 Beslutningsnivåer i kommunen

I Meld. St. 34 (Meld. St. 34, 2016) blir prinsippene for prioritering i spesialisthelsetjenesten drøftet ut i fra fire beslutningsnivåer: klinisk, gruppe, administrativ og politisk.

Når prinsippene skal drøftes på kommunalt nivå, anbefales det at en drøfter ut fra følgende tre nivå:

- Faglig nivå
- Administrativt nivå
- Politisk nivå

Begrepet faglig nivå er da tenkt å skulle ta høyde for at brukerne i de kommunale tjenestene har mer sammensatte behov. Begrepet skal derfor omhandle mer enn det rent kliniske. På dette nivået møter en både den enkelte bruker/pasient og ulike grupper av brukere (NOU 2018:16, 2018).

Faglig nivå

På faglig nivå kan det skilles mellom ulike prioriteringssituasjoner. Den ene situasjonen kan være møte med pasienter eller brukere som har et akutt hjelpe behov. Dette kan særlig gjelde eldre pasienter som er utgangspunktet i mitt forskningsspørsmål. Ofte vil legevakten da være koblet inn i arbeidet. Gode prioriteringer vil da være avgjørende for både kvaliteten og sikkerheten til pasientene (NOU 2015:17, 2015). Her må det blant annet tas stilling til hvor mye det haster og graden av alvorlighet for pasienten.

Kommunen skal også ta stilling til hva som er nødvendig av tjenester for den enkelte bruker eller pasient. Skal det til eldre innbyggere f.eks. tilbys en plass ved et sykehjem eller skal det tilbys hjemmebaserte tjenester. I flere kommuner er det opprette egne enheter som foretar denne vurderingen. Trondheim kommune har to helse og velferdskontor som behandler disse sakene. De fatter vedtakene og hjemmetjenestene/sykehjemmene utfører tjenestene. Vi får da en bestiller – utfører modell. Vedtakene som fattes, vil ha en direkte innvirkning på nivået av tjenester og bruken av ressursene. For å kunne gjøre gode og effektive prioriteringer vil være viktig at samarbeidet mellom de forskjellige instansene er godt.

Tidligere i oppgaven nevnte jeg at også mange av prioriteringene som blir gjort, gjøres fortløpende av helsepersonell i det daglig arbeidet. Ofte gjøres arbeidet uten mulighet til å drøfte med andre eller å kunne reflektere over hvorfor det gjøres på akkurat den måten. Det må prioriteres hvilken type tjenester som skal gis og hvem som skal få dem. Dette kan være krevende for enkelte ansatte i en arbeidsdag hvor en opplever at behovene er store og ressursene er begrenset. En måte kommunene kan bidra til å løse dette på, er å utarbeide prioriteringsverktøy for de forskjellige tjenestene. Ved å gjøre dette får en felles rutiner som ivaretar lover, regler og retningslinjer.

Administrativt nivå

Dette nivået i kommunene må ta stilling til flere forhold. Det skal foretas en fordeling av ressursene innenfor de politiske rammene som er bestemt. Videre skal det foretas en organisering av tjenestene, fordeling av både budsjett og ansatte samt en hensiktsmessig tilpasning av tjenestene. En viktig oppgave er å forberede saker som skal opp til politisk behandling. Dette danner grunnlaget for de politiske prioriteringene som gjøres, både innenfor og mellom de forskjellige sektorene (NOU 2018:16, 2018). Prioriteringene her bør ivareta både innbyggernes behov og de ressursene som er tilgjengelige. Beslutningstakere på dette

nivået er ofte forskjellige ledere i kommunen. Det kan være rådmenn, kommunaldirektører eller ledere innfor helse- og omsorg.

Politisk nivå

Dette nivået kan dels i to. Det er et nasjonalt nivå som legger føringer for kommunene. Det kan f.eks. være Stortinget, regjeringen eller helseministeren. De bestemmer hvordan det skal prioriteres i kommunene. På lokalt nivå vil det være kommunestyret eller bystyret som foretar dette arbeidet i kommunen. Fordelingen av ressursene til de forskjellige sektorene på lokalt nivå vil derfor være et resultat av begge disse to nivåene. NOU 2018:16 som omhandler prinsippene for prioritering i kommunene har som tidligere nevnt vært ute til høring. Formannskapet i Trondheim kommune behandlet denne saken 28.05.2019 (Trondheim kommune, 2019). Der går det fram av saken at formannskapet på vegne av Trondheim kommune slutter seg til prinsippene for prioritering slik det framgår av NOU 2018:16 «Det viktigste først». Formannskapet ønsker at det utarbeides et verktøy som gir kommune kunnskap om praktiseringen av prinsippene. På alle tre nivåene i kommunene. Videre går det fram at formannskapet støtter virkemidlene for gjennomføringen. Det er også ønskelig at det ses på finansieringsmodeller innenfor helse og omsorg for å kunne styrke det forbyggende arbeidet. Formannskapet sier videre, at det er grunn til å anta at tiltak som iverksettes i kommunene resulterer i mindre forbruk av spesialisthelsetjenester. Det er også ønskelig med en avklaring av grensene mellom å utøve lokalt skjønn og nasjonale fastsatte prinsipper for prioritering (Trondheim kommune, 2019). Behandlingen av denne saken er et godt eksempel på samspillet mellom nasjonalt og lokalt nivå.

Jeg har også her foretatt en analyse av dokumentet ved bruk av programmet NVivo. Metoden er den samme med word frequency og koding av det ett hundrede mest brukte orden på fem bokstaver. Her har jeg benyttet 21 hovedkategorier med underkategorier. Grunnen til at jeg har valgt å benytte flere koder enn tidligere, er at dokumentet har en større bredde når det har utgangspunkt i kommunene og at det er mer relevant i forhold til forskningsspørsmålet i oppgaven. Jeg har på bakgrunn av dette fått laget følgende word cloud:



Som jeg sa ovenfor er hensikten med word cloud'en å vise hvilke begrep som går igjen i dokumentet. Det viser kun et inntrykk av hva som vektlegges mest i dokumentet. Gjennomgangen av dokumentet for øvrig ivaretar kunnskapen om innholdet. Følgende begreper er mest omtalt i word cloud'en i synkende rekkefølge: helse, kommune, omsorgstjenesten, pasienters og brukeres. Videre ser vi at begreper som befolkning, forebyggende, politisk og pårørende er også er omtalt. Dokumentet har dermed et litt større omfang enn St. Meld. 34 som jeg analyserte tidligere. Dette viser som jeg har nevnt tidligere at kommunene skal ha et bredere tilbud av helse og omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenesten.

4.3 Dybdeintervju

Jeg vil her gjennomgå data som er innhentet ved dybdeintervju av seks informanter på tre ulike beslutningsnivå i Trondheim kommune. Hver av nivåene har to informanter. Hvert av intervjuene har en varighet på ca. 60 min. Nedenfor gjennomgås faglig, administrativt og politisk nivå hver for seg. Intervjuene er delt opp med bakgrunn i delforskningsspørsmålene prioriteringer, kriterier og generelle erfaringer. Intervjuene er strukturert slik at det først ses på arbeidet med prioriteringer i kommunen. Videre går det nærmere inn på de tre hovedkriteriene alvorlighet, nytte og ressurs. Til slutt gjennomgås generelle erfaringer med prioriteringer.

Utgangspunktet for intervjuene har vært helse og omsorgstjenester med særlig fokus på eldre pasienter. Intervjuene er foretatt digitalt. På faglig nivå har jeg fortatt intervju av to ansatte i helse- og omsorgssektoren som dekker store deler av tjenestene til eldre pasienter som

hjemmetjenester, heldøgnsomsorg, rehabilitering, korttids- og avlastningsopphold. Videre har jeg lagt vekt på å ha informanter med ulike fagbakgrunn. Ved administrativt nivå er det foretatt intervju av to ansatte som har lang erfaring innenfor ledelse, organisering, budsjettering, tildeling og prioriteringer innenfor helse og omsorg. Informantene har også her ulike fagbakgrunn. På politisk nivå har jeg foretatt intervju av to politikere som sitter i bystyret, formannskapet samt helse- og eldrekomiteen i kommunen. Informantene er fra forskjellige politiske partier. De representerer både flertallet og opposisjonen i bystyret.

Ved valget av informanter til denne undersøkelsen har ønsket vært å få en størst mulig bredde med forskjellig bakgrunn. Dette for å få et så representativt utvalg som mulig. I gjennomgangen av informasjonen fra intervjuene viser informantene noen ganger til dokumenter som har vært sentrale i deres arbeid. Jeg vil da ta en kort gjennomgang av dokumentene for gi en bedre forståelse av hva de viser til og for å se det i sammenheng med den informasjonen de kommer med.

4.3.1 Faglig nivå

Prioriteringer

Informantene opplever det til tider krevende å skulle foreta nødvendige prioriteringer i de situasjonene hvor det er påkrevd. De har ikke mulighet til å si nei til brukere eller pasienter som har behov for helse og omsorgstjenester. En del grunnleggende tjenester må være på plass for at nødvendig helsehjelp skal være ivaretatt, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det beskrives som særlig utfordrende overfor kostnadskrevenne pasienter. Der må det tas stilling til hvor mye skal det gis av tjenester utover det om som defineres som grunnleggende tjenester. Noe av utfordringene ligger i at ressursene oppleves og ikke være tilstrekkelige. En av informantene sier:

«Det er jo krevende hvordan en skal prioritere. Hvilken innsats de enkelte pasient skal få. Men det er ingen tvil om at kostnadskrevenne pasienter for å si det sånn, som vi har jevnlig vil jeg si ikke konstant men jevnlig, ikke er i samsvar med de budsjetttrammene vi får tildelt. Selv om vi får noe kompensasjon, så er det en delvis kompensasjon. Den dekker ikke fullt og helt. Fagvurderingen opp imot budsjett og pasientbehov, pasientdefinerte behov, er en krevende situasjon når man skal prioritere»

Pasientene er der over så lang tid at det oppleves som jevnlig og ofte. Denne typen prioriteringer blir da en del av den daglige driften. En del av prioriteringene som må gjøres på dette nivået kommer på grunn av politiske vedtak. Vedtak som skal forstås, prioriteres og

gjennomføres. Dette må igjen ses i forhold til det fagpersonene opplever som riktig i forhold til driften. Det har blant annet blitt gjort et vedtak for hjemmetjenesten som sier at 90% av brukerne skal forholde seg til 10 eller færre hjelpere. En av informantene sier:

«Og det blir vi faktisk målt og telt på. Det står i kvalitetsmeldingen til Trondheim kommune»

«Når politikerne kommer med en slik bestilling, så er det ikke bestandig at vi tenker at den prioriteringen dem gjør på brukerne. Det kan hende vi tenker at de brukerne, brukergruppene. Det er andre brukergrupper vi kunne ha tenkt oss at det var mere fokus på, som er mere kritisk til hvis det kommer mer personell inn enn andre».

Informanten tror at dette kan handle om at de ulike beslutningsnivåene sitter med et litt ulikt virkelighetsbilde. Hva er viktig for politisk nivå og hva er viktig for faglig nivå. Det kan være at det er ulikt fokus på hva som skal vektlegges. Informanten sier at dette kan være krevende.

Kvalitetsmeldingen (Trondheim kommune, 2020) ble bestilt av bystyret i forbindelse med budsjettet i 2015. Det er en samlet årlig digital rapport som viser kvaliteten i eldreomsorgen i kommunen. Rapporten er åpen for alle. Dette med bakgrunn i at kommunen skal være en åpen kommune. Hvert år ses nasjonale indikatorer i forhold til noen av kommunens egne indikatorer. Indikatorene viser hvordan kommunen gjør det både samlet og for hver enkelt virksomhet. Det er også mulig å se forskjellene mellom virksomheten og utviklingen over tid.

Når det gjelder samarbeidet med administrativt nivå i kommunen, så oppleves det stort sett greit. Brukerne i hjemmetjenesten og pasientene som mottar heldøgns omsorg i f.eks. sykehjemmene får vedtak i forhold til sine behov og tjenestene blir utført. Utfordringene oppstår også her når det kommer personer som har behov langt over det som er vanlig praksis. Da blir det mer sammensatt og komplisert. Ofte er det flere instanser som er involvert og har en mening om hva som bør gjøres. Enhetene på det faglige nivået opplever at man står litt alene om det hele og fulle ansvaret. En av informantene sier:

«Det er jo dem pasientene som vi ser umiddelbart og blir informert om og er krevende. Da er alle enheter fra spesialisthelsetjenesten, stab, kommuneoverlege, er veldig mye mer engasjert når det kommer store pasienter og vil ha et ord med i laget på hvor denne pasienten skal plasseres. Men kostnadsbildet er det ingen som diskuterer så veldig mye. Det vil bli på enhetsnivå, man står veldig alene om det».

Informantene på faglig nivå er positive til at det kan komme felles prinsipper for prioritering i den kommunale helse og omsorgstjenesten. De tror at det kan bidra til at det tenkes mer helhetlig i forhold til pasientforløpene i kommunen. Dette kan også bidra til en mer likhet i tjenestetilbudet blir det sagt og at det ikke er avgjørende hvor du bor hen i byen. Det eksisterer også interne retningslinjer i forhold til tildeling av tjenester i dag, men nasjonale prinsipper som gjelder for alle kommunene er ønskelig.

Når det blir spørsmål hvilke områder de kunne ha tenkt seg var bedre prioritert, svarer en av informantene:

«Det vi ser er jo psykisk helse og rus hos eldre pasienter. Der merker vi at det kunne ha vært bedre prioritert»

Dette handler både om tilgjengelighet og samarbeid. Det blir litt oppdelt, segmentert. Dette oppleves som et krevende område det skulle ha vært satset mer på. En annen informant opplever at det er en knapphet på ressurser i forhold til de tjenestene som skal leveres. Det oppleves som at enkelte pasienter ikke gir helt riktig tildeling av ressurser i budsjettfordelingsmodellen. Trondheim kommune tildeler deler av budsjettene sine ved bruk av ADL variabler som angir funksjonsnivået til brukerne. Informanten sier:

«Det er en sånn evig kamp, ikke sant. Vi får jo tildelt budsjettene gjennom ADL. Noen ganger så ser vi at det er ikke brukeren med høyest ADL som krever alle ressursene sine. Det er kanskje en med lavere ADL som egentlig krever mer, men som vi ikke får tildelt alt til. Så det har vært , ja en omfordeling noen ganger da»

«Da er det litt sånn at du må ha noen brukere i de tyngste klassene som skal kompensere for de på midten som du får for lite ressurser for. Og har du ingen i de tyngste klassene så sliter du på midten»

Når det her snakkes om ressurser så mens det rett og slett budsjett til å kunne gå med riktig bemanning i forhold til produksjon av tjenestene som skal leveres. Enhetene foretar da selv en omprioritering fra en pasientgruppe over til en annen pasientgruppe de mener trenger ressursene mer.

Kriterier

Informantene ser at en del av det som ligger i kriteriene som forslås gjør de allerede i dag med kanskje et litt annet innhold og med en litt annen tilnærming. Videre ser de at kommunen har en annen rolle enn spesialisthelsetjenesten og derfor må ha en egen tilnærming til kriteriene

for å ivareta samfunnsoppdraget de er satt til å gjøre. En av informantene sier følgende etter å ha lest NOU 2018:16 Det viktigste først:

«Økt fysisk, sosial mestring. Den er jeg fornøyd med er tatt inn i NOU'en og beskrevet. Så fokus på mestring og det å leve med sykdom at det blir en dimensjon. Det er jeg glad for har kommet med. Jeg hadde ikke tenkt på det så veldig mye. Vi snakker mye om mestring, men som en del av et kriterium. Det fikk jeg økt bevissthet på»

Informanten sier at det også i dag er snakk om mestring, men kanskje mer som honnør ord. Alle er enig i at det er viktig å mestre, men informanten opplever at det ikke er gått i dybden på hva det egentlig innebærer. Å få det med som en del av kriteriene vil da være fint.

Når det gjelder selve kriteriene som foreslås brukt har informantene på faglig nivå litt ulik forståelse av hvordan de vektlegges i kommunen sitt arbeid pr i dag. De er enige om at alle tre må ses både hver for seg og samlet under ett. Men går vi litt nærmere inn på hvert enkelt kriterium og spør om noen av dem er viktigere enn andre, ses det litt ulikt. En av informantene sier at de ikke kan si nei til å ta imot f.eks. nye pasienter og at alvorlighetskriteriet er det viktigste. På spørsmål om alvorlighetskriteriet kanskje kommer litt foran de andre to kriteriene svarer informanten:

«Ja, det vil jeg si». «Så er alvorlighetskriteriet det første. Det trumfer alle ja»

Informanten sier at hvis det må settes inn ekstra ressurser i form av f.eks. økt bemanning, så er det greit å gjøre det. Tjenestene må uansett leveres. En annen informant er litt mere delt i dette synet og opplever de situasjonene annerledes. Informanten sier:

«Ut ifra de signalene, egentlig ikke bare signaler. Direkte uttalelser vi får, så er det jo sånn, at vi forventer budsjett disiplin og at budsjettet holdes. Det er jo uttalt veldig tydelig i Trondheim kommune. Det er det sikkert i alle kommuner, men det er veldig tydelig».

Informanten her opplever at ressurskriteriet tillegges langt større vekt:

«Ja, vektingen sånn jeg opplever det er at ressurskriteriet er høyt vektet da. Alvorlighetskriteriet er fagdefinert og står veldig sterkt, fordi det er veldig førende, sterkt førende. Mens nyttekriteriet er den delen som er veldig tonet ned. Lite uttalt sånn som jeg opplever det».

Videre mener informantene at de nye prinsippene for prioritering kan gi bedre tjenester i kommunen hvis det blir utarbeidet statlige retningslinjer for at man skal få en økt felles forståelse av dem. De retningslinjene må det da jobbes med helt nede på enhetsnivå, slik at implementeringen i organisasjonen blir god. Gjerne være en del av utdanningen til helsepersonell. De må være tydelige nok til at de gir en retning og mulig å følge, men vid nok til at det fortsatt kan brukes et faglig skjønn ved utførelsen av tjenestene.

Ser vi på hvilke utfordringer de nye prinsippene for prioritering vil kunne gi kommunene, er det særlig to forhold informantene trekker fram. Det ene er at de ansatte må se nytten av å bruke dem. Hva vil det bety for brukerne og pasientene? Hva vil det bety for meg og min arbeidshverdag? Hva vil det bety for Trondheim kommune at dette blir gjort? Dette er viktige spørsmål få svar på. Det andre er dokumentasjon som kan brukes som grunnlag for forskning. Forskning som kan bidra til at prioriteringene som foretas blir bedre enn i dag. En av informantene sier følgende:

«Vi dokumenterer jo opp at ned og stolpe, men dokumenterer vi i forhold til de riktige tingene. Pr i dag så gjør vi ikke det, sånn som jeg ser det.»

«Det som er lett og telle er jo tall. Om du går innenfor eller over budsjett. Det er enkelt og veldig synbart. Faglige vurderinger, hva du oppnår av mestring, om forebyggende arbeid har effekt, det har vi veldig lite tall på»

Håpet er at arbeidet med Helseplattformen (St. meld. nr. 9, 2012) vil gi bedre dokumentasjon som kan brukes til forskning. Helseplattformen er navnet på en ny felles pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformen AS eies av Helse-Midt Norge og Trondheim kommune.

Generelle erfaringer

Til slutt ble det sett nærmere på positive opplevelser og andre erfaringer en eventuelt måtte ha i forhold til prioriteringer på sitt område. Den ene informanten trekker fram arbeidet Trondheim kommune har gjort i forhold til reformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15, 2018). Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre. Den skal bidra til at eldre kan mestre livet lengre, at de får hjelp når de har behov for det, pårørende ivaretas og ansatte får tatt i bruk sin kompetanse. Arbeidet der opplevdes som svært givende. De ansatte ble anerkjent og sett for den jobben de gjorde. De så at arbeidet de gjorde hadde en betydning for andre og at det utgjorde en forskjell for dem. Informanten sier følgende om NOU 2018:16 Det viktigste først:

«Jeg tror vi vil lykkes med denne her NOU'en her da. Dette her må nedover til de ansatte. Det er de som møter brukerne»

Informanten tror at grunnen til at en lykkes så godt med arbeidet rundt «Leve hele livet», var at faglig, administrativt og politisk jobbet godt sammen. Hadde en felles forståelse av arbeidet som skulle gjøres, så nytten av det og prioriterte ut ifra det.

4.3.2 Administrativt nivå

Prioriteringer

Informantene på administrativt nivå opplever at det bevist eller ubevist foretas prioriteringer hele tiden. Kommunen er i en kontinuerlig prioriteringsprosess. Når det gjelder hver enkelt bruker eller pasient, så benyttes det egne standarder for hvordan dette skal behandles i Trondheim kommune. De danner grunnlaget for hva du kan få tildelt av tjenester. Men noen ganger kommer det noen som ikke passer inn i de prosedyrene og rutineene som skal veilede faglig nivå. Da må man gjerne en ta en runde litt høyere opp i organisasjonen for å veilede hva man gjør i forhold til prioriteringsutfordringene som kan oppstå. En av informantene sier:

«Det handler om både kompleksitet og det handler også om brukergruppe. Jeg oppfatter jo at det faglige overstyrer det økonomiske. Vi er veldig sånn at det. Vi lar ingen slippe ut eller lar være å gjøre noe. Hvis vi ser at det er nødvendig å gjøre noen ting fagligsett, så gjennomfører vi det»

Informanten sier at også nytten av tiltaket kommer inn her. Om det vil bidra til bedring til brukeren. Det er viktig å ta med i vurderingen av tjenestene som skal leveres. Når det gjelder ressurser så er det en klar føring fra kommunen sin side at de økonomiske rammene skal holdes. De store prioriteringsdiskusjonene tas i forbindelse med Handlings- og økonomiplanen (HØP) til kommunen (Trondheim kommune, 2021). Ved en årlig rullering av HØP legges strategien for de 4 neste årene. Da står en overfor løpende prioriteringer mellom f.eks. skole og helse, yngre og eldre, men også prioriteringer innenfor helse mellom sykehjem og hjemmetjeneste etc. En av informantene sier:

«Så du tenker deg at du har et stort prioriterings tre. Hvor du starter egentlig prioriteringen mellom tjenesteområder i Trondheim, som oppvekst og utdanning og helse og velferd. Prioritering innenfor helse og velferd, mellom ulike pasientgrupper, og så igjen prioritering innenfor pasientgruppene som f.eks. eldre eller tjenester til utviklingshemmede. Og når vi prioriterer innenfor pasientgrupper så vil det også være

prioriteringer mellom ulike pasientgrupper innenfor eldre. Men også helt nede, du ender med prioriteringer nede på pasientnivå».

Kommunedirektørene legger fram sine forslag til politikerne, basert på innspill fra sin egen fagorganisasjon, enhetsledere og tillitsvalgte. Samarbeidet oppleves som greit. Men av og til oppleves det at arbeidet med prioriteringene kan bli utfordret av sterke pressgrupper som media, brukergrupper og forskjellige organisasjoner.

Informantene er også her positive til at det foreslås felles prinsipper for prioritering i den kommunale helse og omsorgstjenesten. En av informantene tror det kan bidra til det snakkes «samme språk» når det jobbes med prioriteringer, selv om kommunen må gi kriteriene sitt eget innhold i forhold til samfunnsoppdraget som skal utføres. Tror det kan gi hjelp til dialog og samhandling. Både internt i kommunen og i forhold til spesialisthelsetjenesten. En annen informant sier at det har vært et sterkt behov og et ønske å ha noe en kan kalle for objektive kriterier. Diskusjonene rundt prioritering har kanskje i større grad vært basert på økonomiske forhold. Informanten og intervjuer sier følgende i deler av intervjuet:

Informant: «Det at man nå får prioriteringskriterier som legger vekt på andre forhold. Det tror jeg blir kjempeviktig. Det at man legger vekt på alvorlighet og nytte, for pasient. Mer enn å se på hvordan en ligger an i forhold til snitt av andre kommuner».

Intervjuer: Ja, for det er ikke dermed sagt at snittet av andre kommuner er riktig heller.

Informant: «Nei, og ikke sikkert at den prioriteringen vi gjør i forhold til økonomiske behov hadde vært det samme hvis vi hadde vist, hadde mer kunnskap om nytten for ulike pasientgrupper. Du kan tenke deg både mellom eldre og yngre, men også mellom ulike eldregrupper».

Hvis vi ser på hva de ønsker skulle ha vært bedre prioritert innenfor helse og omsorg, svarer en av informantene at det fortsatt må arbeides med tidlig innsats, hverdagsmestring og velferdsteknologi. Dette for blant annet å dempe noe av etterspørselen etter tjenester i fremover, men også for å kunne møte de utfordringene en vil kunne stå overfor. En annen informant sier at det også er et ønske om at forskning prioriteres i større grad enn i dag. Dette for å få et bedre kunnskapsgrunnlag for hva som vil være en riktig prioritering. Nesten all forskning innenfor helse og omsorgstjenester i dag gjøres i spesialisthelsetjenesten.

Universitetssykehusene er pålagt å drive med forskning (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Det gjelder ikke i samme grad for kommunene. Derfor har de et langt større kunnskapsgrunnlag enn hva det er i kommunehelsetjenesten.

Kriterier

Hvis vi ser på selve kriteriene som er foreslått brukt i arbeidet med prioriteringer, så har informantene på dette nivået noen tanker rundet hvordan de bør vektlegges. Den ene informanten sier:

«For å si det sånn. Man starter ikke med ressurskriteriet. Man starter med nytte og alvorlighet. Også skal ressurs komme inn som, gitt lik nytte og alvorlighet. Hva er kostanden, da skal du velge det mest kostnadseffektive tiltaket. Men så er spørsmålet, hvordan skal du klare å evaluere ulike tiltak opp mot hverandre. For som regel er det ikke samme nytte og alvorlighet. Da bruker man jo i spesialisthelsetjenesten det her med kvalitetsjusterte leveår».

Når det skal foretas denne typen prioriteringer, er informanten av den oppfatning av at arbeidet må gjøres på gruppenivå. Det blir vanskelig å skulle se for seg prioriteringskriteriene brukt helt nede på individnivå. Informanten sier:

«Jeg tror at det skal dette være gjennomførbart så må du tenke at prioriteringskriteriene skal brukes på gruppenivå. Jeg tror det er helt, jeg tror ikke du kan, det er sånn det gjøres i spesialisthelsetjenesten også. At når de vurderer en ny medisin, så vurderer du ikke undergrupper av dem som skal ha nytte av den medisinen».

Informanten er usikker på om faglig eller klinisk nivå skal forholde seg til dette her. Er det først besluttet at brukeren eller pasienten skal få et tilbud, så skal man ikke på faglig nivå vurdere om behovet er der eller ikke. En annen informant sier følgende når det ses på kriteriene både hver for seg og samlet:

«Alvorlighet, jeg tror vi starter med å redde liv. Det tror jeg trumfer alt. Men du holder ikke på i times vis og dages vis og redder liv. Det er en hyperinnsats fram til et punkt der du ser, da begynner både ressurs og nytte å slå inn. Men alvorlighet, hvis man tar det perspektivet så er jeg enig, du prøver alt du kan for å redde liv. Det trumfer både kostnad og ressurs fram til du begynner å ha et bilde av hvordan går dette her. Hva har vi av erfaringer tidligere. Vil det føre til et lev bart liv. Nå er jeg på individnivå selvfølgelig»

Informanten er opptatt av at en også må se nytten av de tjenestene som iverksettes. Oppnås det som er hensikten med tilbudet til pasienten. Det vil være en grense for hvor dyrt et tilbud kan være hvis det skal gjennomføres. Kriteriene kan kanskje ha litt ulikt innslagstidspunkt, men må med tiden ses samlet sett. Videre støtter informanten at det utarbeides nasjonale veiledere og retningslinjer for hvordan helsepersonell skal praktisere prioriteringskriteriene. Informanten sier:

«Det vil ikke ligge noen fasiter, men råd og veiledning på hvordan skal du tenke, hvilke situasjoner kan du på, ofte stilte spørsmål»

«Du er nødt til å ta det siste faglige skjønnene selv som helsepersonell»

«Kanskje må det være et levende verktøy som må fylles på etter hvert med kunnskap og erfaring som man kan hente ut. Det kan støtte helsepersonell mer i det daglige. Man kan da få til gode diskusjoner ut på enhetene eller praksisplassene».

Det er også et håp om at de nye kriteriene kan gi bedre tjenester for innbyggerne i Trondheim kommune ved at politikerne får større tillit til at når det bevilges penger, så kommer det pasienten til gode. Tidligere år har det vært gjort relativ store endringer i ressursene fra en del av helse og omsorgssektoren til en annen del. Uten at det forelå noen kriterier, beregninger eller plan for hvorfor dette ble gjort. Området var under press og noe måtte bare gjøres. Dette ble støttet politisk. Informantene mener at målet med de nye kriteriene må være at eventuelle endringer som foreslås kan beregnes med hvilken effekt det gir før det vedtas politisk. En informant sier følgende kunne vært en mulighet:

«Hvis dere prioriterer opp den her gruppen mer, så sier dere nei til noen andre. Gir det samlet sett for innbyggerne i Trondheim kommune en bedre eller dårligere livskvalitet i sum. Når dere velger å ta penger fra utviklingshemmede for å prioritere eldre, eller motsatt. Hva skjer med de to pasientgruppene? Den informasjonen burde politikerne hatt når de gjør de her valgene».

Inntrykket er at det foretas prioriteringer og endringer innenfor en sektor, men at det svært sjelden tas ressurser fra en sektor som f.eks. oppvekst og utdanning for å overføre til f.eks. helse og omsorg. Eller motsatt vei. Informanten sier:

«Det er vanskeligere å flytte penger mellom de ulike direktørområdene enn innenfor et direktørområde».

De senere årene har helse og omsorgsområdet vært prioritert i Trondheim kommune. Da Eldreplanen kom i 2016 ble det bestemt at de neste 8 årene skulle settes av 20 millioner for komme opp på gjennomsnittet av de andre største kommunene i landet. Eldreplanen (Trondheim kommune, 2016) er et strategisk dokument som viser temaplanene for tjenester til eldre i perioden 2016-2026. Den skal legge til rette for en tjenesteutvikling som sikrer innbyggerne i kommunen et verdig og meningsfylt liv gjennom hele livet. Dette skal gjøres i samarbeid med brukerne og ut ifra gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer. Informantene sier også at det er et håp om at når Helseplattformen (St. meld. nr. 9, 2012) kommer, så vil de kunne gi oss et helt annet datagrunnlag for å kunne prioritere i tråd med de nye kriteriene. Tilfanget og omfanget på datamaterialet blir da endret vesentlig. Men det er en lang vei å gå. Det må gjøres ulike forskningsprosjekt for å få dette på plass.

Generelle erfaringer

Når det gjelder positive erfaringer med prioriterings arbeidet innenfor helse og omsorg, trekker en av informantene fram Eldreplanen (Trondheim kommune, 2016). Informanten sier følgende:

«Eldreplanen er et langt skritt i riktig retning på en langsiktig strategi på hvordan vi skal prioritere innenfor helse og omsorg».

«Så jeg tenker at det beste vi har gjort i forhold til prioriteringer i Trondheim. Det er de to eldreplanene».

Tidligere år så drev man i langt større grad og etterbevilget ressurser til områder som trengte det, fordi det ikke var lagt en god nok plan i forkant.

4.3.3 Politisk nivå

Prioritering

Informantene sier at det i all hovedsak foretas prioriteringer gjennom budsjettene og på store områder. Prioriteringer i forhold til individ nivå kan derfor oppleves som noe fjernt. Det kan oppleves som krevende i en hverdag hvor mange har store behov. Enkelte områder har fått høy prioritet de senere årene og ikke alle er sikker på om det er riktig. En informant og intervjuer sier følgende i deler av intervjuet:

Informant: «Hele den tiden jeg har vært med i Trondheim politikken så har det vært fokus på helse og velferd. Helse og velferd har på en måte vært det viktigste området og blitt målt hvert år på hvor mange nye årsverk har det kommet. Det er et kriterium

som det har vært mye måling på. Så jeg vil si at helse og velferd har vært, inn til rektoropprøret og læreropprøret og foreldreopprøret kom i skolen, så har helse og velferd vært øverst på listen»

Intervjuer: «Hva tenker du om det da?»

Informant: «Jeg er litt usikker på om det er riktig fordi det har gjort det vanskeligere å vri innsatsen tror jeg. For det har gjennom mange år vært en diskusjon om hjemmebaserte tjenester vs. sykehjemsplasser f.eks. eller heldøgns plasser. Men det er ingen som, ingen politiker som ikke tør å levere på sykehjemsplasser og sykehjems bemanning. Årets budsjett er første året der bystyret ikke trapper opp i takt med Eldreplanen som bystyret har vedtatt».

Informanten gir videre uttrykk for at det er vanskelige å finne hva som er rett nivå. Det er lagt et nivå i Eldreplanen (Trondheim kommune, 2016) på at kommunen skal opp på nivå med gjennomsnittet av de store kommunene på bemanning. Informanten sier videre:

«Men er det rett å putte ressursene inn i helse og velferdssentrene eller er det rett og bruke mer på hjemmebasert omsorg og dagtilbud og andre ting da».

Informantene opplever samarbeidet med administrasjonen og tillitsvalgte som veldig bra. Administrasjonen framstår som faglig dyktig og leverer god informasjon som gjør politikerne i stand til å sette seg inn i sakene det gjelder. Videre har det ikke vært noe ønske om felles prinsipper for prioritering tidligere, men at noen objektive kriterier kan være en fordel. Gitt at det er mulig å få til og at folk har mulighet til å forstå dem. Forutsatt lokale tilpasninger.

På spørsmålet om det er noen områder de kunne ha tenkt seg var bedre prioritert innenfor helse og omsorg, svarer en av informantene psykisk helse. Særlig forebyggende psykisk helse. Det er et område som ikke har fått den hele og fulle oppmerksomheten.

Kriterier

Når det kommer til kriteriene som mener informantene at alle tre er viktig på hver sin måte. Hvis de skal trekke fram et så blir det alvorlighetskriteriet, men også der må det foretas en vurdering. En informant og intervjuer sier følgende i deler av intervjuet:

Informant: «Er det ikke alltid sånn innenfor helseområdet, at det er alvorlighetsgraden i ting som må være med?»

Intervjuer: «Jo, det er ofte det. Kommer ofte på det veldig mye ja»

Informant: «Ja, men så er det litt farlig å si at det må være en kost-nyttevurdering også».

Intervjuer: «Ja»

Informant: «Det må være en vurdering av om dette er en fornuftig bruk av ressursene opp imot hva vi vil få av resultat. Det må det jo være».

Enkelte enheter i Trondheim kommune opplever at det ikke alltid er samsvar mellom de ressursene de får til disposisjon og de tjenestene de er satt til å levere. En av informantene sier:

«Jeg tror alltid det vil oppleves som at det er et gap ja. Nesten uansett hvor mye man putter inn i det så vil det oppleves sånn for noen».

«Så er det mest sannsynlig slik da, ikke sikkert at det blir noe lettere framover når folk blir eldre, lever lengre, flere demente, flere med store behov og økende krav fra de fleste. At vi har økte forventninger til hvordan ting skal være».

Politikerne skal prioritere både mellom og innenfor de ulike sektorene. En av informantene opplever at her er det en del å hente og at dette arbeidet ikke er godt nok i dag. En informant og intervjuer sier følgende i deler av intervjuet:

Informant: «Og det kommunene ikke er noe særlig god på, det er min uærbødige påstand, det kommunene ikke er gode på, det er å flytte penger bort fra områder der pengene ikke behøves. Der de ikke er så nødvendige. Det er sjelden at man opplever at kommunen sin administrasjon rydder i hyllene for å si det sånn og lempet ut det man ikke har bruk for lengre. Det vil du gjøre i din private økonomi».

Intervjuer: «Tenker du da innenfor sektorene eller mellom sektorene?».

Informant: «Både innenfor og mellom. Det skjer nok kanskje til en viss grad innenfor. I og med du blir presset til å gjøre tilpasninger. Men mellom sektorene, det tror jeg er fint lite ja».

Intervjuer: «Så hvis du først har fått en tildeling og har den, så blir den fort der?»

Informant: «Ja, det er mitt inntrykk ja».

Informanten sier at det arbeides med omstilling i Trondheim kommune hvor det blant annet ses på forbedringer, men at det fortsatt vil være noen lommer om ingen ser og som bare får

være der. På spørsmål om det kan være vanskelig å finne denne typen slakk svarer informantene:

«Ja, og det er vanskelig å finne i et kommunalt system. Og derfor er det ofte for å ta ut den slakken, så blir det satt inn virkemidler som rammer dem som ikke har slakk også. Og det er ikke så bra».

Videre sies det at kriteriene må ha legitimitet blant fagpersonell i første linjen hvis de skal fungere. De må se nytten av å bruke dem, at de kan prioritere mer fornuftig i hverdagen og at det kommer brukere og pasienter til gode.

Ser en på hvordan de nye kriteriene for prioritering kan gi bedre tjenester i kommunene, så sier en av informantene:

«Hvis man får kriterier som fungerer, så kan det være lettere å styre ressursbruken fra toppen også».

«Det betyr at du kanskje kan gi noen klarer budsjettføringer da. Fortelle gjennom budsjettet hvilken retning vi ønsker».

En annen informant sier at de kan ligge til grunn og være et utgangspunkt. Men at det alltid må være et visst lokalt handlingsrom. På spørsmål om det da tenktes på klinisk nivå og at det kan være tydeligere retningslinjer på gruppenivå der politikerne prioriterer innenfor grupper og rammer svarer informantene:

«Nei, jeg tenker at ikke at det skulle være tydeligere på gruppenivå. Da må det heller være på faglig nivå da. Hvis man mener det, er der man har behov for det».

Informantene sier at hvis føringene fra staten blir for tydelige på hvordan det skal være, må det følge midler med hvis kommunen skal ha anledning til å prioritere i henhold til de rammene som blir satt. Dette kan være en av utfordringene som kriteriene kan gi. At føringene blir for strenge. En annen informant sier at det er viktig at kriteriene blir sett på som et redskap og ikke et mål i seg selv. At forståelse av dem er riktig og at nytten av bruken er god hos de på faglignivå.

Generelle erfaringer

Hvis det ses nærmere på positive opplevelser hvor de har lyktes gode med å prioriterer riktig, blir det trukket fram en del ting. Den ene informantene sier:

«Helse og eldreområdet, det har jo fått et løft. Virkelig, i de årene vi har styrt byen da. Det var et område som var veldig nedprioritert, faktisk».

«Vi har fått en Eldreplan, vi har fått en opptrappingsplan på bemanning og vi har ikke minst fått full sykehjems dekning som defineres på den måten at du ikke skal vente lengre enn 6 uker fra du får et vedtak om langtidsplass, til du faktisk har den plassen. Det er jeg veldig glad for at vi har fått til».

En annen informant trekker fram at det i de senere årene har vært jobbet med mat og ernæring. Det har det vært satset betydelige på og tilbakemeldingene har vært positive. En utvidelse av dagtilbudet til demente har også blitt verdsatt. Generelt oppleves det som positivt de enhetene som har en ledelse og ansatte som er endringsorientert. De er ofte flinkere til å tenke nytt enn den politiske ledelsen er. Dette mener informanten vil gjøre oss bedre rustet med tanke på fremtiden og de utfordringene vi står overfor.

5.0 Analyse og diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg se nærmere på tidligere gjennomgått teori i forhold til funn som er gjort i data fra intervjuene. Elementer fra dokumentanalysen vil også bli trukket inn i dette arbeidet. Gjennomgangen vil bli gjort med utgangspunkt i delforskningsspørsmålene. Det vil bli gjort i følgende rekkefølge 1. prioritering, 2. kriterier og 3. generelle erfaringer. Under delforskningsspørsmål 2.kriterier ses det særlig på alvorlighetskriteriet, nyttekriteriet og ressurskriteriet. Under hvert delforskningsspørsmål er det foretatt sammenligninger av de ulike beslutningsnivåene på gruppene nivå. Der hvor gruppene internt har ulike oppfatninger av arbeidet med prioritering, er dette presisert. Til slutt foretas det en oppsummering som viser likheter og forskjeller mellom de ulike beslutningsnivåene.

5.1 Prioriteringer

Her har jeg sett nærmere på hvordan prioriteringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene i Trondheim kommune oppleves for deler av organisasjonen i dag. Dette er det første av de tre delforskningsspørsmålene. Ved gjennomgangen av data i empiridelen så vi at tilbakemeldingene fra faglig nivå var at det er et arbeid som gjøres daglig og at det kan være veldig krevende i perioder. Ikke konstant men jevnlig. Det oppleves som at det ikke er samsvar mellom de økonomiske ressursene som tildeles og det faglige arbeidet som skal utføres. Det blir omtalt som en evig kamp. Å få til en optimal tilpasning av tjenestene vil være svært vanskelig. For å sikre at produksjonen av helsetjenestene er i samsvar med det politisk nivå ønsker, benyttes det virkemidler som f.eks. mål- og resultatstyring (MRS). Hvor det blant

annet skal registreres ulike typer oppdrag som utføres og brukernes funksjonsnivå. Dette brukes så til å se om de fastsatte målene er oppnådd og til å fordele de økonomiske budsjetttrammene. Videre kom det fram av data fra intervjuene at de ble målt på at 90% av brukerne skal forholde seg til 10 eller færre brukere. Det kom også fram at budsjettet fordeles etter ADL variabler som angir funksjonsnivået til brukerne.

5.1.1 Ulike prioriteringer

Innsamlet data fra intervjuene viser at det faglige nivået ikke alltid er enige i dette. De har en annen oppfatning av hva som burde ha vært prioritert. Her kan vi komme i en situasjon hvor det oppstår agentkostnader (Jensen & Meckling, 1976) på grunn av asymmetrisk informasjon. Det faglige nivået som er nærmere brukerne ser et annet behov enn hva som er vedtatt på politisk nivå. Data fra intervjuene på faglig nivå viser at informantene ikke alltid opplever at det er samsvar mellom det du får i budsjett ved bruk av registrering av ADL variabler og hva du faktisk trenger for å utføre helsetjenestene. Du må helst ha noen svært tunge pasienter med høy ADL som ikke trenger alt de får av ressurser, for å dekke behovet til de som har et nivå som ligger midt på. Har du ikke det, så vil du slite sa en av informantene i intervjuene.

Innsamlet data viser at faglig nivå kan foreta en annen fordeling av ressursene enn hva som var tenkt i utgangspunktet. Dette vil gi noen kostnader for politisk nivå. Kostnadene vil være i form av et resttap som gir lavere måloppnåelse enn hva som var ønskelig. Utgangspunktet var at de tyngste pasientene skulle få mest helsetjenester. Kostnadene i forbindelse med MRS og resttapedet blir da agentkostnadene. Men hva om faglig nivå foretar en bedre vurdering ved fordeling av ressursene enn det som opprinnelige var besluttet på politisk nivå? Vi kan da få en situasjon hvor det oppstår anti-agentkostnader. Oscar Varela har sett nærmere på dette i sin artikkel «Agency costs» when agents perform better than owners» (Varela, 2017). Varela ser bort i fra den tradisjonelle agentteorien. Her argumenteres det for at agentene som skal utføre tjenestene har så sterkt eieforhold til det som skal leveres, at de kommer fram til løsninger som er bedre enn det som var tenkt opprinnelig. Det kan faktisk være tilfellet når faglig nivå henter ressurser fra de tyngste pasientene med høyest ADL vektning for å bruke det til brukerne som ligger i midten. Det hadde vært interessant å sett nærmere på dette. Gitt at det var riktig, ville det gitt en bedre prioritering av ressursene.

Når det gjelder særlig kostnadskrevende brukere som faller litt utenom standardene, viser data fra faglig nivå i empiridelen at det diskuteres mye faglighet, men lite hva det faktisk koster av ressurser. Det blir man litt alene om. Dette kan skyldes litt ulikt virkelighetsbilde blir det sagt på faglig nivå. Her vil arbeidet til Melander (Zeuthen Bentsen, 1999) i forhold adskille

verdener være relevant. Faglig nivå opplever liten forståelse for de utfordringene de står overfor når de skal levere helse- og omsorgstjenester til kostnadskrevenne brukere. Dette kan føre til at man kommer inn i en «ond sirkel» hvor det blir en kamp om ressursene, økt kontroll og mer rapportering. Kommunen bør da prøve på å få etablert en bedre dialog mellom de ulike beslutningsnivåene for redusere eventuelle problemer som kan oppstå som følge av dette. På administrativt nivå går det fram av innsamlet data at det prioriteres bevist eller ubevist hele tiden. Det er en kontinuerlig prosess ble det sagt av informantene. De sa at det ble benyttet interne standarder i det løpende arbeidet med produksjonene av tjenestene, men erkjenner at det kan være enkelte brukere som krever så mye at det må tas en runde høyere opp i organisasjonen for å komme fram til en løsning. Det kan være veldig komplekst. Data fra administrativt nivå viser at informantene er av den oppfatning at det faglige overstyrer det økonomiske. Må noe gjøres, så gjøres det. Vi lar ikke være å gjøre noe ble det sagt av informantene i intervjuene. Ser vi dette i forhold data fra informantene på faglig nivå, så ser dette ut til å stemme med den oppfatningen de har.

Utfordringen vil da kanskje være som informantene på faglig nivå viser til i data fra intervjuene, at ressurstildelingen ikke har hatt en tilsvarende avklaring. Helsetjenestene som er nødvendig blir levert, men ansvaret for å finne økonomiske ressurser til det ligger da igjen på faglig nivå. Noe av forklaring på hvorfor det kan bli slik, kan vi se ut ifra Ouchis styringsmodell for offentlig sektor (Ouchi, 1979). Den ser nærmere på kausalkunnskap og resultatmål. Der så vi tidligere at en stor del av helse og omsorgstjenestene kom i rubrikk nr. 4 Profesjonsstyring. I den kategorien er resultatmålene uklare og kausalkunnskapen dårlig. Dette er ofte tilfellet med de svært krevende pasientene. Hva som kan oppnås av resultater og hva som faktisk fungerer av tjenester kan være svært forskjellig fra person til person. Da må arbeidet bare starte for ivareta behovet for helsetjenester, så må ressurser og nytten av tilbudet komme etter hvert når situasjonene har blitt mer avklart.

Data fra intervjuene av informantene på politisk nivå viser at de i all hovedsak foretar prioriteringer mellom tjenesteområdene ved budsjettene, men at de også kan prioritere innenfor de enkelte tjenesteområdene. Innsamlet data viser at helse og velferdsområdet har vært det viktigste området over flere år ifølge informantene. Det har vært foretatt en opptrapping på området som er i tråd med Eldreplanen (Trondheim kommune, 2016). Innsamlet data viser at en av informantene på politisk nivå var i tvil om at dette var riktig, da det er vanskelig å finne hva som er riktig nivå på tjenestene. Det er vanskelig å vri innsatsen fra et område over til et annet, men det er ingen politikere som ikke tør å levere på dette

området. Data viser at politisk nivå er av den oppfatning at helse og velferdsområdet har vært et tydelig prioritert og styrket de senere årene. Ser vi på data fra intervjuene på faglig nivå, så deler ikke de denne oppfatningen. Der er opplevelsen at det er en evig kamp for å kunne dekke de behovene de møter i sin hverdag. Det kan være flere årsaker til dette. Det ene er at behovene og forventningene i samfunnet øker over tid. Tjenester som ikke var mulig å levere for noen år siden, er mulig i dag. Dette skaper en forventning fra innbyggerne overfor kommunene som skal levere tjenestene. Å finne riktig nivå på tjenestene vil da være vanskelig. En annen mulighet kan være at styrkingen som har kommet til helse og velferdsområdet i Trondheim kommune ikke blitt like jevnt fordelt på området. Dette kan føre til at deler av det faglige nivået opplever tildelingen av ressursene som mer krevende enn andre deler.

5.1.2 Mellom og innenfor tjenesteområdene

I handlings- og økonomiplanen (HØP) (Trondheim kommune, 2021) går det fram at ressursene vris fra institusjonsbaserte tjenester over til tidlig innsats, hjemmetjenester, døgnbemannede vaktentraler og rehabilitering. Dette er en bevist strategi for kunne møte fremtidens utfordringer og ivareta kommunens samfunnsoppdrag. Målet er selvstendige innbyggere som kan bo hjemme lengre, ha flere friske leveår og redusert behov for heldøgns omsorg. Med andre ord helsefremming, forebygging og økt fysisk/sosial mestring. Dette er i samsvar med de faglige målsetningene som kom fram tidligere i dokumentanalysen (NOU 2018:16, 2018). Fagpersoner på hjemmebaserte tjenester i Trondheim kommune vil da kunne oppleve at ressursene er mer i samsvar med tjenestene som skal leveres, enn hva som vil være tilfellet ved heldøgns omsorgstjenestene. Pasientene bor lengre hjemme og er dårligere når de først kommer på institusjon med heldøgnsomsorg. Den delen av helse og velferdsområdet har kanskje ikke i like stor grad tatt del i den økningen som politisk nivå har vedtatt.

Videre går det fram av HØP'en at utfordringene på de ulike områdene primært bør løses innenfor områdets budsjetter. Det kan ikke forventes at nye tiltak og utfordringer blir gjort ved kutt på andre områder eller økt finansiering fra staten. Det vil redusere behovet for flate kutt i budsjetttrammene. Det vil si at det må prioriteres godt innenfor hvert enkelt område. Hvilke kriterier som legges til grunn og hvordan dette gjøres blir da svært viktig. For at de utøvende enhetene skal kunne få sin rettmessige del budsjettene, blir det viktig at de registrerer riktig når det kommer til opplysninger om brukerne. De fleste budsjettmodellene innenfor helse og omsorg i Trondheim kommune legger til grunn data som helsetilstand,

ADL-funksjonsevne og kvittert tid hos brukerne. Dette er mål- og resultatstyring som skal bidra til en god fordeling av ressursene innenfor området.

5.1.3 Samarbeid og nye kriterier

Innsamlet data fra intervjuene viser at samarbeidet mellom de tre ulike beslutningsnivåene er greit. Det kan være utfordringer på enkelte pasienter mellom faglig nivå og administrativt nivå, men det ser ut til gjelde i enkelte tilfeller. Politisk nivå opplever samarbeidet med administrativt nivå og tillitsvalgte som bra. Administrasjonen oppleves som faglig dyktig og leverer god informasjon. Det kan da se ut til at Trondheim kommune har fått til en interaksjon mellom de to nivåene som er preget av komplementaritet (Svara, 2001) og god interaksjon (Demir, 2009). Som vi så tidligere er dette en form for samarbeid hvor en har gjensidig respekt for hverandres roller, behov for kontroll og faglig uavhengighet. Hvor godt faglig nivå og politisk nivå samarbeider kommer ikke fram av innsamlet data. Det vil si at også her vil arbeidet til Melander i forhold til forskjellige verdener være aktuelt (Zeuthen Bentsen, 1999). Hvis faglig nivå opplever avstanden til politisk nivå som så stor at de ikke har forståelse for de prioriteringene som gjøres, vil det kunne gi seg utslag i at politiske beslutninger kanskje ikke blir gjennomført slik det var tenkt.

Videre viser innsamlet data at alle tre beslutningsnivåene var positive til at det skal komme noen felles kriterier for prioritering. Informantene på faglig nivå tror det kan bidra til at det tenkes mer helhetlig i forhold til pasientforløpene og at det kan gi mer likhet i tjenestetilbudet. På politisk nivå tror informantene at noen objektive kriterier vil være en fordel gitt at det vil være mulig å forstå dem og at det kan foretas en lokal tilpasning. Da prinsippene for prioritering var ute til høring, vedtok formannskapet sin støtte av dem (Trondheim kommune, 2019). Hvis vi ser dette i forhold til andre instanser utenfor Trondheim kommunen, er kommunen på linje med blant annet Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019), Det sentrale eldrerådet i Oslo kommune (Oslo kommune, 2019) og Kommunesektorens organisasjon (Kommunesektorens organisasjon, 2019). De har også støttet kriteriene for prioritering og kommet med gode innspill til det videre arbeidet. Administrativt nivå sier at det kan bidra til å «snakke samme språk» når vi arbeider med prioriteringer. Tror det kan styrke dialogen og samhandlingen. Både internt i kommune, og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det har vært et sterkt behov og et ønske å ha noe en kan kalle for objektive kriterier. Dataene fra administrativt nivå viser at de opplevde at diskusjonen rundet prioriteringer kanskje i større grad har vært basert på økonomiske forhold. En av informantene sa at vi nå kan få prioriteringskriterier som legger vekt på andre forhold som alvorlighet og nytte. Det tror man

blir kjempeviktig. Videre sa informanten på administrativt nivå at det er ikke sikkert de økonomiske prioriteringene hadde vært de samme hvis det hadde vært mer kunnskap om nytten av tjenestene.

5.1.4 Bedre prioritert

Hvis vi ser på hvilke områder innenfor helse og omsorgstjenestene de ulike beslutningsnivåene kunne ha tenkt seg var bedre prioritert i dag, var faglig og politisk nivå enig. I data fra intervjuene trakk begge de to nivåene fram psykisk helse. Politisk nivå tenkte da særlig på forebyggende arbeid. Faglig nivå tenkte spesielt i forhold til rus. De var enige i at området skulle vært bedre prioritert. Det har ikke god nok oppmerksomhet pr i dag. Administrativt nivå sa i intervjuene at det oppleves at det gjøres mye bra i dag og at det ønskes at arbeidet med tidlig innsats, hverdagsmestring og velferdsteknologi videreføres. Data fra intervjuene på administrativt nivå viste også et ønske om at forskning skulle vært prioritert høyere enn i dag. Dette kunne ha gitt et bedre kunnskapsgrunnlag for hva som ville ha vært en riktig prioritering. I mange sammenhenger mangler kommunene et tilfredsstillende kunnskapsgrunnlag. Tidligere i dokumentanalysen så vi at dette trekkes fram som en av de tre viktige forskjellene som vil ha betydning for hvordan kriteriene for prioritering anvendes i kommunene (NOU 2018:16, 2018). I dagens helseforskning utgjør kommunale helsetjenester kun 10%. Dette til tross for at de utgjør 50% av helsebudsjettet. Kommunesektorens organisasjon (KS) mener det bør igangsettes et systematisk kunnskapsløft i kommunenes helse- og omsorgstjenester (Kommunesektorens organisasjon, 2019).

5.2 Kriterier

I denne delen går jeg nærmere inn på kriteriene som er det andre delforskningsspørsmålet. Jeg går detaljert inn på hvordan de ulike beslutningsnivåene forstår selve kriteriene som legges til grunn for prinsippene for prioritering. Så vil jeg forsøke sammenlikne de ulike beslutningsnivåene for å se om det vil kunne gi noen forskjeller i prioriteringen. I framstillingen nedenfor er det lagt til grunn at kriteriene alvorlighet, nytte og ressurs skal sees på både hver for seg og i en sammenheng. Utgangspunkt for denne tilnærmingen har vært presiseringen i bruken av dem som vi så i dokumentanalysen (Meld. St. 34, 2016).

5.2.1 Forskjellig vektlegging av kriteriene

Fra data på faglig nivå går det fram at man er fornøyd med at mestring og det å leve med en tilstand ses som en del av et kriterium. Det har gitt en økt bevissthet og er fint å ta med i det videre arbeidet. Videre viser data på faglig nivå at det er ønskelig med noen nasjonale føringer og retningslinjer for hvordan kriteriene skal forstås i utførelsen av det faglige

arbeidet. Hvis det ses på alle tre kriteriene under ett, så trekkes alvorlighetskriteriet fram som det viktigste. En av informantene sa at det kommer før alt annet. En annen informant var kanskje ikke helt enig i det. Vedkommende sa at alvorlighetskriteriet er veldig viktig og at fagligheten står sterkt. Men på en annen side oppleves det som at også ressurskriteriet blir svært stekt vektlagt fra kommunen sin side. Det er uttalt, at det forventes budsjettdisiplin og at de økonomiske rammene overholdes. Nyttekriteriet er det som kommer til slutt sa informanten på faglig nivå. Lite uttalt og tonet ned. Ser man alle tre kriteriene samlet sette, så viser data fra faglig nivå at alvorlighetskriteriet og ressurskriteriet kommer først, nyttekriteriet kommer til slutt.

Data fra administrativt nivå viser at en av informantene kan være enig i at alvorlighetskriteriet er viktigst i første omgang når kommunen mottar nye brukere og pasienter med store behov. Da handler det om å få oversikt over situasjonen og sørge for at de nødvendige helsetjenestene blir utført. Sånn sett kan det sies at det kriteriet kommer først av alle. Men man holder ikke på i lang tid med å redde liv. Det er gjerne en stor innsats til å begynne med, så roer det seg ofte litt ned. Da slår ressurskriteriet og nyttekriteriet inn i større grad. Informanten sa videre i intervjuet at kriteriene kan ha litt ulikt innslagstidspunkt. Dette gjelder da særlig på individ nivå. Får tiltakene som er igangsatt den nytten overfor pasienten som kommunen ønsker eller kunne ressursene ha vært brukt på andre type tiltak? Eller skulle ressursene ha vært benyttet på andre områder? Dette er det ofte vanskelig å gi noen gode svar på, da kommunen pr i dag har lite forskning på hva som faktisk fungerer av tiltak for de ulike brukergruppene. Mange av de vurderingene er det helsepersonell selv som må ta i det daglig arbeidet når de kommer i ulike situasjoner. Da er vi tilbake til Ouchis styringsmodell for offentlig sektor (Ouchi, 1979). Det er snakk om profesjonsstyring. Nasjonale retningslinjer og veiledere på hvordan dette arbeid skal utføres kan da bli viktig.

Innsamlet data fra en annen informant på administrativt nivå viser at når det skal ses på kriteriene, så starter man ikke med ressurskriteriet. Det startes med alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet. Så skal ressurskriteriet komme inn som en vurdering i etterkant. Gitt at to tiltak har lik alvorlighet og nytte, så skal det mest kostnadseffektive tiltaket velges. Her kan det oppstå utfordringer for kommunen. For ofte er det ikke samme alvorlighet og nytte av forskjellige tiltak som kan iverksettes. Det vil også kunne være svært krevende å skulle beregne de ulike effektene av dette arbeidet, da kommunene pr i dag ikke har noen gode kvalitetsindikatorer for å kunne gjøre dette arbeidet. I dokumentanalysen så vi at her benytter spesialisthelsetjenesten kvalitetsjusterte leve år (QALY), (Meld. St. 34, 2016).

Her ser vi av data fra intervjuene at faglig nivå og administrativt nivå har en ulik oppfatning av hvordan dette vektlegges pr i dag og hvordan det er tenkt i forhold til de nye kriteriene som er foreslått. Faglig nivå opplever at alvorlighetskriteriet og ressurskriteriet kommer først. Ressurskriteriet oppleves sterkt førende fra kommunens sin side. Nyttekriteriet kom til slutt. Administrativt nivå opplever at alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet kommer først, så ressurskriteriet. Dette samsvarer med de funn Melander (Zeuthen Bentsen, 1999) gjorde i sine undersøkelser av sykehus i Danmark. Hvor de ulike aktørene hadde så forskjellig oppfatning av verden at de hadde problemer med ha forståelse for hverandre sitt arbeid. Dette kan påvirke helse og omsorgstjenestene som skal leveres. Hvis det faglige nivået opplever at det ikke er ressurser til de tiltakene med størst nytte, samtidig som at de blir målt på om de klarer å holde de økonomiske rammene, kan det føre til at det velges rimeligere og dårligere løsninger. Dette vil da kunne gi et redusert tilbud til enkelte brukere og pasienter som skal motta helse og omsorgstjenester.

5.2.2 Bruken av kriteriene

I empiridelen ser vi av innsamlet data fra administrativt nivå at en av informantene tenker at hvis bruken av prioriteringskriterier skal kunne la seg gjennomføre i kommunene, må de benyttes på gruppenivå. Informanten tror bruken av kriteriene helt nede på individ nivå blir vanskelig. Det er slik det gjøres i spesialisthelsetjenesten pr i dag. Når det vurderes en ny type medisin, så vurderes det ikke hvilke undergrupper som kan ha nytte av den typen medisin. Et eksempel på dette kan være da Beslutningsforum for nye metoder skulle foreta en vurdering av medisinen Spinraza for bruk i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen ble da gjort i forhold til kvalitetsjusterte leveår (QALY) for den gruppen pasienter. For å kunne gjøre denne typen vurderinger legger Statens legemiddelverk til grunn et anslag på kr 275.000 per QALY for alternativ kostnaden (Statens legemiddelverk, 2018). Dette brukes som et grunntall for helsetjenestens betalingsvillighet for et QALY. Hvis et nytt tiltak koster mindre enn kr 275.000 pr QALY, bør det som hovedregel tas i bruk. Medisinen fikk i første omgang et avslag fordi den ble vurdert som for kostbar. Dette førte til store protester og den har nå i ettertid blitt godkjent. Denne typen vurderinger gjøres ikke av kommunene pr i dag og det er vanskelig å se for seg at dette skal kunne la seg gjøre på individ nivå også i framtiden. Men data viser at informantene på faglig nivå ønsker å ta del i dette arbeidet hvis det skal innføres i kommunene. De ga uttrykk for at de ønsker nasjonale retningslinjer for hvordan dette arbeidet skal kunne gjennomføres også på klinisk nivå. Hvordan skal dette kunne løses slik at begge nivåene kan ta del i det viktige arbeidet som skal gjøres i kommunene?

Tidligere i oppgaven så jeg kriteriene i forhold til velferdsstatens verdier og verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenestene. Det er også gjort i rapporten «På ramme alvor – alvorlighet og prioritering» (Magnussengruppen, 2015). I rapporten er det foretatt etiske drøftinger i forhold til prioriteringene. Utfordringen har vært å gi de begrepene et innhold som kan være til hjelp i arbeidet med å utforme de praktiske prinsippene for ressursfordelingen. I rapporten foreslås det at alvorlighetskriteriet bør komme i to deler. En bred tekstlig del som gir en beskrivelse av kriteriet for bruk på klinisk nivå. Den delen bygger videre på arbeidet til Lønning II-utvalget (NOU 1997:18, 1997). I tillegg foreslås en spisset operasjonaliserbar del som kan benyttes på gruppenivå som for eksempel ved innføring av nye legemidler. Den delen benytter som Norheim-utvalget (NOU 2014:12, 2014) tap av gode leveår som grunnlag for gevinst og tap av helse. Rapporten kom i forbindelse med Meld. St. 34 Verdier i pasientens helsetjeneste og var i første omgang tenkt på spesialisthelsetjenesten. Arbeidet her kan være overført bort til kommunene også. Faglig nivå i kommunene kan være med på å utarbeide en bred tekstlig del som kan benyttes som en beslutningsstøtte i det daglige arbeidet. Dette vil bidra til legitimitet blant faggruppene og være til hjelp i den praktiske utførelsen tjenestene. Ved administrativt og politisk nivå kan det benyttes den spissede operasjonaliserbare delen. Det kan da foretas beregninger på gruppenivå for å kunne foreta prioriteringer innenfor denne sektoren i kommunen. For at det skal kunne lag seg gjøre bør det blant annet igangsettes et arbeid med å få utarbeidet gode tall for hva et kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal være i kommunene. Det vil være avhengig av hvilken type tjenester det er snakk om. Først da vil det kanskje være mulig å se de ulike tilbudene opp mot hverandre og foreta en prioritering basert på en alternativt anvendelse av ressursene. Det vil gjøre det enklere å se hva som må prioriteres bort, for å kunne prioritere nye tilbud.

Politikerne kan da for eksempel se at hvis vi gjør de prioriteringene her så gir det en bedre eller dårligere livskvalitet for innbyggerne i Trondheim kommune. Hvis vi tar penger fra området for utviklingshemmede og overføre til eldre pasienter. Hva skjer da med de pasientgruppene? Denne informasjonen burde politikerne hatt før de tar sine beslutninger. Utarbeidelse av en sats for kvalitetsjusterte leveår (QALY) vil gjøre det lettere å foreta en sammenligning av de ulike pasientgruppene opp imot hverandre. Dette vil være et omfattende arbeid som vil ta lang tid. Kanskje kan det være fornuftig at arbeidet med prioriteringer i kommunene starter på gruppenivå sånn som i spesialisthelsetjenesten. Når det arbeidet har kommet godt i gang og har gitt en bedre prioritering på overordnet nivå kan, det faglige nivået tas med i det videre arbeidet. På den måten sikrer kommunene at overordnede prioriteringene

er på plass før faglig nivå skal foreta sine vurderinger. Dette kan redusere dagens utfordringer med at faglig nivå opplever de økonomiske ressursene som lite avklart.

5.2.3 Riktig nivå på tjenestene

Data viser at informantene på politisk nivå opplever alle tre kriteriene som viktig på hver sin måte. Hvis informantene skal trekke fram ett kriteriet så blir det alvorlighetskriteriet. Det er kriteriet som ofte blir trukket fram innenfor helseområdet. Men data viser også at informantene på politisk nivå var opptatt av at det må foretas en kost-nyttevurdering av tiltakene som igangsettes. Det må være en fornuftig bruk av ressursene opp imot hva man får av resultater. Nesten uansett hvor mye ressurser som settes inn på området, tror informantene det vil oppleves som et gap. Et gap mellom det faglig nivå mener bør leveres av tjenester og det de har fått av ressurser til å utføre det. Politisk nivå skal foreta prioriteringer både mellom og innenfor de ulike sektorene. Dette brede samfunnsoppdraget er en viktig forskjell fra spesialisthelsetjenesten kom det fram i dokumentanalysen (NOU 2018:16, 2018). Data viser at en av informantene på politisk nivå opplever at det er en del å hente i prioriteringsarbeidet pr i dag. Kommunen er ifølge informanten ikke gode på å flytte ressursene borte fra områder hvor de ikke lengre behøves. Dette bekreftes også av data fra en av informantene på administrativt nivå. Har det først kommet en bevilgning til et område så blir den ofte værende der. Dette gjelder mest mellom de ulike sektorene, men også til en viss grad innenfor de forskjellige sektorene. Ser vi dette i forhold til prioriteringsarbeidet jeg skrev om tidligere, så ble det i forbindelse med HØP'en i Trondheim kommune gitt beskjed om at det ikke kunne forventes noen overføringer fra andre områder for å løse de utfordringene en stod overfor. Dette måtte løses innenfor vært enkelt område. Dette bekrefter opplevelsen som politisk nivå har av dette arbeidet. Når det først har kommet en bevilgning fra politisk nivå er det sjelden den blir tilbakeført når det ikke er behov for den lengere. Det vil da oppstå områder i organisasjonen som har slakk i forhold til de ressursene de har fått til driften. En av informantene på politisk nivå sa i intervjuet at det er vanskelig å finne dette i et kommunalt system. Derfor blir det satt inn virkemidler som rammer dem som ikke har slakk også. Et eksempel på det kan være flate kutt i budsjettene. Hva kan så være årsaken til at det oppstår slakk i organisasjonen som det er vanskelig å finne og få gjort noe med?

Dette kan vi se i forhold til Public choice og Niskanens modell (Niskanen, 1971) som ble gjennomgått tidligere. Det sentrale her vil være samspillet mellom de ulike beslutningsnivåene i kommunen. Vi har tidligere sett på samspillet mellom administrativt og politisk nivå i Trondheim kommune. Tilbakemeldingene fra informantene der ga uttrykk for

at samarbeidet var preget av god komplementaritet og interaksjon. Samarbeidet skulle dermed være godt. Men hvis det er motsetninger mellom de ulike beslutningsnivåene, er det større muligheter for interessekonflikter. Tidligere sa jeg at jeg ikke har noen data på faglig nivå som bekrefter at samarbeidet er like godt. Informantene på faglig nivå tror at ulike prioriteringer overfor enkelte pasientgrupper skyldes en forskjellig oppfattelse av virkeligheten. Dette kan være noe av årsaken til at dette skjer. Hvis politisk nivå foretar prioriteringer på overordnet samfunnsmessig nivå som faglig nivå ikke opplever som riktig, vil faglig nivå kunne prøve å tilpasse seg på det høyeste nivået av tjenester som politisk nivå er villig til å godta. Det vil være punkt Qbc i Niskanens modell. Politisk nivå ønsker i utgangspunktet flest gode tjenester for minst mulig ressurser. Det vil være punkt Q* i Niskanens modell. På dette nivået vil det ikke være noe slakk slik en av informantene på politisk nivå omtalte. Det er mange gode tiltak som ønsker å få sin del av fellesskapets ressurser. Bruken av ressursene har dermed alltid en alternativ kostnad ved at de kan brukes på andre områder. Faglig nivå opplever tilsvarende press i forhold til tjenestene de skal levere overfor innbyggerne. Det oppleves at de økonomiske ressursene ikke tilstrekkelige i forhold til de tjenestene som skal leveres. De vil da kanskje tilpasse seg på en sånn måte at det vil være mulig. Vi så noe av dette i forbindelse med registreringen av ADL-variabler som en del av budsjettgrunlaget på faglig nivå. En tilpasning av tyngre brukere for å ha ressurser til andre brukere. Hvis du ikke har dette så får du utfordringer overfor andre pasientgrupper. Det kan også være andre områder som påvirker dette arbeidet som ikke har kommet fram i denne undersøkelsen. Enkelte informanter på faglig nivå opplever at Trondheim kommune hadde et tydelig uttalt krav om at budsjetttrammene måtte overholdes. Vi kan da oppleve at tilpasningen av tjenestene blir gjort på et høyere nivå enn det som er ønskelig nettopp for å imøtekomme det kravet.

Det er ikke alle som deler Niskanens sine antakelser i forhold til byråkratiet. Noen mener hans tanker må ses i forhold til New Public Management (NPM) som jeg beskrev i starten av teoridelen. Blais og Dion stiller spørsmål ved at alle byråkrater er «Budget Maximizers» (Blais & Dion, 1990). De mener at Niskanens modell er en viktig modell for kunne forklare hvordan byråkratiet kan fungerer, men at det også kan stilles spørsmål ved en noen deler av den. Det er særlig to forhold de er kritiske til. Det ene er at alle byråkrater prøver å maksimere sine budsjetter. Det er slett ikke sikkert at det er en bevisst handling fra faglig nivå at de har tilpasset driften på et høyere nivå enn det politisk nivå ønsker. Det kan være at de har tilpasset seg en budsjettmodell som gir noen uheldige utslag på enkelte deler av budsjettet, men at

press fra andre deler av tjenestene gjør dette helt nødvendig for driften. Da vil det kunne gi seg utslag i at det aldri er mulighet til å fordele noe til en annen sektor i kommunen. Det andre er at de faktisk lykkes med å maksimere budsjettet. Kritikken her går på at politisk nivå sees på som et passivt nivå som mangler motivasjon og kapasitet til å kunne ta tak i dette. Det er de folkevalgte politikerne i Trondheim kommune som bestemmer hvordan det skal prioriteres mellom sektorene på samfunnsnivå og delvis også innenfor de forskjellige sektorene. Det kommer an på hvilken type prioriteringer det er snakk om. Jeg oppfatter ikke politisk nivå som passive. De informantene jeg har snakket med på politisk nivå har vist et stort engasjement for områdene de har ansvaret for.

Det kan være vanskelig for administrativt nivå å fange opp forskjellene mellom faglig og politisk nivå, til tross for et godt samarbeid med politisk nivå. Hvis de skal kunne ta høyde for de prioriteringene som faglig nivå ønsker må de være konkrete når de beregner effekten av de forskjellige tiltakene. Først da kan politisk nivå vurdere de ulike alternativene i forhold til hverandre. Dette er som tidligere nevnt vanskelig da det pr i dag ikke foreligger noen satser og objektive kriterier for kommunene som kan legges til grunn for denne typen beregninger. Når det er vanskelig å vri prioriteringene fra en sektor til en annen, blir det desto viktigere å prioritere godt innenfor de enkelte sektorene. I dokumentanalysen så vi at dette var en av de dimensjonene som gjorde prioriteringsarbeidet særlig krevende i kommunene. Det skal ikke bare prioriteres innenfor helseområdet slik det gjøres i spesialisthelsetjenesten. Det skal også prioriteres mellom sektorene (NOU 2018:16, 2018).

5.2.4 Kriterier og resultatene

I intervjuene kom det fram av innsamlet data at administrativt nivå hadde større fokus på nytten av de tiltakene som blir igangsatt fra kommunen sin side. Dette burde sees i sammenheng med alvorlighetskriteriet, før bruken av ressursene ble vurdert. Det vil være en grense for hvor dyrt et tilbud kan være hvis det skulle gjennomføres ble det sagt. Data fra politisk nivå viste at informantene også her kom inn på dette med nytte. En kost-nyttevurdering som foretar en vurdering om det er en fornuftig bruk av ressursene i forhold til hva man vil kunne oppnå av resultater. Data fra faglig nivå viste at informantene opplevde nyttekriteriet som veldig tonet ned. Lite uttalt. En vurdering av nytten til de forskjellige tiltakene som blir igangsatt kan sees i forhold til måleproblemet som vi så på tidligere (Johnsen, 2007). Der så vi at det var viktig å se på både produktivitet, effektivitet og resultatene som ble oppnådd til slutt. Produktivitet går ut på at vi får mye ute av de ressursene vi har tilgjengelig. En viktig del av det å levere gode tjenester til innbyggerne i kommunen.

Spørsmålet er om dette alene er tilstrekkelig for å kunne sikre en god prioritering av tjenestene. For det sier lite om effektiviteten. Tidligere så vi i produksjonsmodellen (Johnsen, 2007) at det også måtte være en effektivitet for kunne skape gode resultater. Effektivitet handler om å gjøre de riktige tingene. Det vil si om vi prioriterer ressursene på riktig måte eller om det produseres de riktige tjenestene. Dette omtales også som allokeringseffektivitet. Prioriteringen mellom oppgaver og resultater gjøres da på en sånn måte at det gir mest mulig velferd for samfunnet (Johnsen & Larsen, 2015). Vi må med andre ord være både produktive og effektive for å skape gode helse- og omsorgstjenester.

Ifølge data fra intervjuene på faglig nivå, vil deres fokus på pr i dag være på produktivitet. Det vil si om de produserer tilstrekkelig med tjenester i forhold til de ressursene som er tilgjengelige. Data viser at dette er et uttalte krav fra Trondheim kommune sin side. De blir målt ved bruk av MRS for å se om måloppnåelsen er som forventet. Spørsmålet vi må stilles oss da er om vi teller de riktige tingene. Data fra intervjuene viser at administrativt nivå i større grad har fokus på effektivitet. Kanskje er dette også riktig med tanke på at beregninger i forhold til nytten av ulikt typer tiltak overfor brukere og pasienter, bør gjøres på gruppe nivå som vi så på tidligere. Dette betyr på ingen måte at faglig og politisk nivå ikke er opptatt av riktig allokering og produksjon av tjenester. Det er mer en betraktning av at dette arbeidet bør utføres av administrativt nivå, slik at politisk nivå får et godt beslutningsgrunnlag og at faglig nivå kan være trygg på at de riktige vurderingene er gjort. Måten dette arbeidet gjøres på i dag kan gi en forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i kommunen. Fokuset på faglig nivå vil i all hovedsak være på produktivitet mens administrativt nivå kanskje ønsker større fokus på effektivitet. For å kunne gjøre beregninger i forhold til effektivitet trenger administrativt nivå objektive kriterier og mer forskning. Noe som kan være grunnlaget for kvantitative beregninger. På faglig nivå bør det på samme måte som ved alvorlighetskriteriet utarbeides noen beskrivelser som kan benyttes som veiledere i det daglige arbeidet.

5.2.5 Bedre tjenester og mulig utfordringer

Hvis vi ser nærmere på hvordan de nye prioriteringskriteriene kan gi bedre tjenester for Trondheim kommune så er det flere forhold som kommer fram i dataene fra intervjuene. En av informantene på administrativt nivå håper blant annet det kan bidra til at politikerne får større tillitt til at når det bevilges penger, så kommer det faktisk brukerne eller pasientene til gode. Tidligere har det vært bevilget penger til deler av områdene innenfor helse og omsorg etter stort press fra enkelte grupper. Uten at det forelå noen beregninger på at dette var riktig. Informantene politisk nivå deler også denne oppfatningen og sier i dataene fra intervjuene at

hvis kriteriene fungerer vil det være lettere styre ressursbruken fra toppen også. Men det presiseres at det må være rom for lokale tilpasninger til bruken av dem. På alle de tre ulike beslutningsnivåene kom det også fram av dataene at det var ønskelig med statlige retningslinjer for at man skal kunne få en økt felles forståelse av dem. Dette kan bedre kommunikasjonen rundet dette arbeidet i kommunen. Retningslinjene ønskes da å være tydelige nok til å gi en retning og mulig å følge, men vid nok for et faglig skjønn i utøvelsen av arbeidet.

Helsedirektoratet har utarbeidet en prosjektrapport om prioritering på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Hovedinntrykket var at prioritering ikke var en ukjent problematikk, men at det var liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle kriteriene for prioritering. Det var behov for opplæring i prioriteringsteori og hvordan dette skulle anvendes i praksis. Det ble anbefalt at helsemyndighetene på klinisk nivå kom med retningslinjer, veiledere, pakkeforløp og tilsynsmyndigheter som fulgte opp det videre arbeidet (Helsedirektoratet, 2018). Det var ønskelig at rapporten ble sett i sammenheng med prioriteringsarbeidet i kommunene. Jeg tror tilbakemeldingene fra klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten også kan gjøres gjeldende overfor faglig nivå i kommunene. Da jeg gjennomførte intervjuene med informantene på faglige nivå i Trondheim kommune var det ingen av dem som hadde hørt om prioriteringskriteriene tidligere. Informantene måtte bruke tid på å sette seg inn i arbeidet før de deltok i intervjuene. Ønsket om veiledere, retningslinjer og nasjonal koordinering av arbeidet har også kommet fram av data både i intervjuene, men også i høringsuttalelsene fra flere instanser.

Det kan være at de nye kriteriene for prioritering også gir noen utfordringer for kommunen. Innsamlet data viser at faglig nivå trakk fram særlig to forhold i intervjuene. Det er ene var at de ansatte må se nytten av å bruke dem. Hva betyr det for vår arbeidshverdag. Det andre var dokumentasjon i forhold til hva vi faktisk utfører i dag. For at prioriteringsarbeidet skal kunne bli bedre må det foretas en del forskning som trenger et dokumentasjonsgrunnlag. Spørsmålet blir da om vi dokumenterer de riktige tingene. Pr i dag så oppleves det kanskje ikke sånn sa en av informantene på faglig nivå. Administrativt nivå viste i data fra intervjuene at de håpet at Helseplattformen (St. meld. nr. 9, 2012) som skal gi et felles journalsystem for alle pasienter kan bedre dette arbeidet i tiden fremover. Tilfanget og omfanget av datamaterialet blir da vesentlig endret. Men det er mye arbeid som gjenstår før det er på plass. Informantene på politisk nivå sa i sine data at de så det som en utfordring hvis føringene for bruken av kriteriene blir for strenge for kommunene. Da må det følge med økonomiske midler for å

sikre gjennomføringen av dem. Det var også viktig at kriteriene ble sett på som et redskap og ikke et mål i seg selv. Forståelsen av dem må være gode og bruken må være riktig.

5.3 Generelle erfaringer

Det ble i intervjuene også sett på tidligere erfaringer med prioriteringsarbeid hvor man har lyktes spesielt godt. Dette vil kunne si noe om hva de ulike beslutningsnivåene legger i dette arbeidet og om det kan være forskjellige tilnærminger til denne typen arbeid generelt. Det kan også være at denne typen positive opplevelser kan ha en overføringsverdi også til dette arbeidet.

I innsamlet data fra faglig nivå ble det spesielt trukket fram arbeidet med kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet» (Meld. St. 15, 2018). Det ble her vist til viktigheten av at de ansatte blir tatt med i arbeidet som skjer. De ble sette og anerkjent for den jobben de gjør. Det opplevdes som svært givende. Dette kan være et godt poeng også i arbeidet med kriteriene for prioritering. Gode veiledere for anvendelsen av kriteriene som er utarbeidet i samarbeid med faglig nivå, vil være svært viktig for å kunne lykkes med dette arbeidet. Faglig nivå sa i sine data at dette må ned i organisasjonen til de ansatte. Det er de som møter brukerne.

Administrativt nivå trakk i sine data fram Eldreplanen (Trondheim kommune, 2016) når det skal se på positive erfaringer innenfor dette området. Tidligere så drev man i langt større grad og etterbevilget ressurser som trengtes fordi det ikke var planlagt godt nok i forkant.

Eldreplanen er et langt skritt i riktig retning på en langsiktig strategi for prioritering i Trondheim kommune ble det sagt. I dataene fra politisk nivå trekkes også Eldreplanen fram og satsingen som har blitt gjort på helse og omsorgsområdet de senere årene. Det trekkes særlig fram det gode arbeidet som har vært gjort i forhold til kosthold og ernæring.

De positive opplevelsene med Eldreplanen og kvalitetsreformen «Leve hele livet», tror jeg kan overføres til arbeidet med kriteriene for prioritering. Hvis det foreligger en god strategi for hvilke prioriteringer en ønsker å foreta på overordnet nivå, vil det være enklere for faglig nivå å ta stiling til hvordan dette skal omsettes i praksis. Deltar også faglig nivå i arbeidet, vil det kunne være med på å sikre en felles forståelse av arbeidet som skal gjøres. Dette vil bidra til å redusere forskjellige prioriteringer mellom de ulike beslutningsnivåene i Trondheim kommune.

5.4 Oppsummering

Her vil jeg forsøke å foreta en oppsummering i forhold til forskningsspørsmålet jeg hadde innledningsvis. Oppsummeringen har som utgangspunkt delforskningsspørsmålene som ble gjennomgått i analyse og diskusjonsdelen overfor.

1. Prioriteringer

Hvordan opplever de ulike beslutningsnivåene situasjonene hvor det må prioriteres og hvilke tanker gjør de seg rundet dette arbeidet?

Faglig nivå opplevde det som en evig kamp hvor ressursene ikke er tilstrekkelige i forhold til de tjenestene som skal leveres. De opplevde at de blir målt og skal levere i forhold til fastsatte mål de ikke er helt enige i. Faglig nivå opplevde at andre deler av tjenestene skulle ha vært bedre prioritert og at en slik prioritering ville ha vært en bedre bruk av ressursene. Dette tror faglig nivå skyldes et litt ulikt virkelighetsbilde. Administrativt nivå opplever at det faglige overstyre det økonomiske. De nødvendige tjenestene blir levert der det er nødvendig. Det økonomiske kommer ofte inn på et senere tidspunkt. Politisk nivå opplever at helse og velferdsområdet har vært det viktigste området over flere år med økte ressurser. Vi ser her at faglig og politisk nivå har ulike oppfatning av hvordan dette arbeidet prioriteres. Det kan være flere årsaker til den ulike virkelighetsoppfatningen. Det kan være at deler av helse og velferdsområdet har fått en større del av budsjettøkningen en andre deler. Et annet forhold kan være at det er svært vanskelig å finne et samfunnsmessig riktig nivå på tjenestene som skal leveres.

Hvordan er samarbeidet mellom de ulike beslutningsnivåene og hvordan kan dette påvirke samarbeidet?

Samarbeidet mellom de ulike beslutningsnivåene oppleves som bra. Faglig og administrativt nivå har noen utfordringer kun i enkelte tilfeller med de mest krevende pasientene. Administrativt og politisk nivå opplever at de har et svært godt samarbeid. Politisk nivå opplever at de får den informasjonen og de saksutredningene de trenger fra administrativt nivå. Det kan virke som faglig og politisk nivå kunne hatt et bedre samarbeid enn i dag når det gjelder hvilke tjenester som skal prioriteres. Dette kan gi seg utslag i at de to nivåene prioriterer forskjellig i forhold til de tjenestene som skal leveres.

Hvordan vil de nye prinsippene for prioritering påvirke arbeidet framover og er det noen områder de skulle ønske var bedre prioritert?

Alle de tre ulike beslutningsnivåene er positive til at det kommer noen felles kriterier for prioritering. Faglig nivå tror dette kan bidra til bedre helhetlige pasientforløp og en mer likhet i tjenestetilbudet. Politisk nivå tror de kan gi noen objektive kriterier som vil være en fordel i dette arbeidet. Objektive kriterier har også vært et ønske fra administrasjonen sin side og de håper at dette kan bidra til at man internt i kommunen kan «snakke samme språk». Både faglig og politisk nivå ønsker at psykisk helse skulle vært bedre prioritert. Her er de enige i prioriteringene. Administrativt nivå mener at det det gjøres mye bra arbeid i dag, men at de gjerne skulle ha hatt et bedre kunnskapsgrunnlag for hva som er riktig prioritering. Da trengs det mer helseforskning i kommune helsetjenestene.

2. Kriterier

Hva forstås med felles kriterier som grunnlag for prioritering og hva tenker du i forhold til de nye kriteriene som det er ønskelig at kommunene skal benytte i sitt arbeid?

Alle tre beslutningsnivåene trekker fram alvorlighetskriteriet som det viktigste kriteriet. Videre blir det lagt ulik vekt på de to øvrige kriteriene som er foreslått som grunnlag for prioriteringene innenfor helse- og omsorgsområdet. Faglig nivå opplever at ressurskriteriet vektlegges sterkt i kommunen. Administrativt nivå mener det skal legges mer vekt på nyttekriteriet i forhold til tjenestene som skal leveres. Dette kan gi en ulike prioritering i forhold til produktivitet og effektivitet samt de resultatene det kan i gi form av økt velferd i samfunnet. Faglig nivå og politisk nivå er opptatt av at det må utarbeides felles retningslinjer for hvordan kriteriene for prioritering skal forstås og anvendes på faglig nivå. Deler av administrativt nivå er usikker på om faglig nivå skal forholde seg til selve kriteriene i sin utførelse av tjenestene. Det oppleves at kriteriene er best egnet til bruk på gruppenivå.

Politisk nivå uttrykker at det svært vanskelig å få til en prioritering hvor det flyttes ressurser fra en sektor til en annen sektor. Det er vanskelig å se for seg hvordan de nye kriteriene for prioritering skal kunne bidra til å endre dette. Kriteriene for prioritering er tenkt brukt innenfor helse og omsorgsområdet, ikke mellom ulike sektorer. Det vil si at politisk nivå kun kan benytte kriteriene som en del av arbeidet med prioriteringer innenfor sektoren.

Hvordan kan de nye kriteriene for prioritering gi bedre tjenester/gi noen utfordringer for kommunene?

Det trekkes frem som positivt at gode kriterier som grunnlag for prioritering kan gi økt tillit i forhold til prioriteringene som gjøres. Trygghet i forhold til at det kommer brukere og

pasienter til gode. Hvis kriteriene fungerer, vil det også være enklere å styre ressursbruken fra politisk nivå og ned i organisasjonen. I forhold til utfordringer kriteriene for prioritering kan gi, trekkes det fram at bruken av dem må gi en reell nytte og at dokumentasjonsgrunnlaget kan være noe usikkert.

3. Generelle erfaringer

Hvor har man tidligere lyktes godt med andre prioriteringer og er det noe av dette arbeidet som kan tas med i det videre arbeidet framover?

Ved generelle erfaringer blir arbeidet med tidligere planer og reformer trukket fram som positive opplevelser. Eldreplanen og kvalitetsreformen «Leve hele livet» er to eksempler på hvor kommunen har lyktes godt forhold til sitt prioriteringsarbeid. Eldreplanen har vært et strategisk godt dokument for hvordan det skal prioriteres innenfor helse og velferdstjenestene for eldre i flere år. Denne måten å arbeide på kan også være relevant i forhold til arbeidet med de nye kriteriene for prioritering. Kvalitetsreformen «Leve hele livet» ble trukket fram fordi de ansatte på faglig nivå var godt involvert i arbeidet som ble gjort og så nytten av det som besluttet.

6.0 Konklusjon – videre arbeid

6.1 Konklusjon

Forskningsspørsmålet for denne oppgaven var å se nærmere på forståelsen av de nye prinsippene for prioritering og om de kunne gi forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune. En komparativ studie av ulike beslutningsnivå ble gjennomført i Trondheim kommune med utgangspunkt i eldre pasienter.

Det som har kommet fram i denne studien er at de ulike beslutningsnivåene i Trondheim kommune har en ulik forståelse av de nye kriteriene for prioritering. Den ene forskjellen er i forhold til vurderingen av nyttekriteriet og ressurskriteriet. I utgangspunktet er det tenkt at alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet er litt overordnet, så skal ressurskriteriet tas med i betraktningen til slutt når det skal velges mellom tjenester med lik nytte. Faglig nivå opplever at ressurskriteriet vektlegges langt tydeligere og at nytten vurderes til slutt. Den andre forskjellen er at deler av administrativt nivå er i tvil om kriteriene skal benyttes på faglig nivå. Det vises til de er best egnet til bruk på gruppenivå slik det gjøres i spesialisthelsetjenesten i dag.

Den ulike forståelsen av kriteriene for prioritering kan gi forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i Trondheim kommune. Faglig nivå har fokus på produktivitet fordi ressurskriteriet oppleves som så tydelig uttalt og vektlagt. Det viktig her vil være å produsere nok tjenester i forhold til de ressursene som er tildelt. Administrativt nivå ønsker å legge større vekt på effektivitet og at nyttekriteriet skal komme tydeligere fram. Det er ønskelig at dette skal føre til en mer riktig produksjon av tjenester. Det vil si at kvaliteten på tjenestene skal vektlegges bedre enn i dag. Politisk nivå ønsker en vurdering i forhold til kost-nytt og effektiviteten av tiltakene som blir iverksatt. Men i mangel av god nok dokumentasjon på hva som faktisk fungerer og hvilken effekt det vil ha for velferdsproduksjonen i samfunnet, blir det fokus på ressurskriteriet og produktivitet.

Denne studien av kriteriene for prioritering viser at det er et stort behov for mer dokumentasjon og forskning innenfor den kommunale delen av helsetjenestene. En slik forskning vil kunne gi et langt bedre grunnlag for å tydeliggjøre effekten av de prioriteringene som foretas. Dette gjøres innenfor spesialisthelsetjenesten i dag. Hva vil være konsekvensene av de prioriteringene som foretas. Det vil kreves et stort arbeid over lang tid før kommunene vil komme på et slik nivå.

6.2 Svakheter ved studien

Denne studien tar for seg deler av helse og omsorgsområdet i Trondheim kommune. Hvor jeg har valgt å så på tjenestene til eldre brukere og pasienter. Det hadde vært interessant og sett om de øvrige områdene innenfor helse og omsorgsområdet i kommunen hadde gitt de samme tilbakemeldingene. Ved gjennomgangen av dataene kan en få inntrykk av at deler av helse og omsorgsområdet kan ha tatt større del i økningen av ressursene som politisk nivå har vedtatt enn andre. Om det kan gi noen ulike opplevelser av prioriteringsarbeidet i kommunen og hvordan det ville ha gitt seg utslag i forståelsen av de nye kriteriene for prioritering, hadde det vært interessant å sett nærmere på.

Vi har det siste året vært midt oppe i en pandemi som har gitt helse og omsorgssektoren i Trondheim kommune store utfordringer. Utfordringer som har kommet i tillegg til de daglige utfordringene som allerede eksisterer. I hvilken grad dette har påvirket dataene som er innhentet gjennom intervjuene er jeg usikker på. Jeg tenker da spesielt på faglig nivå som kanskje har kjent mest på dette av de ulike beslutningsnivåene. Hvis studien hadde hatt et enda større antall informanter så kunne kanskje noe av dette ha kommet bedre frem. Dette har ikke vært en egen del av undersøkelsen. Det har ikke blitt trukket spesielt fram av informantene i forbindelse med intervjuene.

6.3 Veien videre - videre forskning

Arbeidet med kriteriene for prioritering innenfor helse og omsorgsektorene i kommunene er et omfattende arbeid som vil kreve mye forskning i årene fremover. Jeg vil her komme inn på noen av områdene det kunne ha vært interessant å sett nærmere på.

Funnene i studien har blitt gjort i Trondheim kommune. I denne oppgaven har jeg også kommentert høringsuttalelser fra andre kommuner, direktorat, organisasjoner etc. De har vært i samsvar med tilbakemeldingene fra Trondheim kommune. Utfordringene med bruken av kriteriene kan antas å være ganske like. Denne studien vil da kunne ha relevans også for andre kommuner. Det hadde vært interessant og sett nærmere på hvordan andre kommuner forholder seg til arbeidet med kriteriene for prioritering. En slik studie ville ha gjort det mulig å foreta en sammenligning kommunene imellom. Det hadde vært en fin mulighet til å lære av hverandre og dele erfaringer. Et godt grunnlag for videre arbeid i egen kommune.

I studien kom det fram et sterkt ønske for å ha noe en kan kalle for objektive kriterier som er basert på forskning. Dette arbeidet støttes av alle nivåene, særlig administrativt nivå. Mer forskning for å kunne dokumentere nytten av ulike tiltak og hvilken effekt det vil gi for velferden i samfunnet. Dårligere forskningsgrunnlag enn spesialisthelsetjenesten blir trukket fram som en særlig utfordring i bruken av kriteriene for prioritering. Pr i dag er forskning i kommunesektoren lite prioritert i forhold til spesialisthelsetjenesten hvor det er regulert ved lov. Hvis kriteriene for prioritering skal gjøres gjeldene for hele helse og omsorgsektoren i Norge, bør kommunesektoren ha et like godt forskningsgrunnlag som spesialisthelsetjenesten. Noe som vil kreve et betydelig arbeid i mange år fremover. Dette vil kunne være en del av «løsningen» for å kunne møte utfordringene med en økt aldrende befolkning og forventet redusert økonomisk vekst.

Referanser

- Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med*, 66(1), 182-188.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Asdal, K. & Reinertsen, H. (2020). *Hvordan gjøre dokumentanalyse : en praksisorientert metode* (1. utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Blais, A. & Dion, S. (1990). Are Bureaucrats Budget Maximizers? The Niskanen Model & Its Critics. *Polity*, 22(4), 655-674. <https://doi.org/10.2307/3234823>
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Brannick, T. & Coghlan, D. (2016). In Defense of Being “Native”: The Case for Insider Academic Research. *Organizational research methods*, 10(1), 59-74.
<https://doi.org/10.1177/1094428106289253>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Demir, T. (2009). Politics and Administration: Three Schools, Three Approaches, and Three Suggestions. *Administrative Theory & Praxis*, 31(4), 503-532.
<https://doi.org/10.2753/ATP1084-1806310403>
- Denzin, N. K. (1970). *The research act : a theoretical introduction to sociological methods*. Chicago: Aldine Publishing.
- Downs, A. (1967). *Inside bureaucracy*. Boston: Little, Brown.
- Finansdepartementet. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten*. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/reglement_for_ekonomistyring_i_staten.pdf
- Friedman, M. & Friedman, R. D. (2002). *Capitalism and freedom* (40th anniversary ed. utg.). Chicago: University of Chicago Press.
- Gall, M. D., Gall, J. P. & Borg, W. R. (1996). *Educational research : an introduction* (6th ed. utg.). N.Y: Longman.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018). *Prioritering på klinisk nivå - prosjektrapport*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioritering-pa-klinisk-niva/Rapport%20fra%20prosjektet%20Prioritering%20p%C3%A5%20klinisk%20niv>

- [%C3%A5.pdf/ /attachment/inline/00a28251-70ee-459a-bc80-b19268587427:5d327cbb7bb25cea31ba26613c8fe77a635412c/Rapport%20fra%20prosjektet%20Prioritering%20p%C3%A5%20klinisk%20niv%C3%A5.pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2019). *Høringsuttalelse til NOU 2018:16 "Det viktigste først"*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-201816-det-viktigste-forst/id2630061/?uid=a5c5e024-9a9d-4713-b8be-67e6fec0ca15>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jensen, M. C. & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johnsen, Å. (2007). *Resultatstyring i offentlig sektor : konkurranse uten marked*. Bergen: Fagbokforl.
- Johnsen, Å. & Larsen, A. C. (2015). Mål- og resultatstyring i norske kommuner: Virkninger for produktivitet og effektivitet? *Nordiske Organisasjonsstudier*, s. 31-61.
- Kommunesektorens organisasjon. (2019). *Høringssvar til NOU 2018:16 Det viktigste først*. Oslo. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/3f95810fa0d24079bc583a56ae04a5ed/19-00650-28-Horingssvar-til-NOU-2018-16-Det-viktigste-forst-1179782-2-0.pdf>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed. utg.). New York: Russell Sage Foundation.
- Magnussengruppen. (2015). *På ramme alvor - alvorlighet og prioriteringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf
- Meld. St. 11. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 14. (2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Oslo: Finansdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 15. (2018). *Leve hele livet; En kvalitetsreform for eldre*. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29. (2017). *Perspektivmeldingen 2017*. Oslo: Finansdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/aefd9d12738d43078cbc647448bbeca1/no/pdfs/stm201620170029000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 34. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste; Melding om prioriteringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Moses, J. W. & Knutsen, T. L. (2019). *Ways of knowing : competing methodologies in social and political research* (Third edition. utg.). London: Red Globe Press.
- Niskanen, W. A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: AldineTransaction.
- NOU 1989:5. (1989). *En bedre organisert stat* Oslo: Forbruker- og administrasjonsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154719-nou1989-5.pdf>
- NOU 1997:18. (1997). *Prioritering på ny - Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e2c9e765bf484b2ba4e05dd545a6302d/no/pdfa/nou199719970018000dddpdfa.pdf>
- NOU 2014:12. (2014). *Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>
- NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>

- NOU 2019:24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c10bc85ed024782871bb602d98999e0/no/pdfs/nou201920190024000dddpdfs.pdf>
- Opstad, L. (2013). *Økonomistyring i offentlig sektor* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Opstad, L. (2015). *Innføring i makroøkonomi for økonomisk-administrative studier* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Oslo kommune. (2019). *Hørings svar NOU 2018:16* Oslo: Det sentrale eldrerådet Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13323381-1556871671/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Politikk/Sentrale%20r%C3%A5d/Eldrer%C3%A5det/H%C3%B8ring%20-%20Det%20viktigste%20f%C3%B8rst.pdf>
- Ouchi, W. G. (1979). A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. *Management science*, 25(9), 833-848. <https://doi.org/10.1287/mnsc.25.9.833>
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers* (2nd ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-61>
- St. meld. nr. 9. (2012). *En pasient - en journal*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- St. meld. nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Statens legemiddelverk. (2018). *Prioriteringskriterier ved vurdering av nye legemidler*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Dokumentasjon%20til%20metodevurdering/Prioriteringskriterier%20ved%20vurdering%20av%20nye%20legemidler.pdf>
- Svara, J. H. (2001). The Myth of the Dichotomy: Complementarity of Politics and Administration in the Past and Future of Public Administration. *Public Administration Review*, 61(2), 176-183. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00020>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trondheim kommune. (2016). *Eldreplanen 2016-2026*. Trondheim: Bystyret. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/11-politikk-og-planer/planer/eldreplan-2016-2026.pdf>
- Trondheim kommune. (2019). *Høring NOU om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste NOU:2018:16-Det viktigste først*. Trondheim: Formannskapet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/eb32f97be05f4e6eaeef803ce5ab9bc71/trondheim-kommune.pdf?uid=Trondheim_kommune
- Trondheim kommune. (2020). *Kvalitetsmeldingen for eldreomsorgen*. Trondheim. Hentet fra <https://tkweb.trondheim.kommune.no/kvalitet/kvalitet.php?melding=HV&tema1=Oversikt>
- Trondheim kommune. (2021). *Handlings- og økonomiplanen 2021-2024, Vedtatt budsjett 2021*. Trondheim: Bystyret. Hentet fra <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/vedtattbudsjett-hoep-2021-2024>
- Varela, O. (2017). Agency costs” when agents perform better than owners. *Finance research letters*, 23, 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.frl.2017.07.019>
- Weber, M., Fivelsdal, E. & Østerberg, D. (2000). *Makt og byråkrati : essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Zeuthen Bentsen, E. (1999). *Når styringsambitioner møder praksis : den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Deltagelse i forskningsprosjekt

«Ny prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester»

Infoskriv til deltagere

Dette prosjektet er et forskningsprosjekt som ønsker å få mer kunnskap om de nye prinsippene for prioritering i den kommunal helse og omsorgstjeneste. I dette skrivet gir jeg deg i Trondheim kommune informasjon om målene for prosjektet.

Formål:

Formålet med dette intervjuet er å få bedre kunnskap om hva du tenker i forhold til de nye prinsippene for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også ønskelig å se nærmere på om de ulike beslutningsnivåene i en kommune kan ha en forskjellig forståelse av arbeidet med prioritering. Utgangspunktet for dette arbeidet vil være eldre pasienter. Dette gjøres ved dybde intervju.

Problemstillingen som skal besvares:

Hvordan forstås de nye prinsippene for prioritering og vil de kunne føre til forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU: Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet, fakultet for økonomi er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

I dette prosjektet ønsker jeg å intervjuere ansatte på ulike beslutningsnivå (politisk, administrasjon og faglig) i Trondheim kommune om deres erfaring og opplevelse i forhold til prioriteringer de må gjøre i sitt arbeid. Intervjuene vil ha fokus på prioriteringer innenfor helse- og omsorgstjenestene, med utgangspunkt i forslaget til de nye kriteriene.

Jeg ønsker blant annet å høre hvordan dere opplever at det kan arbeides med felles prinsipper for prioritering med tanke på kommunens rolle som leverandør av primærhelsetjenester og noen av utfordringene vi står overfor. Det blir tatt lydopptak og notater av intervjuet. Det vil vare ca. 45-60 minutter. Dersom du ønsker å delta i intervju, så vil du kunne få intervjuguiden på forhånd.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til innsyn i hvilke

personopplysninger som er registrert om deg, få rettet personopplysninger om deg, få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Datamaterialet skal anonymiseres. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. Datamaterialet vil bli lagret på en ekstern harddisk som vil være innelåst.

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene vi bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Datamaterialet som blir samlet inn vil være mellom meg og min veileder for masteroppgaven.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 03.06.2021. Alle personopplysninger vil bli slettet innen prosjektslutt.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til masterprosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU, fakultet for økonomi: masterstudent Ståle Asphaug, staaleas@stud.ntnu.no
- NTNU, fakultet for økonomi: dosent Leiv Opstad, leiv.opstad@ntnu.no
- NTNU, personvernombud Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost, personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ståle Asphaug

Masterstudent

***Ny prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester –
Samtykkeerklæring***

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ny prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av deltager, dato)

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Takk for at du stiller opp!

Formålet med intervjuet

For spesialisthelsetjenesten i Norge er det vedtatt egne prinsipper som skal ligge til grunn for prioriteringene som gjøres i forhold til levering av helsetjenester til pasientene. Det er ønskelig at kommunene benytter de samme prinsippene i arbeidet med sine prioriteringer. Formålet med dette intervjuet er å få bedre kunnskap om hva du tenker i forhold til de nye prinsippene for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også ønskelig å se nærmere på om de ulike beslutningsnivåene i en kommune kan ha en forskjellig forståelse av arbeidet med prioritering.

Problemstilling:

Hvordan forstås de nye prinsippene for prioritering og vil de kunne føre til forskjellig prioritering mellom de ulike beslutningsnivåene i en kommune?

Understrek anonymiteten

Det du sier vil bli tatt opp på bånd, skrevet ut og anonymisert. Båndet blir deretter slettet.

Informert samtykke

Har du noen spørsmål? Er det noe du lurer på i forkant av intervjuet?

Avklaring av begreper:

Prioritering – å prioritere betyr å sette noe eller noen foran noe annet eller andre. Prinsippene for prioriteringene blir da reglene for hvordan dette arbeides skal utføres.

Kriterier – dette er hva vi velger å legge til grunn som prinsipper for de prioriteringene.

Beslutningsnivå- her tenkes det på faglig-, administrativ- og politisknivå.

Alternativkostnad – Midler som vi benytter på et område, har alltid en alternativ anvendelse på et annet område.

TEMA 1: INNLEDNING

1. Navn og nåværende stilling
2. Utdanning og yrkeserfaring
3. Hva er din erfaring med helse- og omsorgsområde?

TEMA 2: PRIORITERING

4. Hvordan opplever du situasjonene hvor det må prioriteres?
 - Er det krevende oppgave?
 - Hvor ofte er det nødvendig?

5. Hvordan er samarbeidet mellom de ulike beslutningsnivå når det er nødvendig å prioritere?

- Hva vektlegger du ved dette arbeidet?
- Er arbeidet system- og/eller individrettet?

6. Hva tenker du i forhold til at det skal være felles prinsipper for prioritering i den kommunale helse og omsorgstjenesten?

- Hvordan vil det kunne påvirke arbeidet?
- Har det vært et ønske om felles prinsipper tidligere?

7. Hvilke områder innenfor helse og omsorgstjenestene kunne du tenkt deg var bedre prioritert?

- Hvordan skal det kunne la seg gjøres?
- Hva tror du kan være årsaken til prioriteringene i dag?

TEMA 3: KRITERIER

8. Hva du forstår med felles kriterier som grunnlag for prioritering?

- Er det noen kriterier du mener er viktig?
- Hvordan kan de bli en del av prioriteringene?

9 . Hva tenker du i forhold til de nye kriteriene som det er ønskelig at også kommunene skal benytte i sitt arbeid?

- **Nyttekriteriet**
Prioriteten øker i tråd med nytten av tiltaket.
- **Ressurskriteriet**
Prioriteten øker jo mindre ressurser det legger beslag på.
- **Alvorlighetskriteriet**
Prioriteten øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.
- **Alle tre sett samlet under ett**
Vektingen av de tre i forhold til hverandre vil være relevant.
Særlig sett i forhold til verdigrunnlaget innenfor helse og omsorg.

10. Hvordan kan de nye kriteriene for prioritering gi bedre tjenester fra kommunene?

- Hvordan vil de påvirke kommunens brede samfunnsoppdrag som leverandør av primærhelsetjeneste?
- Hvordan vil de kunne bidra i forhold til arbeidet med forebygge og helsefremmende tiltak, mestring av livssituasjon osv. ?
- Hvordan kan de hjelpe til i arbeidet med å finne løsninger på utfordringene i fremtiden, f.eks. økt andel eldre større hjelpebehov, mindre ressurser pga. redusert økonomisk vekst etc.

11. Hvordan kan de nye kriteriene for prioritering gi noen utfordringer for kommunene?

- Hvordan vil et svakere forskningsgrunnlag i kommunene enn spesialisthelsetjenesten påvirke arbeidet med prioriteringer?
- Hvordan kan arbeidet i forhold til alternativ kostnader være særlig krevende?
- Hvordan vil et samarbeid med to dimensjoner, både innenfor og mellom sektorer, kunne være spesielt utfordrende?

TEMA 4: GENERELLE ERFARINGER

12. Har du noen positive opplevelser hvor du har lyktes spesielt godt med å prioritere riktig innenfor ditt område?

13. Sitter du igjen med noen andre erfaringer i forhold til arbeidet med prioritering av helse og omsorgstjenester som du ikke allerede har snakket om?

Påminnelse

- Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og du vil forbli anonym.
- Ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i den ferdige oppgaven.
- Opptak blir slettet så snart oppgaven er ferdig og vurdert.
- Mulighet til å lese den ferdige oppgaven.

Takk for at du ønsket å stille som informant i min studie!

