

KRONIKK & DEBATT

KRONIKK:

E-post:
kronikk@klassekampen.no
Maks 6000 teikn inkludert mellomrom. Legg ved portrettfoto.

DEBATT:

E-post:
debatt@klassekampen.no
Innlegg over 3000 teikn kan bli korta ned. Legg ved portrettfoto.



Tollef Mjaugedal
tollefm@klassekampen.no
Kronikk- og debattredaktør



Velaug H. Sælid
velaughs@klassekampen.no
Redaksjonssekretær

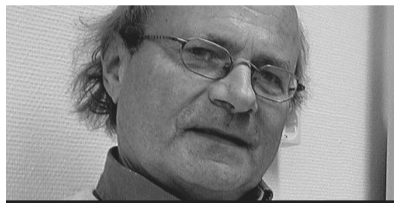
Ellen Krystad
ellenk@klassekampen.no
Redaksjonssekretær

Klassekampen honorerer normalt ikke innsendt stoff. Innsendaren si e-postadresse blir trykt med mindre innsendaren reserverer seg mot dette. For Klassekampen sine generelle vilkår for publisering, sjå www.klassekampen.no/KK/index.php/news/home/generelle_vilkaar

DEBATT ►

Samhandlingsreformens organisasjonsform i norsk helsevesen blir ikke varig.

En midlertidig reform



Noralv Veggeland
KRONIKK

Det er tre grunner til at samhandlingsreformen i helsevesenet mest sannsynlig ikke vil bli en varig reform.

Den vil for det første påløpe seg omfattende ekstrakostnader i form av økende administrasjonskostnader, så kalte transaksjonskostnader, slik at kostnadene til helsesektoren vil bli sprenget. Dessuten vil lokal omsorg og behandling bli rammet av budsjettkutt med helseforetakene/sykehusene som vinnere.

For det andre legger reformen opp til en form for mål- og resultatstyring som ikke kan realiseres i en partnerskapsmodell som reformen forutsetter. Partnerskapsmodellen bygger på samarbeid mellom private og offentlige helseinstitusjoner, og på vertikalt samarbeid mellom kommunene og helseforetakene. Studier viser at målstyring i slike organisasjoner mislykkes.

For det tredje vil både sentrale og lokale muligheter for politisk styring bli så sterkt svekket som følge av partnerskapsmodellen, noe som vil medføre at reformen vil bli reversert.

En ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft 1. januar 2012. Med loven ble samhandlingsreformen innført i Norge, med krav om gradvis iverksetting over tid. Reformen forutsetter at det skal bygges videre på dagens helsepolitiske strukturer. Det betyr med staten som eier og driver av spesialisthelsetjenesten, det vil si sykehusene ved de regionale helseforetakene (RHF) og kommunene med sitt ansvar for primærhelsetjenesten.

Det dreier seg om et tvunget partnerskap mellom disse aktørene. De endringene som introduseres skjer innen arbeidsfordeling, prioritering og finansiering med kommunal medfinansiering (20 prosent) av sykehusbehandlingen. Reformen bygger på St.meld. nr. 47 (2008–2009).



Samhandlingsreformen blir ansett for å være en reform som skal realisere samarbeid mellom nivåer i helsevesenet, og med anvendelse av prinsippet om at det best effektive omsorgsnivået skal aktiviseres, det vil si BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Hvem som skal bestemme hvilket nivå som er det mest effektive nivået, blir ikke klargjort.

Utgangspunktet for reformen er åpenbart demografiske og statistiske beregninger som viser sterkt stigende utgifter til helse og omsorg som følge av den kommende eldrebølgen og tendensen til økende bruk av helsetjenester i befolkningen.

Ideer bak reformen er hentet fra den britiske «Health Action Zones»-reformen (HAZ) fra slutten av 1990-tallet. Organiseringen av HAZ var et produkt av New Labours entusiastiske engasjement etter seieren ved valget i 1997. Allerede fra 2003 ble reformen avvirket, men ideene lever.

«Reformen vil bli preget av sterk vekst i organisatoriske kostnader»

Årsaken var sterke kostnadsøkninger, ansvarskonflikter og politiske styringsproblemer. Det var det britiske helsedepartementet som inviterte nasjonale og lokale helsemyndigheter til å inngå samarbeid om HAZ med sikte på fellesstyring og samhandling i partnerskap. Partnerskapet gjaldt arbeidsdeling mellom helseinstitusjoner på ulike nivåer.

Målsettingen med HAZ-refor-

men og partnerskapene var som for den norske samhandlingsreformen: å forbedre helsetilbudet og redusere sosial ulikhet; restrukturere og integrere tjenester for å oppnå et bedre helsetilbud; få mer ut av hver krone investert og brukt; organisere og utvikle partnerskap og medfinansiering; involvere og styrke lokale myndigheter slik at det oppnås en bærekraftig utvikling.

Transaksjonskostnader er organisatoriske. Slike kostnader oppstår hovedsakelig på grunn av at det er krevende å samordne og kontrollere hva andre gjør sammen. Fellesstyring og partnerskapsorganisering eksponerer derfor for sterk vekst av transaksjonskostnader.

Samhandlingsreformen vil bli preget av slike kostnader. Det er slik fordi organisasjonen reformen bygger på representerer både horisontale partnerskap på kommunalt nivå, og vertikale partnerskap som inkluderer offentlige og private sykehus.

Studier viser at i slike organisasjoner stiger transaksjonskostnadene, ikke lineært men eksponentielt, det vil si etter en tid vil disse nå en vekstrate som stiger bratt oppover. Når samhandlingsreformen når dette nivået etter noen år, vil kjernevirksomhet rammes, og reformen gå i stå. For samhandlingsreformen, med sin omfattende bruk av fellesstyring og koordinert samarbeid, må vi anta vil bli utsatt for transak-

sjonskostnadssyndromet i betydelig grad, slik HAZ-reformen gjorde.

Samhandlingsreformen legger opp til målstyring basert på resultat- og effektivitetsindikatorer. Det blir komplisert. I denne organisasjonen vil det være mange forskjellige grupper med svært ulike målsettinger og oppgaver, og ulike ønsker for hva organisasjonen skal prioritere. Det vil kunne oppstå særlige problemer fordi egeninteresser i kommunene og i sykehusene lett medfører opportunistisk adferd.

Vi har da å gjøre med en situasjon som har tre karakteristiske trekk: 1. at aktørene på de ulike nivåene i samhandlingsreformen forfølger hver sine delmål, 2. at de ikke er villig til å bruke tid og ressurser på virksomhet som ikke bidrar til å fremme deres egne interesser, og 3. at de aktivt motarbeider forsøk på styring og samarbeid. På dette stadiet går samhandlingsreformens organisasjon inn i en fase hvor reformens intensjon om bærekraftig helsepolitisk utvikling opphører. HAZ-reformen viste slik svikt etter en tid.

Ser vi på avtaleverket som foreligger mellom partene i det helsepolitiske partnerskapet, så er det grunner til å anta at dette partnerskapet vil utløse et maktspill mellom ulikeverdige aktører. Helseforetakene har store ressurser og stor faglig tyngde til disposisjon i forhandlingssituasjoner der egeninteresser vil spille seg ut.

En kan allerede se tydelig tegn til at helseforetakene setter likhetstegn mellom «samhandling» og det «å bli kvitt oppgaver». Hvis slike prosesser fortsetter, står vi overfor verken fellesstyring, samhandling eller ny oppgavefordeling. Da er vi kommet i en situasjon der helsevesenets sterkeste organisasjoner utnytter en reform og et system som er satt i bevegelse til egen fordel. Politikerne har abdisert med hensyn til helseforetakene som følge av deres organisasjonsform. Nå blir også lokale politikere gjenstand for abdikasjon som følge av den påtvungne partnerskapsorganiseringen som samhandlingsreformen hviler på.

Noralv Veggeland, professor, Høgskolen i Lillehammer
noralv.veggeland@hil.no