

Notat 1/2011
Erlend Krumsvik

**Samhandling mellom kommuner
og private helseforetak i
forebyggende og kompetanse-
krevende funksjoner**

Forprosjekt

Prosjekttittel	Samhandling mellom kommuner og private helseforetak i forebyggende og kompetansekrevede funksjoner
Prosjektansvarlig	Møreforskning Volda
Prosjektleder	Erlend Krumsvik
Finansiering	Muritunet
Ansvarlig utgiver	Møreforskning Volda
ISSN	1891-5973
Distribusjon	http://www.moreforsk.no/volda.htm http://www.hivolda.no/fou

Notatserien er for ulike slag publikasjonar av mindre omfang, t.d. forprosjektnotat, papers, artikkelutkast o.a. Eit hovudføremål med serien er å stimulere til publisering og fagleg debatt i miljøet. Kvar forfattar er ansvarleg for sitt arbeid. Manuset må vere gjennomarbeidd med omsyn til språk og struktur.

© Forfattar/Møreforskning Volda

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfattar/Møreforskning Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	2
Datagrunnlaget.....	4
Formål og avgrensning	5
Koordinerte helsetjenester	6
Kommunenes forutsetninger for koordinerte helsetjenester.....	6
Kommunenes prioriteringer av helsetjenester	8
Formelle samarbeidsutvalg for koordinerte helsefunksjoner.....	9
Organisering av samarbeidsutvalg	10
Fullmakter til samarbeidsutvalg	12
Samarbeid med andre kommuner	12
Systemnivå	13
Operativt nivå.....	13
Folkehelse.....	14
Status på kommunalt forebyggende helsearbeid	15
Aktørsamarbeid.....	17
Kommunal helsestruktur.....	18
Tilbudsdendogram.....	19
Kommunens tilbudsside	20
Utfordringsdendogram.....	22
Kommunenes helseutfordringer	23
Fremtidige utfordringer.....	24
Sammendrag	26

Innledning

Samhandlingsreformen – St. meld. Nr. 47 ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid” er utgangspunktet for dette forskningsnotatet, hvor fokus er satt på samhandling mellom kommuner og private helseforetak i forebyggende og kompetansekrevede funksjoner. Samhandling kan gjøres på mange ulike organisatoriske nivå, med ulik grad av organisatorisk involvering. I denne sammenheng er samhandling løftet opp på systemnivå, noe som legger til grunn en høyere grad av organisatorisk involvering fra kommunene og de aktører disse samarbeider med. En høyere grad av forpliktelse enn det som legges til grunn i tradisjonelt kjøp av helsetjenester fra ulike aktører. Et kjøp gir en juridisk forpliktelse, mens samhandling går dypere i en større grad av ansvarliggjøring og fellesskapstankegang.

Det ligger i prinsippene for organisering av offentlig sektor at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere sine helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen legger til grunn et utstrakt samarbeid mellom ulike kommuner og ulike aktører, i måten helseoppgaver kan løses i fellesskap til det beste for fellesskapet. I forhold til frivillige oppgaver finnes løsninger som interkommunalt samarbeid (eks. felles styre), interkommunalt selskap etter IKS-loven og aksjeselskap etter aksjeloven. I forhold til samarbeid om lovpålagte oppgaver og offentlig myndighetsutøvelse kan vertskommunemodeller eller samkommunemodellen legges til grunn. Det finnes flere ulike måter å løse oppgaver på i fellesskap.

Det er en forventet økning i antall kronisk syke, og en forestående økning av eldre i samfunnet. Samlet gir disse prognosene en kalkulert fremtidig kostnad for norske kommuner dersom dagens organisasjonsmekanismer blir lagt til grunn. Samhandlingsreformen legger i til grunn at kommunene får en ny rolle, da fremtidige helseoppgaver må løses på andre måter enn i dag. Dagens oppdragsløsning av helseutfordringer er definert som følger:

”Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebyggende helseproblemer”.¹

Samhandlingsreformen legger til grunn at endring må skje, og at fremtidige helseutfordringer må løses i større grad med fokus på generelt og spesialisert folkehelsearbeidet. Fokus må i større grad flyttes fra å helbrede sykdommer, til å forebygge at sykdommer kan forekomme. Et større fokus på forebyggende helsearbeid medfører at andre organisasjonsmekanismer må legges til grunn.

Større fokus på forebyggende arbeid har som intensjon at kostnader til behandling av sykdom i helsevesenet skal reduseres over en periode på 10-15 år. I praksis betyr dette at fokus på forebyggende arbeid i kommunene medfører et midlertidig høyere kostnadsnivå knyttet til de helsetjenester som tilbys befolkningen i dag. Samtidig vil endringer i nasjonens demografi og sykdomsutvikling over tid medføre potensielt enda høyere kostnader om tiltak ikke iverksettes.

¹ St.meld.nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, pkt 3.2.2

Ved manglende grad av samhandling, gjerne basert på sviktende intensivsystemer, vil spisskompetansen som finnes i spesialisthelsetjenesten i liten grad tilfalle kommunene. Dette er relevant i forhold til forebygging, hvor det også kreves spesialisert kompetanse i forhold til ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern. Forebygging er en kommunal oppgave, men har tidligere ikke hatt de nødvendige forutsetningene til å gjøre innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Mye av dette skyldes at spesifiserte og identifiserte sykdommer har blitt gitt forrang framfor potensielle lidelser og uidentifiserte fremtidige kostnadsdrivere.

I forhold til spesialisert forebygging finnes det strukturelle likheter med rehabilitering. Rehabilitering har i klassisk forstand hatt fokus på å få pasienter tilbake i normalt liv og virke i etterkant av sykdomsbehandling. Rehabilitering blir definert av Helse- og omsorgsdepartementet som "tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet".² Dette kan også legges til grunn i forhold til spesialisert forebygging, da dette folkehelsearbeidet krever koordinerte funksjoner mellom ulike aktører for å oppnå ønsket effekt om unødvendig yrkesaktivt fravær og sviktende sosialt felleskap. Rehabilitering og forebygging har da begge det samme formål; å få befolkningen unna sykdom, ved hjelp av et koordinert helseapparat som støttespillere overfor pasienter og brukere (potensielle pasienter). Begge krever samhandling for å utøve kompetansekrevende helsefunksjoner.

For at disse utfordringene skal kunne møtes på en hensiktsmessig måte legger Samhandlingsreformen til grunn at kommuner, helseforetak, frivillige og private aktører i større grad enn i dag må legge samhandling til grunn. Samhandling i denne forstand omhandler hvordan kommunene koordinerer ulike helsetjenester, og hvilken grad formelle samarbeidsformer er etablert. Dette notatet beskriver graden av samhandling i dag, og identifiserer noen utfordringer overfor disse forhold.

Forskningsprosjektet er initiert av Muritunet AS, som er et privat helseforetak lokalisert i Valldal i Norddal kommune. Muritunet AS tilbyr medisinsk spesialisert og arbeidsretta rehabilitering. Opptrenings- og rehabiliteringstilbudet er rettet mot et bredt spekter av pasientgrupper, innenfor lunge- og luftveissykdommer, sykkelig overvekt, ortopedi, og arbeidsretta rehabilitering. De driver med forskningsprosjekt (FOU) innenfor arbeidsretta rehabilitering.

Forfatteren takker alle deltakere i prosjektet for den tid de har avsett til deltaking i prosjektet, samt den tilbakemelding de har bidratt med på vegne av sin respektive kommuner.

² St.meld.nr.21 (1998-99), Ansvar og meistring, Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk, pkt. 2.1

Datagrunnlaget

Helselederen står sentral i utredningen i Samhandlingsreformen, da denne funksjonen har en overordnet koordinerende rolle i samspillet mellom ulike aktører og kjeder av aktører i forebygging og behandling av sykdom. Denne studien er bygget på kvalitativ respons fra helseledere i 26 kommuner i Møre og Romsdal.

De ulike kommunene i Møre og Romsdal har ulike forutsetninger for å organisere sitt folkehelsearbeid. Varierende populasjonsstørrelser, ulik ressurstilgang på helsefinansiering og ulike måter å organisere tilsvarende utfordringer på tvers av kommunene gjør at definisjonen av Helseleder er ulik. For å understreke ulike organisasjonsformer er følgende formelle titler blant respondentene med i studien:

Kommuneoverlege, Pleie- og omsorgssjef, Helsesjef, Kommunelege 1, Leder for helse og omsorg, Kommunalsjef, Helseleiar, Rådgiver helse, og flere.

Rådmenn og ordførere, som de overordnede organisatoriske ansvarlige i kommunene, ble bedt om å identifisere den relevante respondenten. Disse nøkkelpersonene har de beste forutsetninger for å kjenne til kommunens organisasjonsform, og hvem som har den beste oversikten over måten folkehelsearbeidet i kommunen er organisert på. De definerer best rollen som "Helseleder", noe som var med på å kvalifisere respondentene. Muritunet AS gjennomførte rekrutteringsarbeidet, da de har en del kontakt med kommunene i forhold som berører denne studien.

Det var totalt 28 kommuner meldte sin interesse tilbake med kontaktinformasjon til relevant nøkkelperson. Fire kommuner meldte at de hadde egne utredningsprosjekt relatert til Samhandlingsreformen, og ville dermed ikke delta. 4 kommuner gav ikke respons. Av de 28 som meldte positivt tilbake er det 26 som har avgitt svar innenfor tidsfristen. Dette gir en svarprosent på 92,9% av distribusjonsgrunnlaget, og 68,4% av kommunene totalt i Møre og Romsdal.

Tabell 1

Fogderi	Antall kommuner	Deltakende kommuner	Andel	Dominerende sentrum
Sunnmøre	17	16	94,1%	Ålesund
Romsdal	8	5	62,5%	Molde
Nordmøre	11	5	45,5%	Kristiansund
Totalt	36	26	68,4%	

Tabell 1 viser hvordan deltakelsen i studien er i forhold til geografiske forhold i fylket. Sunnmøre, med størst antall kommuner er også med i størst omfang, mens kommunene i Nordmøre har lavest grad av deltakelse. Av de tre dominerende sentrum i fylket er Ålesund og Molde med blant bidragsyterne. Av de 10 største kommunene i fylket er 8 med i datagrunnlaget. Totalt sett vil dette utvalget kunne generaliseres til fylket som helhet.

Datainnsamlingen er gjort ved elektronisk spørreskjema, hvor invitasjon har blitt utsendt per e-post med respondentunik link til nettbasert skjema. En kommune har levert i papirformat, da deres brannmur hindret skjema i å bli forevist den aktuelle helselederen.

Datagrunnlaget blir brutt ned på fogderi, og på kommunestørrelse etter populasjon, hvor dette har vært hensiktsmessig. Store kommuner er definert ved Molde og Ålesund, mellomstore kommuner har en populasjon over 4000 innbyggere, og små kommuner under. Denne inndelingen gir et noe grundigere inntrykk av den tilbakemelding som er gitt fra kommunene, og klare strukturer fremkommer ved slik inndeling.

Formål og avgrensning

Studien tar utgangspunkt i deler av Samhandlingsreformen, St. meld. Nr. 47 (2008-2009) – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, med fokus på samhandling mellom kommuner og private helseforetak i forebyggende og kompetansekrevede funksjoner. Denne avgrensningen legges til grunn for diskusjon rundt forhold som berører de to første utfordringene i reformen:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Utfordring nr. tre legges til grunn som en forutsetning, da dette er basert på prognoser innenfor folkehelsearbeidet. Herunder forventet utvikling i demografi og sykdomsbilde som vil gi store forskyvninger fra yrkesaktive til ikke yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende. En endring som vil gi store utfordringer for pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

En øvrig avgrensning i studien er fokus på kommunale tilbud, med delvis berøring av utgiftet knyttet til bruk av offentlig og privat spesialisthelsetjeneste. Kommunen er i fokus, med forhold som berører kommunale forhold spesielt. Forhold som berører klinisk behandling er tonet ned, med formål om større fokus på forebygging og rehabilitering.

Brukere av koordinerte helsetjenester er ikke med i studien.

Koordinerte helsetjenester

Med koordinerte helsetjenester menes løsninger for pasienter og brukere som trenger hjelp fra flere ulike behandlingsinstitusjoner i en sammenhengende behandlingsskjede. Koordinering utføres som en tjeneste levert av kommunen. Regjeringen vurderer en lovpålagt plikt hvor målsetningen er at én enkelt pasient skal ha én enkelt person å forholde seg til i forhold til hvilke institusjoner som utfører behandling.

Det primære ansvaret for å sørge for spesialiserte helsetjenester er lagt til de regionale helseforetakene, mens kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenesten (sosialtjenesten). Da lovgivningen også er tilpasset denne ansvarsfordelingen, legger dette til grunn noe av forklaringen for at samarbeid mellom de ulike tjenesteområdene kan være vanskelig. Alle aktørene ønsker å yte sitt beste, men kan lett bli stående som individuelle organisatoriske søyler. En sentral del i Samhandlingsreformens arbeid har vært å søke etter systemtiltak som har forankring i, og fokus rettet mot, pasientenes helhetlige behov. Spesielt når dette går på tvers av forvaltningsmessige nivåer eller organisatoriske grenser.

Behovet for koordinerte helsetjenester er lagt ut fra pasientens forløp, hvor den kronologiske kjeden av hendelser utgjør pasientens totale oppfattelse av helse- og omsorgstjenestene. Et godt forløp er satt sammen ved at hendelsene følger et rasjonelt og koordinert mønster i møte med pasientenes ulike behov. Sett fra de ulike institusjonene involvert kan de ulike funksjonene som utøves være basert på ulike målsetninger, eller at ulike forutsetninger er lagt til grunn. Det er ikke uvanlig at spesialisthelsetjenesten har fokus på medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten har fokus på pasientenes funksjonsnivå og evne til mestring. Organisering og funksjonsutøvelsen blir dermed også tilrettelagt tilsvarende ulikt. Koordineringen mellom disse utøverne er én av de største utfordringene til helse- og omsorgstjenesten. Presisjonen har direkte konsekvens for graden av effektiv ressursbruk.

Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike aktører er ikke gode deltjenester bra nok alene. Det forutsettes god samhandling. Dette berører respekten overfor pasienter og deres pårørende, og i verste fall om forsvarligheten i tjenesten. Dette utfordrer kommunene i å definere hva som er gode pasientforløp, og det utfordrer aktørene i å definere seg selv som en del av et større pasientforløp. I sum utfordrer dette de ulike aktørenes faglige og organisatoriske kultur.

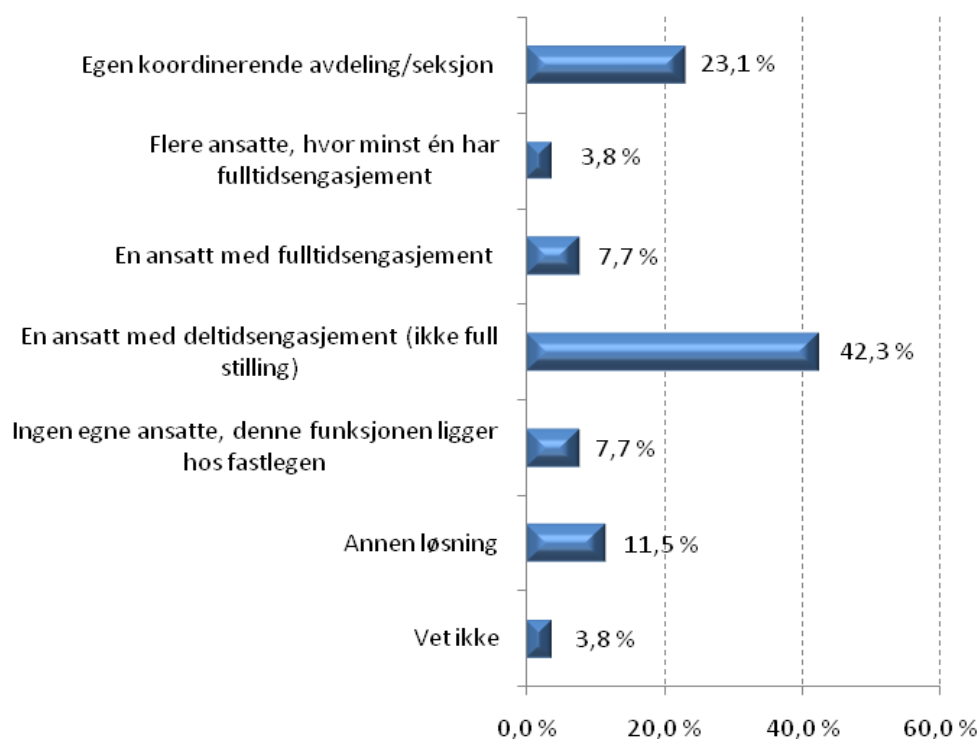
Kommunenes forutsetninger for koordinerte helsetjenester

Mange kompetansekrevede helse- og omsorgsoppgaver vil ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Både kommune, stat, privat og frivillige organisasjoner er berørt av forhold om koordinering. Dette medfører at mange utfordringer må løses lokalt, hvor nødvendig faglig kompetanse er nødvendig. I henhold til intensjonene i Samhandlingsreformen vil Regjeringen se på en fornyet kommunerolle i kombinasjon med et sterkere fokus på pasientforløp.

”Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlige diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)”³.

Kompetansekrevene funksjoner er ofte av tverrfaglig art, og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. Ut fra figuren nedenfor kan det være en fortolkning at økt prioritering av koordinerende funksjoner medfører en vesentlig større ressursbruk. Intensjonen er selvfølgelig at dette over tid skal gi innsparinger på direkte helseutgifter i forbindelse med behandling.

I hvilken grad har kommunen egne ansatte (ut over fastlege) som har som funksjon å koordinere helsetjenester?



Kommunene i Møre og Romsdal har ulike forutsetninger for å møte økte utfordringer. I hovedsak er det én ansatt i redusert stilling eller mindre som har koordinerende funksjon for helsetjenestene i den gjennomsnittlige kommunen. Noen kommuner, av de større, har naturligvis behov for flere ressurser på området da befolkningsgrunlaget er større.

Av de små kommunene er det ingen som har egen avdeling/seksjon for denne type helsetjenester. Det er en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og ressurser. Større enheter har større forutsetninger for å yte koordinasjon overfor brukere/pasienter i sammenhengende helsekjeder. Av dette kommer også evnen til å utvide virksomhetsområdet til å yte koordinerende forebyggende helse.

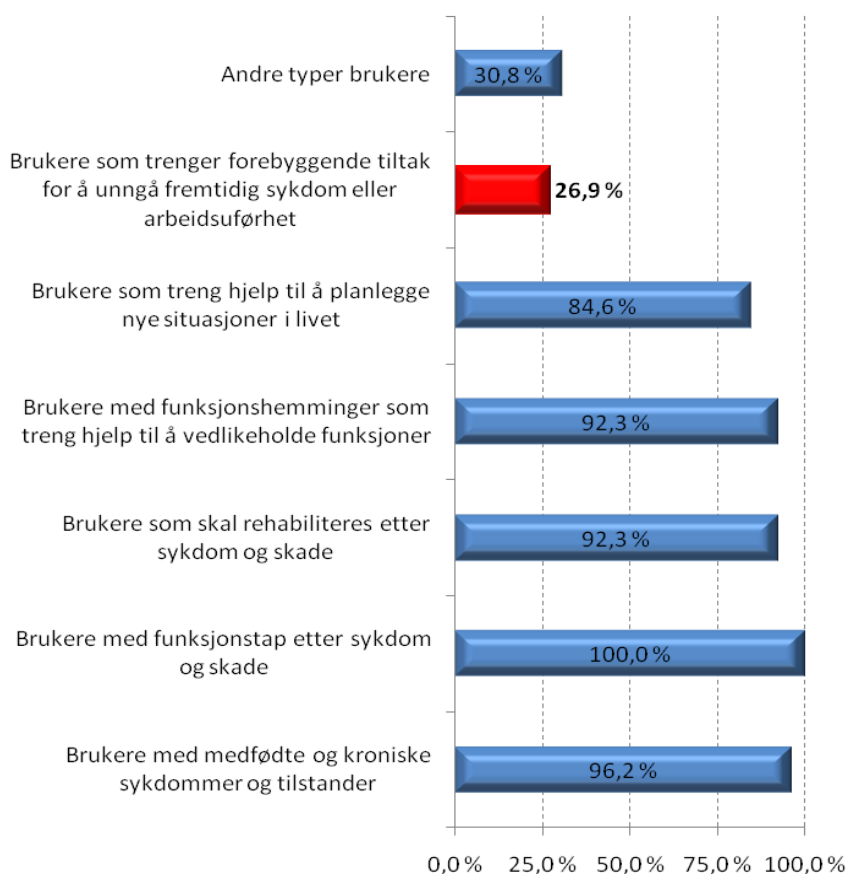
³ St.meld.nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, pkt 3.3.3

Av de seks kommunene som har egen koordinerende avdeling/seksjon er det likevel bare to som tilbyr koordinerte forebyggende tiltak. Selv om evnen er tilstedeværende kan det likevel virke som om fokus i dag er størst på behandlende virksomhet.

Kommunenes prioriteringer av helsetjenester

I forhold til Samhandlingsreformens utfordring nr. 2 så bekrefter denne studien at helsetjenestene i kommunene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, i alle fall overfor sammensatte helsesituasjoner. 26,9% av kommunene i Møre og Romsdal oppgir at det eksisterer et koordinert forebyggende tiltak for å unngå fremtidig sykdom eller arbeidsuførhet.

Hvilke brukergrupper får i dag tilbud om koordinerte helsetjenester av kommunen?



Helsetjenesten i dag har et stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, fremfor tilbud innrettet på å mestre og redusere sykdomsutviklingen. Alle kommunene oppgir å ha et koordinert helsetilbud til bruker med funksjonstap etter sykdom og skade, mens de øvrige faktorene har nesten full dekning i alle kommuner.

Det systematiske funn i denne sammenheng er at ingen små kommuner har indikert at de har et koordinert forebyggende tiltak. Tilsvarende er det ingen kommuner fra Nordmøre som har indikert forebyggende tiltak. I denne sammenheng er det verdt å nevne at det bare er to av kommunene på Nordmøre som er innenfor definisjonen av små kommuner.

Dette gir en kombinasjon av kommunestørrelsens effekt, og kommunenes fokus på utfordringer knyttet til forebyggende tiltak. Samhandlingsreformen nevner begge forhold som tema, og ser dette i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

I denne sammenheng er det viktig å understreke at dette spørsmålet har en begrensning i forhold til en enklere grad av forebyggende arbeid. Nivået i spørsmålet har hatt som intensjon å løfte forebyggende tema opp på samme nivå som behandlende tjenester er på i dag, og det kan forekomme planlagt forebyggende arbeid i kommunene som ligger utenfor kriteriet av samhandling. Denne diskrimineringen av begrepet gir likevel et signal om kommunenes fokus på en sentral problemstilling ihht. Samhandlingsreformen.

Formelle samarbeidsutvalg for koordinerte helsefunksjoner

Ansvar for spesialiserte helsetjenester er lagt til regionale helseforetak, mens kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenester og omsorgstjenesten. Disse drives individuelt med sikte på levere gode tjenester innenfor et lovverk som igjen er individuelt tilpasset det ulike tjenestetilbudet. Dette gir samlet utfordringer for systemtiltak overfor pasientenes behov, spesielt når behovet går på tvers av forvaltningsnivåer og organisatoriske grenser. I tillegg til de formelt ansvarlige foretak, er det også private helseforetak, frivillige organisasjoner og andre instanser som kan bidra innenfor kommunenes utfordringer med koordinerte helsetjenester.

Regjeringen forutsetter at kommunene selv finner frem til samarbeidsformer som sikrer at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. En av forutsetningene er at kommunene inngår interkommunalt samarbeid hvor dette er nødvendig, men at det samtidig er gitt frihet til å velge organisasjonsform. Hvem som deltar i de ulike samarbeidsutvalg følger samme intensjon.

I forhold til myndighet i formelle samarbeidsutvalg vil deltakere med funksjoner i høyere organisatoriske nivå normalt ha større innflytelse og gjennomslagskraft i relevante og konkrete problemstillinger enn deltakere som kommer fra lavere organisatoriske nivå. Med utgangspunkt i at samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene⁴, signaliserer dette et behov for gjennomslagskraft. Dette fordrer en kombinasjon av formelle fullmakter og funksjonell integritet, noe som ofte følger formelle funksjoner spesielt i kommuneorganisasjonen.

Manglende samhandling fører gjerne til at den spesialistkompetansen som spesialisthelsetjenesten besitter ikke tilflyter kommunene i stor nok grad. Et forhold som også berører forebyggende folkehelsearbeid.

⁴ St.meld.nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, pkt 5.2.1

Organisering av samarbeidsutvalg

Tilbakemeldingen fra kommunene viser at 20 av 26 kommuner (76,9%) har formelt etablerte samarbeidsutvalg for koordinerte helsefunksjoner. For de seks kommunene som oppgir at dette ikke er etablert, er det ingen sammenheng mellom kommunens størrelse.

Formelle samarbeidsutvalg er i praksis delegerte funksjoner. De funksjonene/stillingskategoriene som ikke er med i noen av de formelle samarbeidsutvalgene i kommunene er som følger:

- Ordfører
 - Rådmann
-
- Representant fra annen kommune
 - Leder fra privat helseforetak
 - Representant fra privat helseforetak
 - Leder fra frivillig organisasjon
 - Representant fra frivillig organisasjon

Deltakelse fra Ordfører og Rådmann er i utgangspunktet ikke naturlig, da disse har overordnet organisatorisk/administrativt ansvar, og naturlig delegerer dette til andre å utføre.

De fem andre funksjonene som ikke er med i formelle samarbeidsutvalg ligger utenfor kommunen som organisasjon, og står i kontrast til representanter fra offentlige helseforetak. I den grad kommuner ser utenfor egen organisasjonsramme er det offentlige helseforetak som i beskjeden omfang blir invitert som ekstern kompetanse. Spesielt representanter fra frivillige organisasjoner er nevnt i forhold til forebyggende arbeid, og per i dag er ikke representanter med i formelle samarbeidsutvalg for koordinerte helsefunksjoner. Dette kan for eksempel være ledere fra lokale idrettslag, lokale treningssener og Turistforeningen for som ressurs innenfor fysisk helse, og ledere fra kirkesamfunn, aktivitetssenter, kunst og kultur som ressurs innenfor psykisk helse.

I forhold til kommunestørrelse er det ingen klare organisatoriske trekk som fremkommer i måten formelle samarbeidsutvalg er sammensatt. Det er en tendens til at Folkehelsekoordinator og NAV i større grad benyttet som ressurser i de små kommunene.

Den funksjonen som blir mest benyttet i formelle samarbeidsutvalg er Helsesøster, Helseledere på avdelingsnivå og Kommunelege. I marginalt grad er leder fra offentlig helseforetak med.

Selv om 60% av landets kommuner har folkehelsekoordinator viser praksis fra kommunene at stillingsressursen ofte er liten. En av årsakene bak denne stillingen spesielt var at koordinatoren skulle etablere aktører som kunne bidra i det tverrsektorielle og politisk forankrede folkehelsearbeidet, og spesielt trekke inn frivillige organisasjoner. Det kan virke, ut fra denne studien, at kapasiteten og kompetansen til denne funksjonen ikke blir verdsatt til deltakelse i de formelle samarbeidsutvalg for – nettopp – koordinerte helsetjenester.

Tabell 2 viser i hvor stor grad ulike funksjoner blir benyttet i formelle samarbeidsutvalg for koordinerte helsetjenester i kommunene, samt at tabellen gir en prinsipiell beskrivelse av hvilke

representanter som vanligvis agerer sammen i samarbeidsutvalgene. Kolonnen "Benyttet" viser hvor stort innslaget i kommunene er på de bestemte funksjonene.

Tabell 2 – Prinsippmodell for organisering av samarbeidsutvalg

Funksjon	Benyttet	Hovedgruppe	Undergruppe
Overordnet helseleder	35 %	1	a
Leder i NAV	25 %	1	a
Annen representant	35 %	1	a
Kommunelege	50 %	1	b
Helsesøster	60 %	1	b
Representant fra skole	45 %	1	b
Helseleder(e) på avdelingsnivå	55 %	2	a
Annen kommunal helsearbeider/spesialist	35 %	2	a
Lege	10 %	3	a
Folkehelsekoordinator	10 %	3	a
NAV (ikke lederstilling)	20 %	3	b
Rektor ved skole	10 %	3	b
Annen kommunal lederstilling (ikke helse relatert)	20 %	3	c
Leder fra offentlig helseforetak	5 %	3	c
Representant fra offentlig helseforetak	15 %	3	c

I praksis eksisterer det tre hovedtrekk i måten formelle samarbeidsutvalg blir organisert på. Basert på statistisk grupperingsanalyse er et underliggende mønster i datagrunnlaget avdekket, et mønster som viser hvordan kommunene gjerne organiserer samarbeidsutvalgene. I grove trekk er tre hovedgrupper identifisert, tre grupper som har ulik sammensetning av funksjoner. Hovedgruppe 1, 2 og 3. De tre gruppene viser hvilke funksjoner som vanligvis agerer sammen i formelle samarbeidsutvalg, og samtidig hvilke funksjoner som vanligvis ikke agerer sammen.

De funksjonene som er gruppert i hovedgruppe 1, deltar sjelden (om aldri) sammen med de som er med i hovedgruppe 2 eller tre. Av de tre mest benyttede funksjoner, grupperes Kommunelege og Helsesøster i samme hovedgruppe, mens Helseleder på avdelingsnivå i en annen. Hensikten med denne inndelingen er å visualisere at kommuner både organiserer sine formelle samarbeidsutvalg ulikt, og samtidig gir disse utvalgene ulike grad av organisatorisk innflytelse. Det er for eksempel ikke vanlig at Leder i NAV er i samarbeidsutvalg med lege, men heller med overordnet helseleder. Lege er oftere i samarbeid med folkehelsekoordinator. En leder for offentlig helseforetak er ikke i samarbeidsutvalg med helsesøster, men mer sannsynlig sammen med annen kommunal lederstilling. Mønsteret som fremkommer er systematisk, og skillene innenfor de kravene som blir satt i statistisk analyse (signifikante). Tabellen avslører bestemte valgmønstre, og gir dermed en prinsipiell forståelse av organisatoriske valg.

Sammensetningen av de tre hovedgrupperingene kan fragmenteres ytterligere, og den statistiske grupperingsanalysen har også avdekket flere undernivåer. To undernivåer på hovedgruppe 1, ingen undergrupper på hovedgruppe 2, mens hele tre undergrupper på hovedgruppe 3. Merk at de

aktuelle funksjonene som deltar i hovedgruppe 3 i relativt liten grad blir benyttet som ressurser i formelle samarbeidsutvalg. Herunder Folkehelsekoordinator.

Fullmakter til samarbeidsutvalg

I organisatorisk sammenheng har formelle samarbeidsutvalg en bestemt funksjon å utføre, og de mulighetene som de gis i form av fullmakter til å gjennomføre relevante tiltak sier i praksis noe om evnen til å utøve myndighet. I den grad fullmakter ikke er gitt, må innstillinger fra samarbeidsutvalgene bringes videre til behandling i andre nivå i kommuneorganisasjonen, noe som vil kunne medføre både lenger saksbehandlingstid og svakere mulighet til gjennomskjæring.

Totalt er det 45% av kommunene som oppgir at de formelle samarbeidsutvalgene har blitt gitt nødvendige fullmakter til å fatte vedtak med praktisk konsekvens. Kun ¼ av de små kommunene har gitt tilsvarende fullmakter. Ut fra dette er det et mønster at delegering ved nødvendige fullmakter blir gitt i større grad til kommuner av større størrelse, hvor også behovet i saksbehandlingen naturlig gir preferanser for dette. I praksis gir dette asymetri i forhold til faglig gjennomslagskraft basert på kommunestørrelse.

Sett i relasjon til prinsippmodellen for organisering av samarbeidsutvalg (jfr. Tabell 2), så blir ikke fullmakter generelt gitt til hovedgruppe 3. Ingen kommuner har gitt nødvendige fullmakter til samarbeidsutvalg som har lege, folkehelsekoordinator, rektor eller leder fra offentlig helseforetak som deltakere. Dette understreker at deltakelse fra stillinger av høyere nivå i formelle samarbeidsutvalg har en større gjennomslagskraft i konkrete problemstillinger, og kanskje også fordrer denne form for deltakelse for å styrke kommunenes evne til samhandling. Når utfordringene til samhandling er utfordrende internt innad i kommuneorganisasjonen, så kompliseres dette ytterligere når kommunale, statlige, private og frivillige organisasjoner skal samhandle på bakgrunn av ulike målsetninger med de individuelle helseleveransene.

I dette lys er behovet for fullmakter stort i formelle samarbeidsutvalg, noe som fordrer at det er deltakelse fra formelle funksjoner med nødvendig organisatorisk integritet fra alle parter. Uten dette grunnlaget vil systemtiltak kunne bli pulverisert eller trenert i forhold til andre oppgaver som skal løses. Sett i forhold til behovet for forebyggende helsearbeid vil dette, historisk sett, kunne minste forrang fremfor helbredelse av faktiske lidelser. De formelle samarbeidsutvalgs fullmakter er i praksis et uttrykk for kommunenes evne og vilje til å fokusere på fremtidige helseutfordringer.

Samarbeid med andre kommuner

For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp, med utgangspunkt i pasientens ve og vel, vil gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner mellom ulike organisasjoner være et sentralt verktøy. Samhandlingsreformen nevner at kommunene, spesielt på forebyggende folkehelse, bør utvikle organisatoriske styringsverktøy for å holde oversikt over helsetilstanden i kommunen. Med utgangspunkt i at ulike kommuner har ulike forutsetninger vil det være rom for at strukturelle samarbeidsformer og gode samarbeidsavtaler blir lagt til grunn for kommunenes folkehelsearbeid opp mot andre organisasjoner.

Systemnivå

I forhold til formelle samarbeidsutvalg er det ingen samhandling mellom kommunene. Ingen av de formelle samarbeidsutvalgene for koordinerte helsetjenester har med representanter fra andre kommuner. Dette viser at på systemnivå er ikke denne form for samhandling etablert mellom kommunene.

Formelle samarbeidsutvalg er likevel en forutsetning for god handheving av planlagt samhandling nedfelt i overordnede kommuneplaner for helsearbeidet. Dette berører forhold i klassiske byråkratiske modeller.

Operativt nivå

På et lavere organisatorisk [operativt] nivå er det likevel en utstrakt grad av samhandling mellom kommunene i Møre og Romsdal i å tilby helsetjenester til befolkningen. Det er en tendens til at de mindre kommunene i større grad ser ut av kommunen for å finne gode måter å løse utfordringer knyttet til kommunens folkehelse, mens de større i hovedsak har kapasitet til å løse disse utfordringene selv. Av dette følger også at de mindre kommunene til dels finansierer større kommuners evne til å tilby de aktuelle tjenestene til mindre kommuner. Kommunestørrelse her er synonymt med evne, og herunder finansiell evne, til å løse frivillige og lovpålagte helseoppdrag.

Dersom man ser bort fra offentlige helseforetak, så er det kun fem av kommunene har et samarbeid mellom andre kommuner og private helseforetak. Fire kommuner har oppgitt at de ikke har noen samarbeidsavtaler med andre kommuner eller mot private helseforetak. De øvrige har samarbeid kun med andre kommuner, slik som tabell 3 viser.

For de kommunene som samarbeider om helsetjenester er strukturen basert på grupper eller stillinger. Samarbeidet ligger dermed på et operativt plan kommunene imellom. På det overordnede nivået er samarbeidet i funksjoner som berører funksjoner og organisasjoner som opererer innenfor kommunen.

Tabell 3

Samarbeidsformer om tilbud av helsetjenester til befolkningen?

		Samarbeid med andre kommuner			
		Ja	Nei	Totalt	
Samarbeid med private helseforetak	Ja	Antall	5		5
		% av Totalt	19,2 %		19,2 %
	Nei	Antall	16	4	20
		% av Totalt	61,5 %	15,4 %	76,9 %
	Vet ikke	Antall	1		1
		% av Totalt	3,8 %		3,8 %
	Totalt	Antall	22	4	26
		% av Totalt	84,6 %	15,4 %	100,0 %

På det operative plan er det følgende funksjoner deles mellom kommuner:

- Ambulante team
- Hjemmetjeneste
- Fastlege
- Nattlegevakt
- PPT

I forhold til kommunalt samarbeid var det ingen kommuner som oppgav at Sykehjem og Aldershjem var en tjeneste som ble delt mellom kommunene.

I samarbeidet med private helseforetak er det følgende funksjoner som benyttes:

- Rehabilitering
- Fastlege
- Fysioterapi

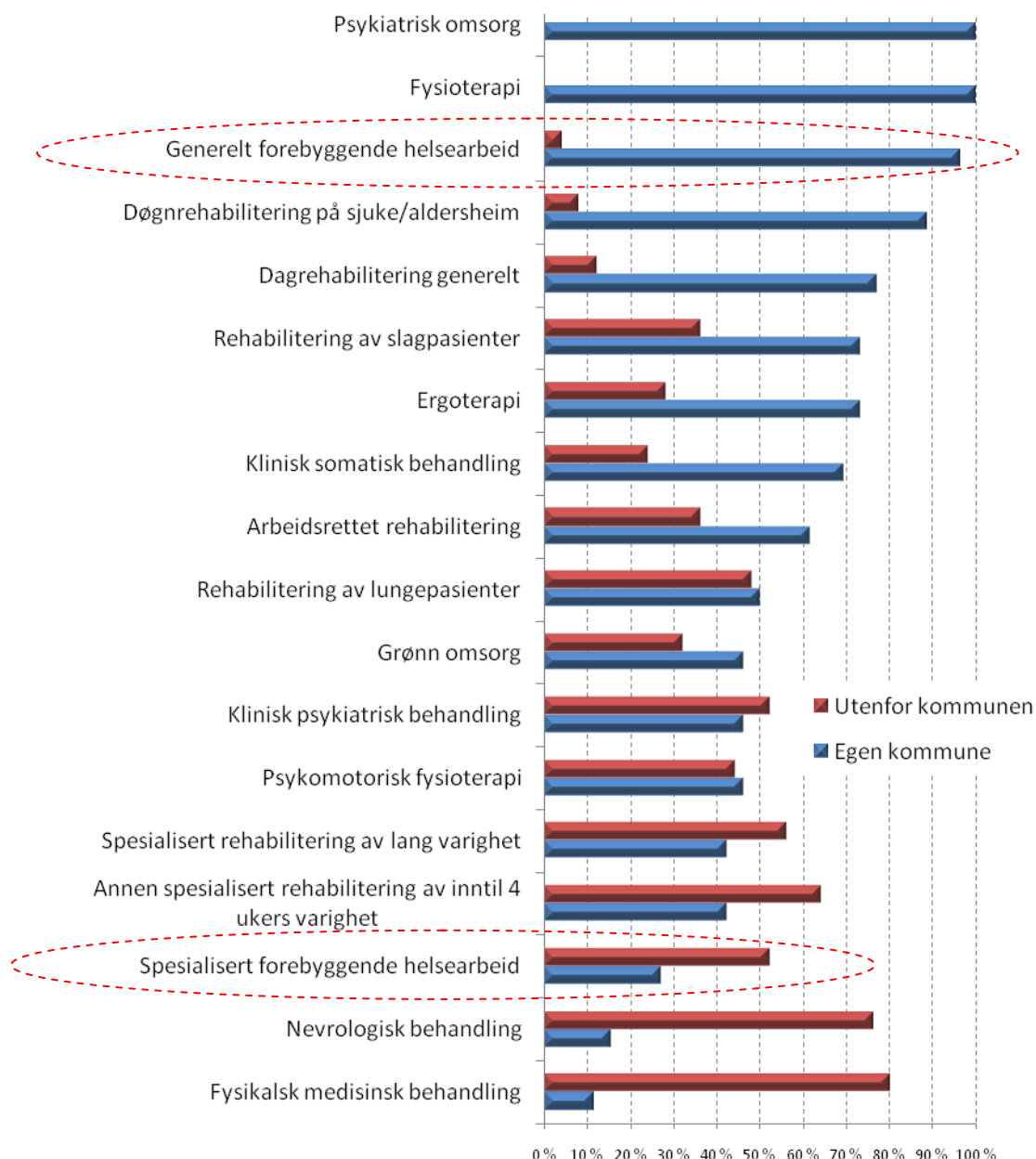
Folkehelse

Tidligere var det infeksjonssykdommer som utgjorde en betydelig del av samfunnets sykdomsbyrde. I dag preger nå ulykker, hjerte/kar, kreft, kols, diabetes, depresjon, angst, og skjelett og muskelsmerter en stadig større andel. Sykdomsbildet har en økende grad av ikke-smittsomme sykdommer som hovedområde. Fremtidens nordmenn vil i større grad enn i dag få utfordringer med et økende omfang av sykdommer knyttet til livsstil.

Forebygging er et viktig element i Samhandlingsreformen, og mye av utfordringen ligger i å løfte denne delen av Folkehelsearbeidet opp mot fokuset som er på behandling og rehabilitering av sykdommer. Målsetningen er å benytte og videreutvikle tiltak som reduserer og motvirker bortfall fra yrkesliv, individets egenmestring og risikoen for unødvendig sykdomsutvikling. Dette krever strukturelle tiltak og bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt i kommunene.

Status på kommunalt forebyggende helsearbeid

Forebyggende arbeid er satt i relasjon til øvrige kommunale helsetilbud i figuren nedenfor. Oversikten viser hvilke helsetilbud som tilbys innad i kommunen, og hvilke tilbud befolkningen må reise ut av kommunen for å få tilbud om. Sett i relasjon til det totale tilbudet, så er det en stor – og kanskje naturlig – distanse mellom et generelt forebyggende helsearbeid og et spesialisert forebyggende helsearbeid.



Noen utfordringer innenfor folkehelse er av generell art, slik som kosthold, fysisk fostring og røyking. Samlet står disse for mye av grunnlaget til kronisk sykdom og for tidlig død. Utfordringen er likevel å

foredle kunnskapsgrunnlaget til tiltak som fungerer. Dette berører forhold angående forebyggende folkehelse, da relativt enkle utfordringer krever spesialisthelsetjeneste for å behandle. Dette tema berører mange psykologiske faktorer innenfor generell helsekunnskap, ytre og indre påvirkning, holdningsendring, og varig endring av livsstil. Mye av distansen mellom generelt og spesialisert folkehelsearbeid ligger i komplekse helsesituasjoner som krever samhandling mellom ulike aktører, og kompliserte diagnoser som krever spisskompetanse.

26,9% av kommunene i Møre og Romsdal har formelt koordinert forebyggende helsearbeid som en del av sin organisering av folkehelsearbeidet. Dette berører en fremtidig utfordring for kommunene, sett i relasjon til Samhandlingsreformen, i å løfte forebyggende arbeid opp på et systemnivå. Kommunene har en organisatorisk utfordring i systematisk kunnskapsgenerering i forhold til hvilke tiltak som medfører fremtidige resultater. Herunder ligger administrative forhold knyttet til kollektiv læring mellom ulike fagmiljøer i og utenfor kommunen, om hva som påvirker helsemessige forhold i kommunen.

Dette kan medføre at funksjoner som i dag er tilknyttet spesialisthelsetjenesten blir flyttet til kommunene, eller at spesialisthelsetjenesten i større grad deltar i arbeidsformer som per i dag er begrenset til kommunal deltakelse.

Aktørsamarbeid

Helse og omsorgspolitikkenes resultater blir aggregert gjennom yteevnen til flere aktører. Regjeringen legger til grunn av kommunene finner frem til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes. Det forutsettes at interkommunalt samarbeid inngås der dette er nødvendig, hvor kommuner kan dele på ansvaret for ulike sykdomsgrupper og dekke hele befolkningen blant de samarbeidende kommunene.

Tabell 4

Hvilke aktører er formelt med i kommunens planlagte helsearbeid innenfor følgende områder?

	Forebygging		Rehabilitering	
	Somatisk	Psykisk	Somatisk	Psykisk
Egne kommunale enheter	80,8 %	88,5 %	88,5 %	88,5 %
Legesenteret i kommunen	76,9 %	73,1 %	84,6 %	80,8 %
Kommunale enheter i andre kommuner		7,7 %		7,7 %
Offentlige helseforetak	23,1 %	23,1 %	61,5 %	57,7 %
Private helseforetak	7,7 %	7,7 %	26,9 %	15,4 %
Frivillige organisasjoner	26,9 %	26,9 %	3,8 %	7,7 %
Andre aktører	3,8 %	7,7 %	7,7 %	

I henhold til tabell 4 er det et marginalt innslag i bruk av kommunale enheter i andre kommuner. Dette understreker at samarbeidsnivået i dag ligger på et lavere funksjonsnivå, og at samarbeid på et høyere organisatorisk nivå – type partnerskap – ikke er utstrakt.

Det er primært ressurser i egen kommune som er inkludert i det planlagte helsearbeidet, noe som indikerer at det ikke forekommer utstrakt spesialisering mellom enkeltkommuner. Med utstrakt spesialisering menes her et formelt samarbeid mellom to eller flere kommuner, hvor man tar på seg fagansvar for spesielle helserelaterte forhold for befolkningen i alle samarbeidende kommuner. Ulike ansvar/byrder blir fordelt interkommunalt, slik at man kan bygge opp spesialisert kompetanse. Innenfor somatiske relaterte forhold er det ingen som har indikert bruk av omkringliggende kommunale ressurser.

Frivillige organisasjoner er blant ¼ av kommunene med i det forebyggende arbeidet. Sett i relasjon til deltakelse i samarbeidsutvalg, og sammensatte prosesser er ikke disse organisasjonene inkludert, men på et lavere nivå med i aktørsamarbeidet. Idrettslag, ideelle lag- og organisasjoner, kirker og menigheter, Røde Kors har alle samlet et stort bidrag inn mot befolkningen i kommunen. Disse organisasjonene berører mange ulike deler av folkehelsen, både fysisk og psykisk overfor mange ulike grupper av befolkningen.

Private helseforetak er i liten grad inkludert i kommunenes planlagte forebyggende helsearbeid. Per i dag er disse helseforetakene mer delaktige innenfor rehabilitering, og da innenfor spesialisert rehabilitering. I forhold til Samhandlingsreformen representerer private helseforetak en spisskompetanse innenfor sitt fagområde, en kompetanse som kan legges til grunn for forebyggende folkehelse. Det er kun én kommune som i dag har med privat helseforetak i sitt forebyggende arbeid.

Kommunal helsestruktur

I forhold til Samhandlingsreformens utfordring nr. 2 så preges helsetjenestene av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det har vært for stor fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner fremfor å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling.

Med utgangspunkt i at den demografiske og epidemiologiske utviklingen er i stor endring i landet er et av hovedgrepene at kommunerollene skal endres. Ambisjonen er at kommunene skal imøtekomme forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser, hvor en av intensjonene er at det skal legges opp til forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.

Tabell 5 nedenfor tar ikke hensyn til klinisk behandling, men fokuserer på forebygging og rehabilitering. Merk også at tabellen tar for seg planlagt tilbud, tilbud som er med i kommunens planlagte arbeid. Her holdes ad hoc forhold utenfor som skjer i regi av fastlegen. I forhold til dagens situasjon har de involverte kommunene et tilrettelagt/planlagt tilbud om helsetjenester som fordeler seg samlet som følger:

Tabell 5
Hvilke aldersgrupper får i dag et tilrettelagt/planlagt tilbud om helsetjenester i kommunen?

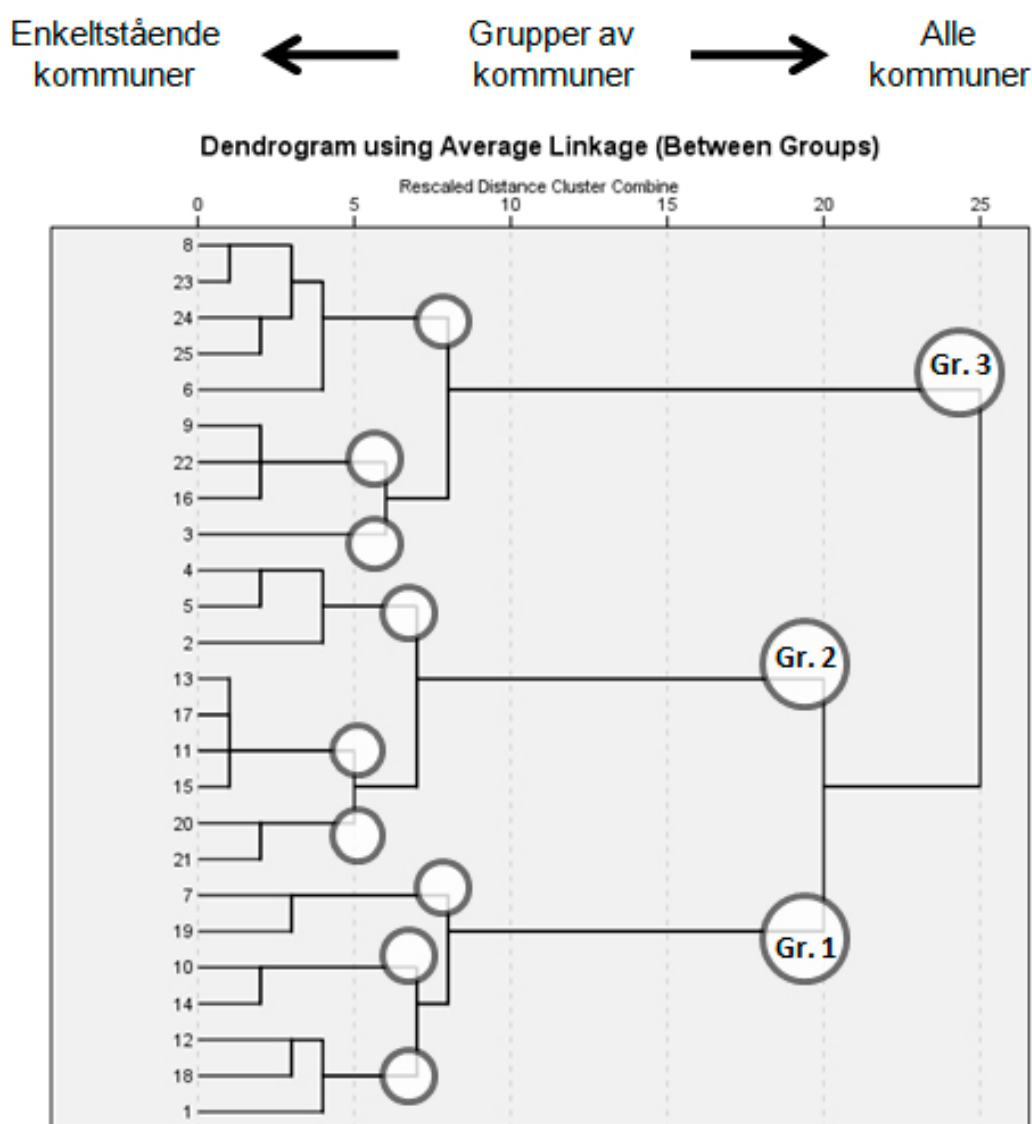
	Forebygging		Rehabilitering	
	Somatisk	Psykisk	Somatisk	Psykisk
Barn (12 år og yngre)	79,2 %	70,8 %	62,5 %	50,0 %
Ungdom (13 til 19 år)	75,0 %	83,3 %	66,7 %	66,7 %
Unge voksne (20 til 35 år)	41,7 %	54,2 %	62,5 %	79,2 %
Voksne	50,0 %	58,3 %	83,3 %	91,7 %
Eldre (pensjonister)	45,8 %	37,5 %	87,5 %	62,5 %

I hovedtrekk er det størst ressursbruk på rehabilitering, noe som også er i tråd med de argumenter som blir brukt i Samhandlingsreformen. Merk at det er ingen celler i tabellen som viser 100%, noe som viser at det finnes kommuner som per i dag ikke har planlagt tilbud innenfor det aktuelle området mot aktuell målgruppe. Her finnes et mer sammensatt/fragmentert bilde av det planlagte helsetilbudet i kommunene. Noen kommuner har helsetjenester som andre ikke har, og noen løser gjerne samme oppgaver bedre enn andre. Dette er en forutsetning som legges til grunn for den videre diskusjonen.

Med utgangspunkt i de svarene som kom inn fra Helselederne i kommunene er det kjørt en grupperingsanalyse på datagrunnlaget. Analysen har som formål å finne naturlige grupper i datagrunnlaget, grupper som kan skilles fra hverandre basert på rigide statistiske kriterier. Hensikten med å lete etter ulike grupper (signifikant forskjellige) er å beskrive hvordan helsetilbudet strukturelt sett er i Møre og Romsdal, og samtidig sette fokus på hvilket grunnlag som finnes for samhandling.

Tilbudsdendogram

Et dendogram (fra Gresk, dendron "Tre", -gramma "tegning") er et tredigram brukt til å illustrere hvordan strukturen er i bestemte forhold. Med utgangspunkt i hvilke tilbud kommunene gir (forebygging og rehabilitering) overfor ulike aldersgrupper, som et planlagt helsetilbud, kan en struktur hentes ut statistisk. Dendogrammet er organisert etter grad av gruppering av kommunene, hvor enkeltstående kommuner ligger i dendogrammets venstre del, mens alle kommuner samlet vises til høyre. Mellom disse to ytterpunktene er det identifisert grupper av kommuner, grupper som samler kommuner som løser sine oppdrag på en lik måte. Til lenger man beveger seg fra høyre til venstre, til mer fragmentert blir gruppene som kan identifiseres.



I Dendogrammet er det markert unike grupper med sirkler. Merk at til høyre i dendogrammet er det tre sirkler, men lenger til venstre er det markert hele 9 sirkler. Dersom man beveger seg enda lenger til venstre er bildet enda mer fragmentert. Hver gang en sti deler seg, er det nye oppdeling av

grupper som er unike i forhold til stiens andre retning. Den fragmenterte strukturen følger likevel under hovedgruppen identifisert lengst til høyre.

I denne sammenheng er det formålstjenelig å se på tre grupper av kommuner. De tre gruppene som er markert med nummer i dendogrammet er statistisk identifisert, og vil visualisere godt at ulike grupper av kommuner har løst sine oppdrag på ulike måter. Siden staten gir kommunene frihet til å organisere sitt folkehelsearbeid på, er det også naturlig at kommunene velger å utnytte sine ressurser etter de forhold de finner formålstjenelig. Dendogrammet viser konsekvensen av dette.

Gruppe 1 består av syv kommuner, mens gruppe 2 og 3 består av 9 kommuner. Gruppene er identifisert på følgende måte:

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
• Stordal	• Sandøy	• Halså
• Sande	• Norddal	• Ørskog
• Stranda	• Rindal	• Vanylven
• Averøy	• Hareid	• Skodje
• Giske	• Vestnes	• Rauma
• Sula	• Sunndal	• Fræna
• Herøy	• Ulstein	• Ørsta
	• Volda	• Molde
	• Haram	• Ålesund

Kommunens tilbudsside

Dersom man tar utgangspunkt i de tre signifikante nedbrytninger av kommunen fremtrer en annen strukturell beskrivelse i hvordan kommunene har organisert tilbudet av planlagte helsetjenester på.

Strukturen i tabell 6 har som hensikt å fremvise er at ulike kommuner representerer ulike kompetanseområder. Oversikten er grov, da det kun fokuseres på somatisk og psykisk helse, sett i relasjon til forebygging og rehabilitering. Dersom man hadde gått mer i detalj innenfor hvert enkelt område forholdene enda mer fragmentert. De tre gruppene viser ulik struktur, som for eksempel planlagt forebyggende helsearbeid til Voksne og Eldre.

I gruppe 1 er det ingen kommuner som har oppgitt at de har et planlagt helsearbeid overfor eldre, mens i gruppe 3 er det nesten alle. Gruppe to faller midt i mellom. I forhold til rehabilitering viser gruppe 2 et stort utslag, mens de to øvrige har lavere grad av innrapportert planlagt helsearbeid.

Tabell 6
Hvilke aldersgrupper får i dag et tilrettelagt/planlagt tilbud om helsetjenester i kommunen?

	Forebygging		Rehabilitering	
	Somatisk	Psykisk	Somatisk	Psykisk
Kommunegruppe 1				
Barn (12 år og yngre)	83,3 %	33,3 %	16,7 %	
Ungdom (13 til 19 år)	66,7 %	83,3 %	33,3 %	66,7 %
Unge voksne (20 til 35 år)	16,7 %	66,7 %	33,3 %	83,3 %
Voksne	16,7 %	66,7 %	50,0 %	83,3 %
Eldre (pensjonister)			50,0 %	
Kommunegruppe 2				
Barn (12 år og yngre)	66,7 %	88,9 %	100,0 %	100,0 %
Ungdom (13 til 19 år)	66,7 %	88,9 %	100,0 %	88,9 %
Unge voksne (20 til 35 år)	11,1 %	11,1 %	88,9 %	88,9 %
Voksne	22,2 %	11,1 %	100,0 %	100,0 %
Eldre (pensjonister)	22,2 %	11,1 %	100,0 %	66,7 %
Kommunegruppe 3				
Barn (12 år og yngre)	88,9 %	77,8 %	55,6 %	33,3 %
Ungdom (13 til 19 år)	88,9 %	77,8 %	55,6 %	44,4 %
Unge voksne (20 til 35 år)	88,9 %	88,9 %	55,6 %	66,7 %
Voksne	100,0 %	100,0 %	88,9 %	88,9 %
Eldre (pensjonister)	100,0 %	88,9 %	100,0 %	100,0 %

Ut fra forståelsen om at ulike kommuner planlegger for ulike aktiviteter kan man se over "grensene" mellom ulike kompetanseforutsetninger. Hva kan kommuner som tilhører i gruppe 3 tilby gruppe 2, og omvendt. Hvor kan kommuner i gruppe 1 henvende seg for å se etter løsninger og evt. samarbeid. Hvilke naturlige geografiske forutsetninger ligger til grunn mellom gruppene, osv. Hvilken betydning har denne forståelse om intensjonen er at helsetjenester skal tilbys lokalt?

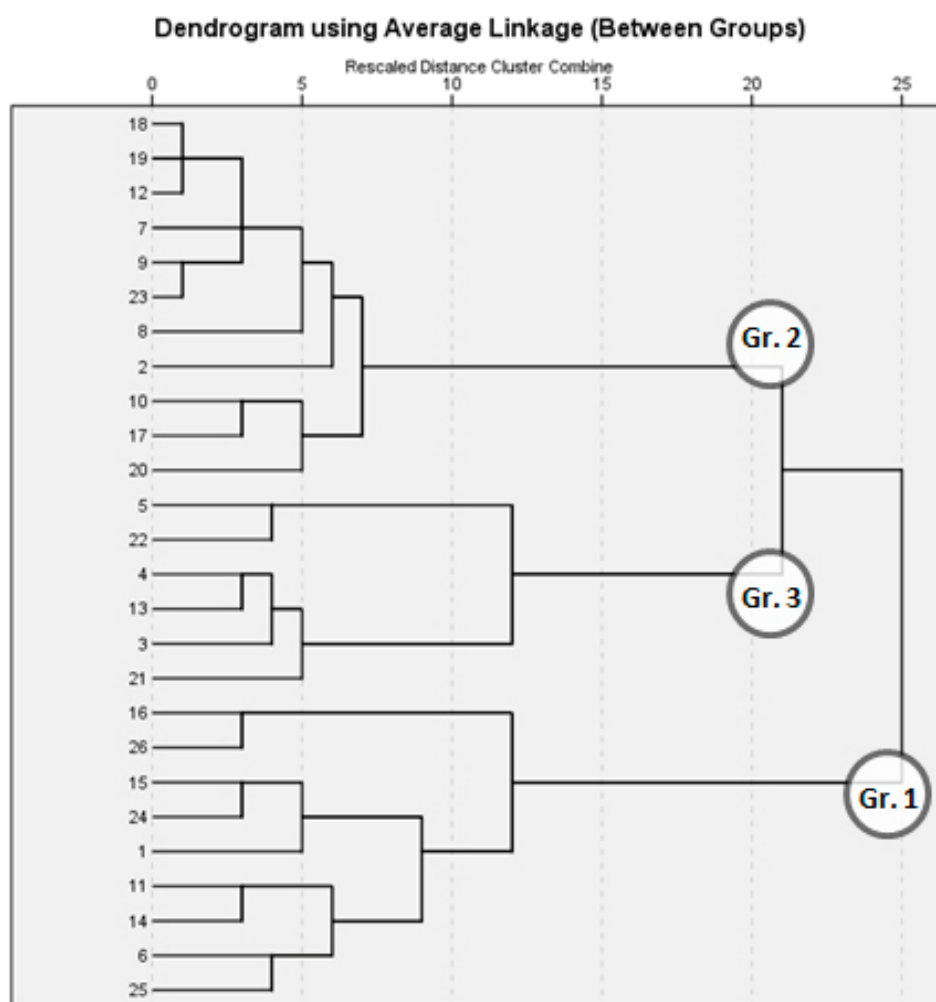
Hvilken fremtidig kommunerolle kan tre frem dersom man benytter helsekompetanse i andre kommuner. Oversikten her berører forhold som blir omtalt i Samhandlingsreformens omtale av Hovedgrep nr. 2 – Ny fremtidig kommunerolle.

En sentral diskusjon i denne sammenheng er kommunenes evne til å finansiere ulike helsetilbud, og ikke minst de etablerte intensivordningene for å løse ulike oppdrag. I forhold til fremtidige oppdrag med større fokus på forebyggende helsearbeid vil oppdrag kunne finansieres ved at enten kommuner slås sammen, eller etablerer samhandlingsmodeller som kan løse de utfordringer som Samhandlingsreformen vektlegger. Gevinsten ved forebyggende arbeid har en horisont på ca. 15 år, noe som medfører kostnader med opplevd usikker gevinst innenfor etablerte budsjettmodeller.

Utfordringsdendogram

På samme måten som beskrivelsen av dagens planlagte helsetilbud i kommunene, kan også fremtidens helseutfordringer deles inn etter samme metodikk. Dendogrammet viser hvordan ulike kommuner kan grupperes sammen etter hvilke helseutfordringer de har definert for fremtiden.

Det som fremkommer klart fra dendogrammet er at de individuelle kommunene har definert ulike utfordringer. I grove trekk er det igjen avdekket tre grupper, men disse er ikke overlappende med den andre inndelingen av kommuner. Dette illustrerer at bildet er sammensatt, og at kommuner i beste grad prøver å tilpasse seg de forutsetninger de har å forholde seg til. Forståelsen av dette derimot gir grunnlag for samhandling hvor det skulle finnes rom for slikt.



Den statistiske analysen har med andre ord avdekket strukturelle behov i kommunene i Møre og Romsdal, strukturelle behov som krever individuelle løsninger for de aktuelle kommunene.

Av dette kan konklusjonen dras at det må være rom for at ulike kommuner kan samarbeide i å finne optimale løsninger i hvordan ressursbruken utnyttes.

De kommunene som er identifisert i de forskjellige gruppene er som følger:

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
<ul style="list-style-type: none"> • Stordal • Ørskog • Stranda • Vestnes • Giske • Sunndal • Ørsta • Molde • Ålesund 	<ul style="list-style-type: none"> • Sandøy • Sande • Eide • Vanylven • Skodje • Hareid • Rauma • Ulstein • Sula • Herøy • Fræna 	<ul style="list-style-type: none"> • Halså • Norddal • Rindal • Averøy • Volda • Haram

Kommunenes helseutfordringer

Med utgangspunkt i de tre gruppene som statistisk har blitt identifisert som forskjellige fra hverandre (signifikante), så beskrives de ulike utfordringsområdene slik som vist i tabell 7.

Tabell 7

Hvilke aldersgrupper og helsebehov representerer fremtidige utfordringen?

	Forebygging		Rehabilitering	
	Somatisk	Psykisk	Somatisk	Psykisk
Kommunegruppe 1				
Barn (12 år og yngre)	77,8 %	55,6 %	22,2 %	33,3 %
Ungdom (13 til 19 år)	100,0 %	88,9 %	33,3 %	66,7 %
Unge voksne (20 til 35 år)	77,8 %	77,8 %	11,1 %	44,4 %
Voksne	11,1 %	11,1 %	33,3 %	33,3 %
Eldre (pensjonister)	11,1 %		66,7 %	33,3 %
Kommunegruppe 2				
Barn (12 år og yngre)		12,5 %		12,5 %
Ungdom (13 til 19 år)		37,5 %		37,5 %
Unge voksne (20 til 35 år)		37,5 %	12,5 %	25,0 %
Voksne	12,5 %	12,5 %	12,5 %	12,5 %
Eldre (pensjonister)	12,5 %	12,5 %	75,0 %	37,5 %
Kommunegruppe 3				
Barn (12 år og yngre)	16,7 %	33,3 %		
Ungdom (13 til 19 år)	33,3 %	33,3 %		
Unge voksne (20 til 35 år)	33,3 %	66,7 %	50,0 %	66,7 %
Voksne	83,3 %	100,0 %	66,7 %	83,3 %
Eldre (pensjonister)	83,3 %	50,0 %	66,7 %	33,3 %

Tabell 7 viser de utfordringene som kommunene definerer som de største utfordringene, noe som medfører at det også kan finnes utfordringer på områder hvor det ikke har blitt avgitt svar. Hensikten med oversikten er å vise at det er strukturelle ulikeheter mellom grupper av kommuner, og at generelle løsninger ikke passer for alle.

Fremtidige utfordringer

Gruppenes sammensetning er ikke direkte overlappende med nedbrytningen som ble identifisert for det planlagte tilbudet. Ved å sette de ulike gruppene opp mot hverandre, planlagt helsetilbud mot fremtidige utfordringer, blir oversikten som vist i tabell 8.

Tabellen viser at det ikke er en klar struktur i forholdet mellom planlagt helsetilbud og fremtidige utfordringer. Gruppenes sammensetninger er ulike, og distribusjonen i tabellen viser stor spredning. Konklusjonen ut fra dette er at det eksisterer mange individuelle behov i kommunene.

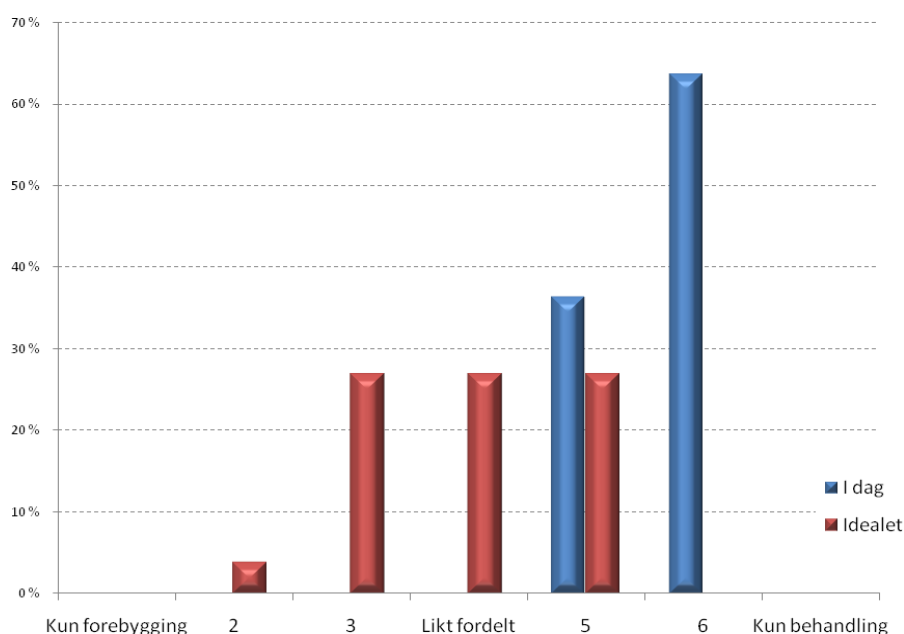
Tabell 8
Forholdet mellom planlagt helsetilbud og fremtidige utfordringer

		Utfordringer			Totalt
		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	
Tilbud	Gruppe 1	3	3	1	7
	Gruppe 2	2	3	4	9
	Gruppe 3	4	4	1	9
Totalt		9	10	6	25

N(kommune)

I den grad man kan se mot tilgrensende kommuner kan det finnes rom for samarbeid som samhandling som gjør at kommunerollen kan endres i forhold til de helseutfordringer kommunene møter i tiden fremover.

Det som derimot mange kommuner kan enes om er at den økonomiske innsatsen mellom forebyggende arbeid og innsatsen på klinisk behandling og rehabilitering må utjevnes. Noe som er i tråd med føringene i Samhandlingsreformen.



Figuren viser hvordan fordelingen i dag (Blå stolper) er økonomisk mellom forebyggende helsearbeid og behandling/rehabilitering. Her ligger også klinisk behandling med i vurderingene.

Det er ingen kommuner som viser at det er en lik fordeling mellom forebygging og behandling/rehabilitering. Det er heller ingen kommuner som indikerer at alle helseutgifter går til klinisk behandling og rehabilitering alene. En skjevhet er identifisert, noe som også Samhandlingsreformen tar til orde for.

De fleste kommuner, med unntak av én, mener at mer ressurser burde blitt benyttet inn mot forebyggende arbeid. Dette viser at det er en bevegelse i kommunene for å ta høyde for de utfordringer som Samhandlingsreformen berører. Bevegelsen er likevel individuell i forhold til de demografiske og epistemologiske utfordringene som kommunene har.

Tabell 9

Mener du at din preferanse for idealsituasjonen er mulig å oppnå med målrettet folkehelsearbeid?

	Totalt		Fremtidige helseutfordringer (definerte grupper)					
	N	N %	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %
Ja	12	52,2 %	4	44,4 %	3	37,5 %	5	83,3 %
Nei	4	17,4 %			3	37,5 %	1	16,7 %
Vet ikke	7	30,4 %	5	55,6 %	2	25,0 %		

Det er ca. halvparten av kommunene som mener at idealsituasjonen med en større fordeling mot forebyggende arbeid er mulig å oppnå. En del kommuner er usikre, mens fire kommuner mener at dette ikke er mulig å oppnå.

I forhold til de definerte kommunegruppene med fremtidige utfordringer er det gruppe 2 som har hovedtyngden av de kommunene som mener at et målrettet folkehelsearbeid ikke vil nå frem. Denne gruppen har definert psykisk helse som deres største utfordring.

Sammendrag

I grove trekk kan mange av de forhold som Samhandlingsreformen berører i forhold til forebyggende folkehelsearbeid, og behov for samhandling, kan relateres til kommunene i Møre og Romsdal. Noen kommuner har kommet lenger enn andre, men ingen passer perfekt i "hansken" slik Samhandlingsreformen definerer det. De kommunene som har kommet lengst er også de største kommunene.

Kommunenes evne til å koordinere helsetjenester er varierende, og spesielt innenfor forebyggende helsearbeid er denne graden lav. Dette henger sammen med en relativt lav prioritering av de mer komplekse forhold som angår forebyggende arbeid, hvor pasienter må agere mellom ulike institusjoner. Her er fortsatt helsearbeidet dominert av klinisk behandling og rehabilitering.

Det er identifisert en relativt utstrakt samhandling mellom kommuner på et lavere [operativt] organisatorisk nivå. I hvilken grad dette kvalifiserer for samhandling er et definisjonsspørsmål, da det operative nivået grenser mot kjøp av helsetjenester. Dette operative nivået omfatter helsetjenester som kommunene trenger, men hvor man ikke går inn i et samarbeid på et høyere organisatorisk systemnivå, slik som styre eller samarbeidsutvalg. I forhold til en ny kommunerolle som Samhandlingsreformen legger opp til, er det en relativt stor organisatorisk distanse til en større grad av samhandling mellom kommuner og i relasjon til private helseforetak.

I den grad formelle samarbeidsutvalg er etablert, er det i hovedtrekk deltakere fra egen kommune i utvalgene. Innsatget av frivillige organisasjoner og private helseforetak er i praksis fraværende. Kommunene ser i svært liten grad ut av egne organisatoriske enheter i relasjon til samhandling.

Rollen til Folkehelsekoordinatorer er relativt svak i kommunene. Etter de forutsetninger som denne funksjonen var tiltenkt. Innen planarbeid, oppfølging av eksisterende tiltak, kartlegging av nye behov, og koordinering av tverrsektoriell organisering osv, er deltakelse i kommunalt systemnivå fra denne funksjonen lav.

De ulike kommunene i Møre og Romsdal har organisert sitt helse- og omsorgsarbeid svært ulikt. Få kommuner har et sidestilt tilbud til befolkningen, og måten organiseringer er utført på er i stor grad unik for hver enkelt kommune. Det er likevel avdekket et mønster mellom ulike kommuner, og en systematisk måte å gruppere kommuner på er presentert. I hovedsak harmonerer dette med den frihet som er gitt kommunene og den offentlige sektor til å organisere seg hensiktsmessig. Denne friheten medfører at ulike kommuner utvikler ulike helsekompetanse. Hver enkelt kommune har styrker og svakheter, som i et lys av samhandling medfører at kommuner kan samarbeide hvor dette faller naturlig. Et potensielt grunnlag for samarbeid finnes, men som i liten eller ingen grad er utnyttet mellom kommunene i dag. Beskrivelsen av de strukturelle forhold gir dermed noe av forståelsesgrunnlaget for kommunene i søken etter andre kommuner som kan være med å utfylle og komplimentere de helseutfordringer som finnes.

Ny fremtidig kommunerolle har utfordringer da graden av samhandling må øke ut over de nivå som er identifisert per i dag. Graden av samhandling mellom kommuner og private helseforetak er begrenset i dag, og primært knyttet til rehabilitering.