

Mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen

Følgeevaluering av Samhandlingsreformen

I det følgende skisseres Samhandlingsreformens hovedmål og virkemidler. Deretter angis evalueringens formål og aktuelle forskningstemaer. Til slutt beskrives hovedfasene i evalueringen.

1. Om Samhandlingsreformen

Reformen har følgende hovedmål:

- *Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*
Gode og helhetlige pasientforløp skal i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Brukerne skal oppleve kontinuitet i tjenestene.
- *En større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene*
Mer av aktiviteten skal utføres i kommunene, nær der pasientene bor, framfor i spesialisthelsetjenesten. Fra 1. januar 2012 skal kommunene få ansvar for utskrivingsklare pasienter fra dag én. Kommunene skal fra 2016 sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn fra helse- og omsorgstjenesten, og hvor kommunen selv har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til at det polikliniske tilbudet desentraliseres. Fastlegene skal bli i stand til å gjøre polikliniske kontroller og overta en del av disse kontrollene. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten utvikles videre, blant annet ved å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, og desentralisere funksjoner der det er mulig.
- *Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen*
Økt vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak, med spesiell vekt på kommunene. Behovene skal identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet. Det skal benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak som reduserer og motvirker risikoen for funksjonstap og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for at kronisk sykdom utvikles/forverres. Samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og de andre kommunale tjenestene skal styrkes for å legge til rette for mestring.

For utdypning av Samhandlingsreformens målsettinger og virkemidler vises til St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* og Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011-2015), se kapittel 6.

Samhandlingsreformen inneholder et bredt spekter av virkemidler som kan kategoriseres som:

- Rettslige virkemidler
- Økonomiske virkemidler
- Faglige virkemidler
- Organisatoriske virkemidler.

De enkelte virkemidlene er nærmere beskrevet i Nasjonal helse- og omsorgsplan, side 30-38.

I tillegg til de pasient- og brukerorienterte perspektivene har reformen også et overordnet samfunnsøkonomisk perspektiv, ved at reformen skal bidra til høyere samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet.

2. Evalueringens formål

Formålet med denne forskningsbaserte evalueringen er å innhente kunnskap under innføringen av reformen slik at måloppnåelsen både kan vurderes løpende i gjennomføringsperioden (2011-2015) og samlet ved utgangen av perioden.

Det bør iverksettes ulike prosjekter som både kan gi en prosess- og en resultatorientert evaluering, med vekt på Samhandlingsreformens tre hovedmål med tilhørende virkemidler (se kapittel 1).

3. Temaer for evalueringen: Implementering av reformen

Samhandlingsreformen bygger på forventningen om at helsemyndighetene gjennom en rekke virkemidler skal videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten slik at det blir mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester og mer helhetlige tilbud. 'Implementering' avgrenses her til aktiviteter i forbindelse med virkemidlene, som for eksempel utarbeiding av avtaler og forskrifter og etablering av tiltak (for eksempel opprettelse av koordinatorstillinger, samarbeidsfora, iverksettelse av etterutdanning), samt til de lokale og regionale sammenhengene hvor implementeringen foregår.

Evalueringen skal ha et særlig fokus på implementering av tiltak som har som formål å øke tjenestenes tilgjengelighet for utsatte og sårbare grupper, bl.a. brukere med helseproblemer som skyldes sosiale forhold, aldring og psykiske lidelser, som gir seg utslag i kroniske og sammensatte lidelser, samt flyktninger og innvandrere.

Virkemidlene eller innsatsfaktorene kan grupperes i kategoriene: Rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske. Presentasjonen nedenfor er strukturert etter denne kategoriseringen. I evalueringen ønskes imidlertid også belyst, hvordan de forskjellige typer virkemidler spiller sammen og understøtter, eventuelt motarbeider hverandre.

3.1 Rettslige virkemidler

Det er vedtatt flere lovendringer som følge av Samhandlingsreformen. To nye lover er sentrale: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), se kapittel 6. Det er vedtatt endringer i bl.a. spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven.

Folkehelseloven tydeliggjør at kommunene har et helhetlig ansvar for innbyggernes helse. Loven er ment å skulle bidra til bedre forankring av folkehelsearbeidet i kommunens politiske og administrative ledelse, i alle sektorer og i ordinære plan- og styringssystemer. Loven skal mobilisere tverrsektorielt engasjement for folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid, og støttes av fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. I helse- og omsorgstjenesteloven samles

de kommunale helse- og omsorgstjenestene i én lov. Loven er ment å skulle bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den nye loven er utformet som en ren tjenestelov, mens den enkelte pasients eller brukers rettigheter er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Intensjonen med helse- og omsorgstjenesteloven er et enklere og mer ryddig regelverk for brukerne.

De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for at det blir inngått samarbeidsavtaler med alle kommuner, se kapittel 3.4 Organisatoriske virkemidler. En tilsvarende plikt er pålagt kommunene. I spesialisthelsetjenesteloven og i helse- og omsorgstjenesteloven er det innført en lovfestet plikt for kommunene til å sørge for at arbeidet med individuell plan settes i gang og koordineres i de tilfeller hvor pasienten har behov for tjenester både fra sykehus og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Likeledes er det innført plikt for sykehusene til å oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Samlet regulering skal gjøre regelverket om rettigheter mer tilgjengelig for pasienter og brukere.

Evalueringens tema er om lovgivningens intensjoner virkeligjøres, herunder hvordan og av hvem de rettslige virkemidlene implementeres. Eksempler på tema som ønskes analysert er:

I hvilket omfang har kommunen fastsatt mål og strategier for det lokale folkehelsearbeidet og iverksatt tiltak?

Er det oppnevnt koordinator til pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester?

Er det utviklet prosedyrer for å involvere pasienter og brukere i utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Melde- og klageordninger er eksempler på andre aktuelle rettslige virkemidler som skal fremme pasientenes og brukernes sikkerhet og ivareta deres rettigheter. Er ordningene kjent og hvordan er de implementert?

3.2 Økonomiske virkemidler

Et sentralt element i Samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insitamenter som gir de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene forutsetning for å utvikle roller og løse oppgaver som svarer til de helsepolitiske målene i reformen. På finansieringsområdet medfører reformen:

- a. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten fra og med år 2012
- b. Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare sykehuspasienter til kommunene fra og med år 2012
- c. Suksessiv overføring av produsentansvaret for 'øyeblikkelig hjelp-døgntilbudet' fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i løpet av perioden 2012-2015. Dette gjelder der hvor kommunene har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. Dersom kommunene har behov for investeringer til heldøgntilbud, kan det søkes investeringstilskudd til sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger.

Samtidig med overføringen av ansvaret overføres budsjettmidler fra spesialistsektoren til kommunene etter et fastsatt regelverk. Dessuten har kommunene mulighet for å søke bidrag fra staten for å finansiere nødvendige investeringer som kreves for gjennomføre de nye oppgavene.

Det vil fortsatt være behov for ressursvekst både i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten i årene framover. Veksten må i større grad legge til rette for oppbygging av tjenester i kommunene. For å motvirke den økonomiske risikoen som små kommuner kan bli utsatt for i forbindelse med reformen, forventes det at disse kommunene vil tilpasse sitt tilbud av helse- og omsorgstjenester deretter og/eller utvikle samarbeid med andre kommuner.

Evaluerings tema er de økonomiske virkemidlenes rolle i implementeringen av Samhandlings-reformen. Blant annet ønskes følgende emner analysert:

Hvilke forandringer i organisasjon, i tjenestetilbud, ressursbruk og prioriteringer i både spesialist-sektoren og i kommunenes helse- og omsorgssektor kan tilskrives de økonomiske virkemidlene?

Hvilke forandringer i organisasjon, aktiviteter, ressursbruk og prioriteringer i andre kommunale sektorer enn helse- og omsorgssektoren, som kan fremme helsen og forebygge sykdom, kan tilskrives økonomiske virkemidler?

På hvilken måte har økonomiske virkemidler påvirket innholdet i og utformingen av samarbeids-avtaler mellom kommuner og mellom kommuner og foretak i spesialisthelsetjenesten?

De ulike delene av de økonomiske virkemidlene – medfinansiering, ansvar for utskrivningsklare pasienter, øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, bidrag fra staten for investeringer og ressurstilskudd for årene framover – og deres respektive regelverk skal så langt som mulig skilles i analysen, både når det gjelder tiltak som kan få virkning på kort sikt og tiltak hvor virkningen først viser seg etter en tid. Muligheter og hindringer for implementeringen av reformen skal også identifiseres.

Forskjeller mellom kommuner med hensyn til implementeringen skal tydeliggjøres og analyseres.

3.3 Faglige virkemidler

Reformen inneholder en rekke faglige virkemidler som skal understøtte målene om en tydeligere pasient- og brukerrolle, bedre forebygging, bedre kvalitet og en mer hensiktsmessig fordeling av helse- og omsorgstilbudet. Det er et generelt fokus på å dra nytte av brukernes erfaringer.

Virkemidlene er blant annet:

- a. Sammenhengende pasientforløpsbeskrivelser, veiledninger, retningslinjer og prosedyrer som skal understøtte samarbeidet mellom de forskjellige deler og nivåer av helse- og omsorgstjenesten
- b. Nasjonale kvalitetsindikatorer til bruk i det kontinuerlige kvalitetsutviklingsarbeidet
- c. Etter- og videreutdanning av helse- og omsorgspersonell innen samfunnsmedisin, tidlig intervensjon, forebygging, forløpstening, migrasjon og tverrfaglig samarbeid.

Evaluerings tema er hvordan disse faglige virkemidler implementeres.

Mellom temaene som er av interesse i tilknytning til *pasientforløpsbeskrivelser* kan følgende framheves:

Hvilke aktører medvirker i prosessen med utvikling av disse redskapene, og hvilke roller har de? Hvordan trekkes pasientenes og brukernes erfaringer inn, og hvilken betydning har dette for prosessen og for resultatene?

Hvilke nye krav til helse- og omsorgstjenestens ressursforbruk, organisering og funksjon kan utledes av redskapene som utvikles?

Hvilke barrierer kan identifiseres, og hvordan kan de best overkommes?

Av emner som er av interesse i tilknytning til *nasjonale kvalitetsindikatorer* kan følgende framheves:

Hvilke former for data inngår i valg og utforming av indikatorene?

Hvem deltar i utviklingen av indikatorene, og hvordan samarbeider de ulike aktørene i denne prosessen?

Hvordan samvirker sentrale/nasjonale instanser med de sentrale, regionale og lokale instanser i utviklingen av indikatorene?

Hvilke informasjonssystemer er til rådighet i den norske helse- og omsorgstjenesten vedrørende kvalitet, og hva kreves i tillegg for å kunne monitorere helse- og omsorgstjenestens innsats med utgangspunkt i kvalitetsindikatorene?

Blant emner som er av interesse i tilknytning til *personell og kompetanse* kan følgende framheves:

Hvordan er utviklingen i tilgangen på personell for de ulike deler av helse- og omsorgstjenestene?

Er det registrert endringer i kompetansen hos personellet i de ulike tjenestene som følge av reformen?

Hvilke typer kompetanse er til stede hos de forskjellige faggrupper, og hvilke kompetanseløft er det behov for?

Hvilke utfordringer har kommunerne med hensyn til rekruttering og kompetanseoppbygging?

Hvordan er de nødvendige utdanningsaktivitetene innpasset i eksisterende utdanninger, og hvilke nye utdanninger er det behov for?

Hva er de ressursmessige konsekvensene for utdanningsinstitusjonene og for de ulike deler av helse- og omsorgstjenesten?

Hvordan er finansieringen sikret og fordelt mellom de ulike aktørene på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå?

3.4 Organisatoriske virkemidler

Samhandlingsreformen forventes å medføre forandringer i kommunenes organisering av helse- og omsorgstjenestetilbudet til befolkningen samt opprettelse av nye organisasjonsformer. Disse spenner fra lokalmedisinske sentra til livsstilsrettede opplysningstiltak. Bak flere av tiltakene ligger nye faglige samarbeidsmodeller. Siden Samhandlingsreformen er i en tidlig iverksettelsesfase, er det ennå åpent hva som vil bli de vanligste organisatoriske konsekvensene av reformen. På det nåværende stadium er det tre trekk som avtegner seg som særlig nyskapende organisasjonsformer: Utbredelsen av interkommunalt samarbeid, opprettelsen av flerfaglige team og forsterket vekt på brukerorientering og -medvirkning. Nye former for samarbeid med private aktører og frivillige organisasjoner kan også nevnes.

Samhandlingsreformen innebærer et møte mellom to nivåer i forvaltningen. Det skal opprettes samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, og intensjonen er at disse skal inngås mellom to likeverdige parter. Disse avtalene vil ha betydning for helsefaglig praksis, og inngåelse av avtalene forutsetter helsefaglig kompetanse både på foretaksnivå og kommunalt nivå.

Kommunene er i tillegg lokaldemokratiske arenaer, mens helseforetakene representerer en annen organisasjonsform som skal vektlegge helsefaglig-økonomiske hensyn. Møtene kan innebære potensielle konflikter mellom disse to sett av hensyn. Oppmerksomhet bør rettes mot hvordan Samhandlingsreformens mål innpasses i de lokaldemokratiske beslutningsprosessene, og hvordan lokalpolitikere inndras i beslutningene.

Evaluerings tema er hvordan de organisatoriske virkemidlene implementeres i en lokalpolitisk sammenheng. Blant annet ønskes følgende emner analysert:

Valg av organisasjonsmodeller for de permanente helse- og omsorgstjenestetilbudene til innbyggerne, herunder organisering av forebyggende tiltak, samt støttende infrastruktur (f. eks. for IKT, statistikk og annen kunnskapsdeling). Med organisasjonsmodeller menes utforming av mandat for tiltakene og strukturering av ledelse og myndighet.

Hvordan foregår samspillet med og forankringen av tiltakene i den overordnede kommunale ledelsen?

I iverksettingsfasen kan det være særlig nyttig med en kartlegging av erfaringer hos personalet, brukerne og 'eierne' (sistnevnte omfatter både folkevalgt og overordnet administrativ ledelse i kommunene) når det gjelder implementering av de organisatoriske virkemidlene. Prosessen omkring inngåelse av samarbeidsavtaler ønskes belyst.

Skyves andre lokalt begrunnede mål lenger ned på de kommunale prioriteringslistene som resultat av større vektlegging av helserettede mål?

Hvordan påvirker reformen ressursbruken og de langsiktige målsettingene for andre lovpålagte kommunale oppgaver som barnehager og grunnskoler?

I hvilken utstrekning kommer det nye tvisteløsningsinstrumentet mellom stat og kommuner (jf. *Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*) til anvendelse i eventuelle tolkingskonflikter omkring avtalene mellom kommuner og helseforetak?

4. Effekter av reformen/Mål

En evaluering av reformens effekter stiller store utfordringer til datagrunnlag og analysemodell. Andre perspektiver enn de som er nevnt i dette dokumentet og øvrige dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet kan være viktige for å belyse effekter av Samhandlingsreformen. Det oppfordres derfor også til evalueringsprosjekter med originale forskningsspørsmål og metodiske tilnærminger, så lenge de er relevante for de overordnede målsettingene for reformen på dette feltet. Med 'effekter' menes her konsekvenser av reformen for pasienter, brukere, pårørende og for medarbeidere og ledelse i tjenestene. Disse effektene omfatter endringer av aktiviteter såvel som endringer i helsen, i det omfang dette kan måles. Både tilsiktede effekter (reformens intensjoner) og utilsiktede effekter (både positive og negative) ønskes belyst.

Det ønskes forslag til hvilke effektindikatorer, som kan benyttes, og hvilke data som er til rådighet eller skal innsamles (både data basert på registre og på brukernes og medarbeidernes erfaringer).

Evalueringen skal ha særlig fokus på tilgjengeligheten av tjenestene og effekten for utsatte og sårbare grupper, bl.a. brukere med helseproblemer forårsaket av sosiale forhold, aldring og psykiske lidelser, som gir seg utslag i kroniske og sammensatte lidelser, samt innvandrere og flyktninger. Viktige spørsmål som bør evalueres er om tiltak som er iverksatt i forbindelse med reformen når målgruppen, og hvilke erfaringer brukere (og helse- og omsorgspersonell som skal iverksette tiltakene) har. I denne forbindelse er sosiale skjevheter spesielt viktig. Pasient- og brukersikkerhet knyttet til tiltakene ønskes også belyst.

4.1 Mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester

Emnene for evalueringen struktureres i det følgende etter hvem det er som vil oppleve effekten av Samhandlingsreformen: Pasienter/brukere/pårørende, utøvere av tjenesten (helsepersonell - fagmiljø og ledelse) og samfunnsmessige konsekvenser.

Pasienter/brukere/pårørende

Her er det i første rekke de faglige virkemidlene som skal bidra til mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester. For denne gruppen er det først og fremst resultatene av tjenestetilbudet som teller i form av bedre behandlingsresultater, kortere behandlingstid, og bedre innsikt og muligheter for påvirkning av egen sykdom og behandlingsresultater. Der er behov for analyser som for eksempel viser utviklingen i antall liggedager, antall dager syk/-meldt, overlevelse, funksjonsnivå, mestring, evt. helbredelse.

Samhandlingsreformen peker på helhetlige pasient- og brukerforløp som det mest åpenbare tiltaket for å oppnå sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Effekten av helhetlige pasient- og brukerforløp må derfor vies betydelig oppmerksomhet i evalueringen. For pasientene og brukerne vil helhetlige pasient- og brukerforløp gi innsikt og forutsigbarhet i behandlingsopplegget samtidig som unødige flaskehalser i behandlingssystemet er forsøkt fjernet. Dette vil normalt gi kortere behandlingstid og muligheter for innsikt i og ansvar for egen helsetilstand. Normalt skal dette føre til bedre behandlingsresultater. Det er ønskelig med analyser som viser effektive tiltak med hensyn til bedre pasientbehandling og bedre ressursutnyttelse for kommuner, helseforetak og samfunnet.

Det er viktig å få belyst om *kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene* endres som følge av reformen. Dette gjelder både for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kjennskap til og kunnskap om helsetilbudet krever god kommunikasjon og gode informasjonssystemer. Dette krever tilpassing og utvikling av IKT-løsninger som i langt større grad enn i dag må legge til rette for oversikt og innsyn i helse- og omsorgstilbudet og tilgang til egen journal. Samhandlingsreformen legger som forutsetning at IKT skal være et avgjørende viktig virkemiddel både i forhold til informasjon om systemer og pasientenes og brukernes muligheter for innsyn i egen journal.

Evalueringen må belyse og dokumentere effekten av pasientenes og brukernes tilgang til god informasjon om helse- og omsorgstilbudet og effekten av at pasientene og brukerne gis innsyn i egne journaldata. Videre bør en vurdere om pasientens og brukerens egen opplevelse av sammenhengen i pasient- og brukertilbudet bør inngå i forskningsvirksomheten for å dokumentere om dette i seg selv virker på resultatet av behandlingen og tilbudet.

Helse- og omsorgspersonell

For helse- og omsorgspersonell vil det viktigste målet være å bli satt i stand til å tilby og utøve gode og virkningsfulle helse- og omsorgstjenester. For denne gruppen vil også pasientforløp og IKT-støtte være avgjørende for å forbedre sammenhengen og helheten i helse- og omsorgstilbudet sammenlignet med i dag. Evalueringen må fokusere på om helhetlige pasient- og omsorgsforløp gir helse- og omsorgspersonell bedre oversikt over og innsikt i hva som er utført av tiltak, hvilke skritt og i hvilken rekkefølge videre oppfølging skjer og om informasjon gjenbrukes og 'unødvendige' undersøkelser og prøver unngås. Effekten kan i noen grad komme pasienten til gode,

men vil først og fremst gi seg utslag i bedre ressursbruk og vil derfor i neste omgang komme hele samfunnet til gode.

Samfunnsmessige konsekvenser

Sammenhengende helse- og omsorgstjenester og helhetlige pasient- og omsorgsforløp vil også ha betydelige samfunnsmessige konsekvenser. Dette blir nærmere omtalt i kapittel 4.3. Det er av interesse å se på om den samlede kapasiteten for helse- og omsorgstjenestene endres som følge av reformen, om det blir forskyvninger mellom tjenestenivåene eller om noen tjenester svekkes. Analyser som viser eventuelle forskjeller mellom by- og landkommuner eller mellom lokal-sykehus og universitetssykehus er av interesse.

Et sentralt område er endringer i pasientstrømmene som følge av reformen, hvordan disse strømmene er sammensatte og fordeler seg mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og utviklingen over tid.

4.2 Mer forebyggende helsearbeid i kommunene

Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen er å styrke forebyggingen og bedre folkehelsen. Dette skal særlig skje i kommunal regi ved at behov identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet, at det benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak som reduserer risikoen for funksjonstap og forverring av kronisk sykdom, at det benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak som påvirker individets egenmestring, samt at det skjer en bedre samhandling mellom ulike ledd i helse- og omsorgstjenesten, som skal legge til rette for mestring.

Emner for evalueringen knyttet til det *sykdomsforebyggende arbeid*, dvs. å identifisere individer med risiko for sykdom og innrette tiltak mot å hindre sykdomsutvikling (primærforebygging) eller å unngå forverring av etablert sykdom (sekundærforebygging), er bl.a.:

Hva slags forebyggende tiltak er blitt satt i verk?

I hvilken grad har disse tiltakene på forhånd dokumentert forebyggende effekt?

Hvilke erfaringer har brukere av tiltakene, og potensielle brukere som har valgt å ikke bruke aktuelle tiltak?

Hva slags nye samarbeidsmønstre innenfor helse- og omsorgstjenesten (innen kommunale tjenester eller andrelinjetjenesten) er etablert for å legge til rette for mestring av sykdom?

Hvordan opplever pasienter, brukere og helse- og omsorgspersonell disse endringene?

Emner for evalueringen, som knytter seg til det *helsefremmende arbeid*, er rettet mot strukturelle forhold. I dette arbeidet skal hele befolkningsgrupper støttes i deres utvikling på en slik måte at god helse kan oppnås eller opprettholdes:

Hvordan har man prioritert tiltak for å styrke folkehelsen og hva slags beslutningsprosesser ligger til grunn for prioriteringen?

Hvilke effekter (positive og negative) har disse tiltakene hatt?

I hvilken grad og på hvilken måte har forebygging på kommunalt nivå dreid seg om nye tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, sammenholdt med andre deler av de kommunale tjenestene (f.eks. tiltak for å øke andelen som gjennomfører videregående skole, arbeidslivstiltak for å unngå sykemelding osv.)?

4.3 Samfunnsøkonomiske konsekvenser

I følge grunnlagsdokumentene skal Samhandlingsreformen både ses i et pasient- og bruker-perspektiv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. De fire typene virkemidler – rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske – forventes å gi kommunene insitament til å tilpasse sin ressursbruk og sitt samarbeid med foretakene i spesialisthelsetjenesten slik at det samlet blir 'riktig behandling - på riktig sted - til riktig tid'. Resultatet forventes å gi en mer formålstjenlig bruk av de tilgjengelige, knappe ressursene i samfunnet: Bedre helse – og om mulig mindre helseforskjeller og økt pasient- og brukertilfredsstillelse per innsatt krone, dvs. en høyere samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet. Samtidig må ikke de behov som virkelig krever behandling i spesialisthelsetjenesten forsømmes.

Emner for evalueringen i forbindelse med de *samfunnsøkonomiske konsekvensene* omfatter bl.a.: Det ønskes forskningsprosjekter som kartlegger og evaluerer den samfunnsøkonomiske kostnadseffektiviteten med hensyn på helsen og helseforskjeller samt pasient- og brukertilfredsstillelse ved bruk av ressurser innen kommuner og spesialistsektoren før og etter reformen.

Det er behov for å følge utviklingen over tid i ressursbruk og oppnådde resultater på samfunnsnivå, med kommunen som studieenheter og med analyser av hvilke faktorer som forklarer utviklingen. Analysen skal skille mellom faktorer som kan ses som en følge av implementeringen av reformen (mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester, større ansvar for kommunene og økt vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak) og slike faktorer som sannsynligvis ikke påvirkes av reformen. Dessuten skal analysen både omfatte den relative betydningen av de fire typene virkemidler og av de ulike deler av disse virkemidlene når det gjelder utviklingen i samfunnsøkonomisk kostnadseffektivitet med hensyn til helse og helsens fordeling i kommunen. Uventede og/eller uønskede effekter skal identifiseres. Videre ønskes at kostnader ved viktige tiltak og konsekvenser av incentivstrukturen i reformen belyses. Forskjeller i utviklingen mellom kommuner skal tydeliggjøres og analyseres. På bakgrunn av resultatene bør analysen også omfatte en diskusjon om hvilke forandringer i virkemidlene som eventuelt kan eller bør gjennomføres for ytterligere å forsterke mulighetene til en mer formålstjenlig bruk av ressursene innen kommuner og spesialisthelsetjenestene.

5. Hovedfaser i evalueringen

Evalueringen kan deles inn i to hovedfaser, som igjen kan deles i flere innbyrdes sammenhengende evalueringsprosjekter. Fase I omfatter gjennomføringen av evalueringen av Samhandlingsreformens virkemidler og deres implementering, og design av de emner av effektevalueringen som krever data innsamlet så tidlig som mulig etter reformens start, inkludert identifikasjon av relevante effektindikatorer og datagrunnlaget for disse. Fase I igangsettes medio 2012, slik at det er mulig å oppnå resultater som kan brukes i den videre utvikling av implementeringsprosessen. Fase II omfatter gjennomføringen av effektevalueringen. Denne delen settes i gang i løpet av 2013-2014 med tanke på innsamling av data når det er mulig å identifisere faktiske, virkeliggjorte effekter av Samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen karakteriseres som en retningsreform, hvor det vil være mulighet til å justere eller korrigere virkemidler og mål underveis i implementeringen. Analyseresultater fra

evalueringen som har relevans for justeringer i mål og virkemidler vil bli formidlet til Helse- og omsorgsdepartementet i de faste rapporteringsmøtene med styringsgruppen og prosjektene. Resultater fra fase I i evalueringen eller justeringer i reformens mål og virkemidler vil på et senere tidspunkt kunne medføre behov for å justere enkelte av forskningsspørsmålene i dette dokumentet.

6. Sentrale dokumenter

Meld. st. nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*

Prop. 90 L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven)

Innst. 423 L (2010-2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven)

Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse og omsorgstjenesteloven)

Innst. 424 L (2010-2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*

Innst. 212 S (2009-2010) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*

Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Helsedepartementet 2011.