

SNF-rapport nr. 18/08

Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester

Delrapport 1

av

**Kari Anne K. Drangslund
Egil Kjerstad**

SNF-prosjekt nr. 2445

Evaluering av tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte

Prosjektet er finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet

**SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, SEPTEMBER 2008**

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale
med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo.
Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale
og i strid med åndsverkloven er straffbart
og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 978-82-491-0590-8 Trykt versjon
ISBN 978-82-491-0591-5 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Sammendrag

I november 2006 avga Sykefraværsutvalget sin rapport. Utvalget skisserte flere aktuelle tiltak for å redusere sykefraværet. Basert på utvalgets anbefalinger, vedtok Stortinget å innføre en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Hensikten er å bringe personer som mottar sykepenges raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, eller 'Raskere tilbake', innebærer to hovedsatsinger. Den ene satsingen knytter seg til å stimulere spesialisthelsetjenestene, dvs. helseforetakene, til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere (og personer som står i fare for å bli sykmeldte). Det andre hovedgrepet er å legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten (NAV) kan tilby tre nye tiltak; avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering, og at disse tiltakene kan iverksettes langt tidligere i et individs sykemeldingshistorie enn hva som var mulig før tilskuddsordningen.

Vi karakteriserer ordningen som nyskapende, dristig og ambisiøs. Nyskapende fordi den bygger på å ta i bruk nye typer tiltak og behandlingstilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere. Dristig fordi ordningen er sammensatt, til dels komplisert og fordi den baserer seg på at en rekke aktører ser seg tjent med å engasjere seg i bruken av den. Ambisiøs fordi målsettingen er å bidra til en reduksjon i sykefraværet.

Basert på intervjuer med en rekke aktører som står sentralt i implementeringsprosessen, har vi forsøkt å belyse om myndighetene har lykket i å få etablert:

- tilstrekkelig implementeringsvilje,
- effektiv informasjonsformidling,
- tilstrekkelig evne og vilje til samhandling mellom involverte aktører (personer og/eller institusjoner).

Disse forholdene er etter vår oppfatning avgjørende for en vellykket implementeringsprosess. Med en vellykket implementeringsprosess forstår vi en prosess som legger til rette for at ordningen taes aktivt i bruk, og med et utfall som er i tråd med vedtatte målsettinger.

Det er etablert rundt 160¹ nye 'Raskere tilbake'- prosjekter, og NAV har inngått kontrakter med leverandører i samtlige fylker i landet.

Langt de fleste av våre informanter stiller seg positive til ordningen og man uttrykker til dels sterk implementeringsvilje. Slik vi ser det, har hovedutfordringene i implementeringsprosessen like fullt vært mindre effektiv informasjonsformidling enn ønskelig mellom de ulike nivåene og problemer med å operasjonalisere styringssignalene lokalt. Sistnevnte moment gjelder spesielt i forhold til NAV lokalt. Dessuten fremstår koordineringen eller samhandlingen mellom ulike aktører som vilkårlig, dvs. uten en samlende strategi vedrørende henvisning til de ulike tiltakene/prosjektene og hvordan arbeidsdeling mellom NAV og HFene skal håndteres.

¹ Antallet baserer seg på en gjennomgang av RHFenes hjemmesider ultimo mars.

Innhold

1. Innledning.....	1
2. Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester - en nyskapende, dristig og ambisiøs ordning	4
3. Styringssignaler og presiseringer	7
4. Aktører og metode.....	11
4.1. Aktørgalleriet	11
4.2. Metode.....	11
5. Noen hovedtrekk ved etterspørsels- og tilbudssiden.....	14
6. Tilskuddsordningen - en variant av New Public Management?.....	21
7. Implementeringsvilje.....	25
7.1. Innledning.....	25
7.2. NAV fylkesnivå som pådrivere – store variasjoner og ulik prioritering.....	25
7.2.1. Implementeringsviljen og oppslutningen om ordningen: Et nytt og viktig tiltak	25
7.2.2. Implementeringen på fylkesnivå – fylkenes handlingsrom og oversettelse av styringssignaler.....	26
7.3. RHFene som pådrivere – ”vi har stor tro på denne ordningen”	28
7.3.1. Implementeringsviljen i de regionale helseforetakene	28
7.4. NAV lokal som tilretteleggere – store forventninger, få henvisninger	29
7.4.1. Stor tro på ordningen – mangelfull bestillerkompetanse	30
7.4.2. Mulige årsaker til mangelfull bestillerkompetanse	32
7.4.3. Ta tiden og de gode eksemplene til hjelp?	35
7.5. HFene som utførere - ”vi er avhengig av at systemet rundt er klart”.....	36
7.5.1. Implementeringsvilje og prioritering.....	36
7.5.2. Utfordringer i implementeringsarbeidet.....	40
7.6. Private leverandører til NAV – ”til påske løsner det”.....	43
7.6.1. Store forventninger til ordningen – få henvisninger	43
7.6.2. Erfaringer med ordningen så langt	47
7.6.3. A- b- og c-leverandører: pragmatisme i praksis?	49
8. Informasjonsformidling og styringssignaler	51
8.1 Innledning.....	51
8.2. NAV fylke - Informasjonsformidlingen til lokalt nivå, arbeidsgivere og fastleger ..	51

8.2.1. Manglende bestillerkompetanse - Systemrelaterte forklaringsfaktorer?	54
8.3. RHFene og styringssignalene: ”veien blir til mens man går”	58
8.3.1. Tolking av styringssignalene.....	58
8.3.2. Markedsføring av Raskere tilbake	60
8.4 NAV lokal – ” en jungel av informasjon”	60
8.5. HFene og operasjonalisering av styringssignaler.....	60
9. Evne og vilje til samhandling.....	65
9.1. Innledning.....	65
9.2. NAV lokal - kritiske faser i henvisningsprosedyren	66
9.3. HFene - eksempler på organisering av samarbeid	68
9.4. Private leverandører – samhandling med leger og arbeidsgivere viktig	72
10. Hovedkonklusjoner	73
Referanser.....	75

1. Innledning

I november 2006 avga Sykefraværsutvalget sin rapport (Ot.prp. nr. 6 (2006-2007)). Utvalget ble oppnevnt ved brev fra statsministeren til organisasjonene i arbeidslivet den 11. september 2006. Utvalget fikk følgende mandat:²

”Regjeringen inviterer lederne for organisasjonene som er parter i IA-avtalen (Inkluderende arbeidsliv) til deltakelse i et utvalg for gjennom reelle drøftelser, jf IA-avtalens pkt. 6, å gjennomgå regjeringens forslag til endringer i arbeidsgivers medfinansiering av utgiftene til sykepenges, og å gjennomgå organisasjonenes innspill. Utvalget kan foreslå alternative løsninger som vil gi tilsvarende forventet nedgang i sykefraværet og statens kostnader til sykepenges innenfor samme budsjetttramme i folketrygden som i regjeringens forslag. Utvalget kan i den forbindelse også komme med forslag til konkret utforming av skjermingsordninger. Utvalget kan vurdere særtiltak overfor enkeltgrupper og/eller enkeltbransjer i arbeidslivet. Utvalgets forslag skal foreligge innen 6. november 2006”.

Utvalget skisserte flere aktuelle tiltak for å redusere sykefraværet. Man konkluderte med at det er behov for tiltak langs flere dimensjoner, for å oppnå en effekt på sykefraværet. Utvalget sluttet seg til en satsing som inneholder en kombinasjon av:

- mer aktivitetsorienterte tiltak tidligere i sykemeldingsperioden sammenliknet med tidligere,
- tiltak som bidrar til bedre og mer forpliktende oppfølging og tydeliggjøring av ansvar sammenliknet med tidligere,
- tiltak som bedrer muligheten for kontroll og sanksjoner enn dagens regelverk.

Det ble konkretisert åtte tiltak. Her trekkes punkt 7 i tiltakslisten fram:

”Det er en utfordring at sykefraværsperioden kan være avhengig av helsevesenets behandlingsskapasitet. Det innføres en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenges raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Den endelige utformingen av ordningen drøftes med partene.”

Myndighetenes satsing på å få redusert sykefraværet gjennom tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, endte opp med - som navnet tilsier - to hovedsatsinger. Den ene

² Utvalget hadde 6 møter i tidsrommet 12. september 2006 til 6. november. Møtene ble ledet av statsminister Stoltenberg.

satsingen knytter seg til å stimulere spesialisthelsetjenestene, dvs. helseforetakene, til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere (og personer som står i fare for å bli sykmeldte). Det andre hovedgrepet er å legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten (NAV) kan tilby tre nye tiltak; avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering, og at disse tiltakene kan iverksettes langt tidligere i et individs sykemeldingshistorie enn hva som var mulig før tilskuddsordningen.

Hovedhensikten med denne delrapporten er å gi en vurdering av arbeidet som er gjort knyttet til implementeringen av tilskuddsordningen, eller 'Raskere tilbake' som ordningen markedsføres som. Vi adresserer med andre ord ikke om 'Raskere tilbake'-prosjektene/tiltakene bidrar til å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid eller ikke. Vi er her opptatt av å svare på om myndighetene har maktet å skape den nødvendige grad av oppslutning og nødvendige koordinering mellom nøkkelaktører for en vellykket implementering. Videre spør vi: Hvordan operasjonaliseres styringssignalene i praksis? Hvilke hovedutfordringer for en effektiv implementering kan identifiseres?

I denne delrapporten legges hovedvekten på tre forhold:

- implementeringsvilje,
- informasjonsformidling og oversettelse av styringssignaler,
- evne og vilje til samhandling.

Samtlige forhold er dynamiske i den forstand at de i prinsippet kan påvirkes og endres. Presentasjonen og vurderingen av implementeringsprosessen tar utgangspunkt i funnene vi har gjort gjennom å intervju en rekke aktører som har tatt del i implementeringsprosessen. Vår ambisjon er at presentasjonen og vurderingene av sentrale sider ved implementeringsprosessen kan brukes av oppdragsgiver i det videre implementeringsarbeidet.

Rapporten er disponert på følgende måte: I kapittel 2 presenteres tilskuddsordningen som en nyskapende, dristig og ambisiøs ordning. I kapittel 3 omtales noen sentrale styringsdokumenter og påfølgende presiseringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID). Kapittel 4 presenterer aktørgalleriet og noen metodiske betraktninger knyttet til intervjuformen som datakilde. Hovedtrekk ved tilbuds- og

etterspørselssiden følger i kapittel 5. Vi mener ordningen må ses i lys av New Public Management, og vi gir en kortfattet drøfting av sammenhengen i kapittel 6. I de påfølgende kapitlene (kap. 7-9) presenteres synspunkter på ordningen fra ulikt hold, samt våre vurderinger av implementeringsviljen; informasjonsformidling og oversettelsen av styrings-signalerprosessen og evnen og viljen til samhandling. Rapporten avsluttes med en oppsummering av hovedfunnene (kap. 10).

2. Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester - en nyskapende, dristig og ambisiøs ordning

Tilskuddsordningen har flere interessante trekk ved seg som kan påvirke bruken av ordningen. For det første har myndighetene lagt opp til å etablere to nye og eksklusive tilbudssider rettet mot sykmeldte arbeidstakere, som kan betegnes som etterspørselssiden. Tilskuddsordningen innebærer dermed i utgangspunktet en klar diskriminering når det gjelder bruken av midlene som tilskuddsordningen disponerer.³ Hvem sluttbrukerne bør være - på individnivå - er imidlertid ikke like avklart. En avveining av hvem som bør ta del i ordningene er ikke en triviell oppgave når man tar hensyn til at de sykmeldte utgjør en svært heterogen gruppe av mennesker som skal ”kobles” på en så god måte som mulig med et tiltak eller en behandlingsform.

For det andre vil forhold som diagnose, alder, hjemstedskommunens geografiske plassering i forhold til tjenesteprodusentene og arbeidsgivers medvirkning og tilrettelegging også påvirke hvordan ordningene blir brukt.

For det tredje er det verdt å påpeke at både Raskere tilbake og NAV tiltakene baserer seg på frivillighet fra den sykmeldtes side. Enkeltindividets motivasjon og vurdering av tiltakene man blir tilbudt er dermed også potensielt sett viktig faktorer for sannsynligheten for deltakelse og effekten på sykefraværet.

Et fjerde viktig forhold er at ordningen reelt sett avhenger av at det finnes ”meglere”, som gjør at tilbudssiden møter etterspørselssiden - med fare for å dra markedsanalogien for langt. Tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester baserer seg de facto på at fastlegene (eller andre sykmeldende behandlere) og saksbehandlere ved NAV kontorene rundt om i landet tar på seg rollen som slike tilretteleggere.

For det femte avhenger ordningen, som vi skal se, av svært mange aktører og ulike institusjoner, samt av tilstrekkelig evne og vilje til koordineringen mellom disse.

³ Det eksisterer allerede andre ordninger som diskriminerer mellom pasienter, jf. doble poliklinikkseter for behandling av trygdede pasienter med rygg- og nakkelidelser sammenliknet med behandling av ikke-trygdede pasientgruppe med samme lidelser.

Disse trekkene, kombinert med andre forhold omtalt under, gjør at man etter vår mening kan betegne tilskuddsordningen som en nyskapende, dristig og ambisiøs ordning.

Tilskuddsordningen er *nyskapende* fordi:

- (i) ordningen i hovedsak baserer på seg kjøp av nye helse- og rehabiliteringstjenester - etablert som respons på de finansielle midlene som ordningen disponerer - og ikke utelukkende på kjøp av allerede etablerte tjenester og finansieringsordninger;
- (ii) tjenestenes innhold og hvilke aktører som skal utføre tjenesteproduksjonen er bestemt gjennom konkurranse, og både privat eide og offentlig eide tjenesteleverandører deltar;
- (iii) avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering representerer virkemidler som NAV kan sette inn langt tidligere i en sykemeldingsperiode enn hva som tradisjonelt har vært mulig;
- (iv) helsetjenestesiden har mulighet for å anvende en stykkprissats på opp mot 80 % av gjeldende DRG sats for behandling av sykmeldte pasienter eller pasienter som står i fare for å bli sykmeldte;
- (v) helsetjenestene er etablert som produksjonsenheter skjermet fra den ordinære driften ved helseforetakene.

Tilskuddsordningen er *dristig* fordi:

- (i) dens suksess baserer seg på at en rekke ulike aktører, med potensielt sett ulike målsettinger, ser seg tjent med å engasjere seg slik at ordningen blir etablert som et kjent og velfungerende behandlingstilbud til sykmeldte arbeidstakere. Det er på sin plass å minne om at både NAV-systemet og flere helseforetak gjennomgår store organisasjonsmessige endringer uavhengig av tilskuddsordningen, noe som kan påvirke motivasjonen til å engasjere seg. Tydelig gjennomføringsvilje fra de ulike bestillerne og utførerne kan være utslagsgivende for ordningens suksess.
- (ii) den er sammensatt, til dels komplisert og baserer seg på at informasjon om ordningen kan omsettes til kunnskap, som igjen kan bidra til at man rekrutterer de pasienter som kan ha størst nytte av behandling inn på de ulike tiltakene;
- (iii) den baserer seg på desentralisert myndighetsutøvelse og det åpnes dermed for variasjoner i hvordan ulike aktører tolker styringssignalene;

- (iv) en effektiv implementering og bruk av ordningen er avhengig av at ulike institusjoner blir operative på samme tid og evner å koordinere tiltakene sine og samhandle både på system- og personnivå.
- (v) den baserer seg på egenmotivasjon fra de sykmeldtes side. Er det grunn til å anta at de individene som tilbudssiden retter seg mot av egen vilje orker, er i stand til, er motivert for å benytte seg av tjenestetilbudene ordningen etablerer?
- (vi) Og sist, men ikke minst, treffer man de ”rette” sykmeldte med de tjenestene som etableres?

Ordningen er *ambisiøs* i den forstand at den eksplisitt skal bidra til å redusere sykefraværet. Det er betydelig interesse for ordningen blant partene i arbeidslivet, som har vært med å bestille ordningen, og i det politiske miljø. Fallhøyden er dermed stor.

3. Styringssignaler og presiseringer

I dette kapittelet følger en kortfattet presentasjon av viktige styringsdokumenter og hvilke presiseringer som sentrale myndigheter fulgte opp med i løpet av 2007.

Når det gjelder spesialisthelsetjenestene, ble det fra *Helse- og omsorgsdepartementet* (HOD) sin side tatt hurtig initiativ for å få tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester ('Raskere tilbake') implementert. 'Raskere tilbake' ble omtalt i Oppdragsdokument 2007 til de regionale helseforetakene. Ordningen ble også omtalt i tillegg til oppdragsdokumentet datert 31. januar 2007. Presiseringer fulgte i brev datert 22. februar 2007 og i dokumenter om avtaleordningen ("gråsonemidler") datert 25. april 2007. I brev av 7. mai fulgte presiseringer av selve finansieringsordningen.

Like fullt ble det nødvendig med ytterligere presiseringer av ordningen. I brev av 19.11. 2007 ble det henvist til at statusrapporteringen fra Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) gjorde det nødvendig å gjøre slike presiseringer. Det ble for øvrig i den forbindelse også vist til telefonsamtaler mellom departementet og samtlige regionale helseforetak hhv den 2. oktober og 2. november 2007.

I brevet av 19. november 2007 klargjør HOD to sentrale forhold. Det ene knytter seg til bruken av private aktører. Det andre til kravspesifikasjonene til etablering av 'Raskere tilbake'-prosjekt. Konkret gjelder det krav til rapportering av aktivitetsnivå og bruk av økonomiske midler. Man er opptatt av at ressursbruken kan spores til 'Raskere tilbake' - prosjekter og unngå at midlene brukes til andre formål. Når det gjelder bruken av private aktører viser HOD også til nevnte oppdragsdokument av 31.januar 2007 der det heter:

"Det er innholdet i tjenesten og ikke eierskapet til tjenesten som skal være avgjørende for hvem som skal produsere tjenesten. De regionale helseforetakene vil måtte vurdere hva som gir best effekt i forhold til ordningens formål for å sikre best mulig måloppnåelse".

HOD forutsetter at midlene brukes mest mulig effektivt i forhold til ordningens formål – som er å få syke raskere tilbake i arbeid slik at sykefraværet reduseres. Departementet legger opp til at de regionale helseforetakene (RHFene) vurderer bruk av egne helseforetak versus bruk av private aktører. Viktig forutsetning er at tilbudet innen 'Raskere tilbake' må komme i tillegg til den kapasitet RHFene må ha for å oppfylle "sørge-for ansvaret" etter

spesialisthelsetjenestelovens §2-1a og pasienters rettigheter i henhold til prioriteringsforskriften. Gjennomføringen av ordningen skal ikke skje til trengsel for andre pasienter. Allerede eksisterende avtaler med private tjenesteytere kan derfor benyttes innenfor 'Raskere tilbake' dersom man ikke fortrenger høyere prioriterte pasienter.

Det er tydelig at departementet er bekymret for farten i implementeringen av ordningen, for det påpekes at man alt har - i brev datert 7. mai 2007 - bedt RHFene om å starte arbeidet med å behandle klare sykdomstilfeller umiddelbart, parallelt med utviklingen av tilbud for pasienter med sammensatte og mer vanskelig klassifiserbare sykdomsbilder. Det heter videre at det umiddelbart må iverksettes tiltak for at private aktører gis mulighet til å tilby tjenester innenfor 'Raskere tilbake'. Spesielt bes RHFene å benytte private kommersielle aktører der disse kan tilby sykmeldte en kortere ventetid enn helseforetakene.

Når det gjelder etableringen av ordningen påpekes det at en forutsetning for ordningen er at "det skal være skjermede opplegg som skal gi nødvendig sikkerhet for at midlene blir benyttet i tråd med formålet. Departementet har også satt krav til egen prosjektorganisering, samt enhetlig ledelses- og administrativ forankring".

SHdir ble gitt oppdraget å sørge for et samlet oppfølgingsansvar for rapportering og jevnlig analytiske rapporter om status for ordningen.

Når det gjelder NAV, gir Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) en kortfattet omtale av tilskuddsordningen i Tildelingsbrev for 2007 oversendt NAV 23. januar 2007. Detaljerte forutsetninger beskrives i brev av 24. januar. Det fremgår at det alt er avholdt møter og arbeidsgrupper på ulike områder (etablering av styrings- og kontrollsystemer, avklaring av gråsoneproblematikk, vurderinger av forskrifter og regelverk). AID presiserer NAVs ansvar for å komme i gang med ordningen og ta i bruk tildelte midler så raskt som mulig i 2007.

Ny forskrift om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging av sykmeldte arbeidstakere foreligger i brev av 29. mars 2007. I følgebrevet framgår det at det har vært drøftinger mellom AID og NAV om bruken av begrepet 'vurdering' i forskriftens § 2-1. Departementet presiserer at det er NAV

”som skal foreta den endelige vurderingen, og ta beslutning, om hvilke tjenester en person skal få tilbud om. Direktoratet kan derfor utdype hva det er tjenesteleverandørene skal vurdere”.

I forskriften klargjøres blant annet hva innholdet i de tre tiltakstypene skal være. Avklaring innebærer kartlegging og vurdering av arbeidsevne og eventuelt ytterligere behov for bistand. Tiltaket er tidsavgrenset til oppad fire uker, med mulighet til forlengelse i inntil fire uker. Arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til at sykmeldte kommer i arbeid igjen eller øker arbeidsdeltakelsen. Tiltaket skal styrke den enkeltes arbeidsevne og mestring av helsemessige utfordringer. Rehabiliteringen kan vare i inntil 12 uker. Oppfølgingstiltaket skal sørge for personlig og praktisk bistand til deltaker og arbeidsgiver, og tiltaket kan vare inntil seks måneder for den enkelte deltaker. Oppfølging kan kombineres med arbeidsrettet rehabilitering.

For samtlige tiltak, kreves det at tjenesteleverandør gir en skriftlig sammenfatning av tjenesten som er gitt den enkelte mottaker og en redegjørelse for deltakernes status på arbeidsmarkedet. Tjenesteleverandør skal i samråd med arbeidstaker ha kontakt med arbeidsgiver for å sikre at tjenesten blir best mulig tilpasset.

I Supplerende tildelingsbrev for 2007 (datert 12. april 2007) presiseres det at midlene som stilles til disposisjon gjennom tilskuddsordningen skal gå til kjøp av tjenester innen overnevnte tiltak. Departementet presiserer:

”Som for tidligere tildelte midler under ordningen skal det etableres styrings- og kontrollsystemer som sikrer sporbarhet mht. at midlene brukes innen fastsatte kostnadsrammer og i samsvar med ordningens formål. Det skal etableres et system for rapportering, oppfølging og evaluering av ordningen, der Arbeids- og velferdsetaten gis det overordnende og koordinerende ansvaret. I den forbindelse skal det utvikles verktøy for å registrere aktiviteten i ordningen, følge bruken av midlene og måle effekt i forhold til å få sykmeldte raskere tilbake til arbeidslivet”.

Når det gjelder behovet for koordinering med spesialisthelsetjenesten, påpeker departementet

”Helsetjenestetilbud, for eksempel i form av fysisk opptrening og funksjonsfremmende tiltak, bør i utgangspunktet være de regionale helseforetakenes ansvar å kjøpe. [...] Arbeids- og velferdsetaten bes klargjøre grenseoppgangen i retningslinjer for de nye tjenestene fra Arbeids- og velferdsetaten og i samarbeidsrutiner mellom de to etatene med sikte på å gi bedre muligheter for å gjennomføre helhetlig og målrettede opplegg for den enkelte

sykmeldte. En viss overlapping av tilbudene kan være ønskelig av hensyn til praktisk og helhetlig tilnærming for bruker”.

I de styringsdokumentene som ble sendt ut i løpet av 2007 var verken AID eller HOD konkrete på hvor lenge ordningen skulle vare, annet enn å påpeke at midler kunne overføres mellom år.

4. Aktører og metode

4.1. Aktørgalleriet

Som hentydet tover, så er det mange aktører involvert i gjennomføringen og driften av tilskuddsordningen. Under følger en gruppering av aktører etter hvilken hovedstatus de kan sies å ha.

Etterspørselsiden:

- sykmeldte arbeidstakere,
- arbeidsgivere.

Tilbudssidene:

- 'Raskere tilbake'- prosjekter drevet i regi av HFene og private leverandører.
- NAVs leverandører med underleverandører.

Tilretteleggere:

- Fastlegene og andre aktører som kan sykmelde arbeidstakere.
- Saksbehandlere ved de lokale NAV trygd kontorene.

Pådrivere:

- NAV på fylkesnivå,
- NAV drift og utvikling (NDU),
- AID,
- RHFene,
- SHdir (nå Hdir),
- HOD.

4.2. Metode

Halvårsrapporten baserer seg på intervjuer med i alt 64⁴ informanter. Tabellen under viser antall informanter samt informantkategori.

⁴ Hvis man legger sammen tallene i tabellen vil man få et antall på 65 informanter. Grunnen til dette er at vi intervjuet en informant som både leverer til NAV og spesialisthelsetjenesten og som derfor føres opp to ganger i tabellen.

Innformant kategori	N
<i>Tilretteleggere</i>	
• NAV fylkesnivå	17
• Regionale helseforetak	4
<i>Meklere</i>	
• NAV lokal	12
<i>Utførere</i>	
• Leverandører NAV	12
• Koordinatorer HF	12
• Klinikk-/avdelingsledere HF	8

Intervjuene ble gjennomført som telefonintervjuer med en varighet på mellom 20-50 minutter. De ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Dette innebærer at vi på forhånd hadde utarbeidet en åpen intervjuguide sentrert rundt noen sentrale temaer, som vi deretter brukte som en rettesnor under intervjuene.

Utvalget av informanter var definert på forhånd etter ulike kriterier. I stor grad sammenfaller det endelige informantutvalget med det vi hadde planlagt på forhånd. Vi kan grovt skissere hvilke variabler vi forsøkte å ta hensyn til ved utvalget:

RHF/NAV fylke: her ønsket vi å intervju en representant fra hver helseregion/hvert fylke. To av fylkene fikk vi ikke opprettet kontakt med.

NAV lokal: Vi ønsket å intervju kontorer i både ”gode” og ”dårligere” fylker: Det vil si kontorer i fylkene som per dato fremsto med høyest og lavest andel henvisninger i prosent av sykmeldte arbeidstakere i fylket. Vi skilte ikke mellom korttids- og langtidssykmeldte i denne sammenheng. Vi intervjuet ett kontor i hvert av de seks fylkene med lavest andel henvisninger, samt ett kontor i hvert av de seks fylkene med høyest andel henvisninger.

Leverandører NAV: Vi tok utgangspunkt i utvalget av fylker som for NAV lokal og ønsket å intervju en leverandør i hvert fylke. Deretter søkte vi å få en variasjon i forhold til i) tiltak, ii) leverandørstatus (a, b, c), iii) antall kontrakter inngått.

Prosjektkoordinatorer HF: Vi valgte å intervju tre helseforetak i hver helseregion. Utvalget baserte seg for det første på en ”følge-tråden-metodikk”, der vi fulgte opp interessante aspekter vi hadde fått innsikt i gjennom intervjuene med aktører i RHFene. For det andre søkte vi å oppnå en variasjon i forhold til type tilbud. To av informantene i dette utvalget representerer private klinikker.

Klinikk-/avdelingsledere HF: Vi tok utgangspunkt i utvalget vi definerte for prosjektkoordinatorene og valgte deretter å intervju klinikk-/avdelingsledere ved åtte av disse helseforetakene. Utvalget baserte seg på et ønske om variasjon i type tilbud. I utvalget er tilbud for sammensatte lidelser, psykiatri, ortopedi, og tverrfaglige muskel/rygg tilbud (konservative) inkludert.

5. Noen hovedtrekk ved etterspørsels- og tilbudssiden

Et sentralt trekk ved tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester er at myndighetene søker å få etablert tjenestetilbud som bedre imøtekommer de sykmeldtes behov sammenliknet med før-situasjonen⁵. Det er i så måte illustrerende å ta utgangspunkt i hvilke hoveddiagnoser som dominerer blant sykefraværstilfellene. Under settes diagnosene opp mot de dominerende tjenestene på tilbudssiden (målt her ved antall tilbud og ikke kapasitetstall).

Muskel- og skjelettlidelser utgjør den største gruppen i NAVs fraværstatistikk⁶ (om lag 34% i 2007). Diagnosen har dominert i hele perioden 2001-2007, men både for rygglidelser og nakke/skulder/arm lidelser har trenden vært en reduksjon i antall tilfeller i perioden 2001 til 2004. De tre siste årene registreres en stigende trend, men 2007 tallene er likevel lavere enn for 2001.

Psykiske lidelser utgjør den andre store diagnosegruppen (utgjorde 14% av sykefraværstilfellene per 4. kv. 2007). Lettere psykiske lidelser har en stigende trend i perioden, mens angst/depressive lidelser har en fallende trend. Samlet har gruppen psykiske lidelser en stabil utvikling kjennetegnet ved et årlig snitt på om lag 21 000 tilfeller i perioden 2001-2007.

Sykdommer i luftveiene er den tredje største kategorien i NAVs sykefraværstatistikk og utgjorde 35 645 tilfeller per 4. kv. 2007 (17,8 %). Antallet varierer til dels betydelig fra et år til et annet i perioden 2001-2007.

Vi omtalte antall sykmeldte som den potensielle etterspørselsiden av helse- og rehabiliteringstjenester. For å sette 'Raskere tilbake'- ordningens ambisiøse målsetting i perspektiv, så var antall legemeldte sykefraværstilfeller per 1. kvartal 2008 på 540 330. Det er en økning sammenliknet med antall legemeldte sykefravær 4. kvartal 2002. I det kvartalet ble det registrert om lag 493 000 sykefraværstilfeller. I så måte er den potensielle etterspørselen etter helse- og rehabiliteringstjenester (gjennom tilskuddsordningen) på et høyere nivå enn for fem år siden trass i Inkluderende Arbeidslivsavtalen (IA)-avtalen.

⁵ For spesialisthelsetjenestens vedkommende, har det ikke tidligere vært lagt til rette spesifikt for sykmeldte. NAV-systemet har langt på vei vært i samme situasjon når det gjelder arbeidslivsrettet rehabilitering, siden slike tjenester tidligere har vært reservert attføringsklienter.

⁶ Se www.nav.no.

Nå kan man innvende at 'Raskere tilbake' ikke er rettet mot alle typer lidelser og man ønsker fortrinnsvis, slik vi har oppfattet styringssignalene fra sentralt hold, å fange opp sykmeldte så tidlig som mulig. Tar vi utgangspunkt i antall aktive sykefraværstilfeller⁷ som har vart i 13-26 uker, så er antallet 54 733 tilfeller per 1. kvartal 2008. Dette tallet omfatter alle typer lidelser. Siden 'Raskere tilbake'-prosjektene i all hovedsak er rettet inn mot muskel-skjelett og psykiske lidelser, de store fraværsårsakene, kan målgruppen anslås til å være rundt 30 000 dette kvartalet. Som vi skal se, ligger dette tallet ikke langt unna aktivitetsnivået som Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene samlet rapporterer per mai og april. Enn så besnærende denne framstillingen av tilbud og etterspørsel ser ut, så skal man likevel merke seg at det per 1. kvartal 2008 var samlet sett 280 000 sykefraværstilfeller av varighet fra 2 uker og inntil 26 uker. Hele 168 574 tilfeller var registrert med en varighet på inntil en uke. Rekrutteringsgrunnlaget for blant annet 'Raskere tilbake'-tiltak er derfor fortsatt høy.

Det er i alt etablert rundt 160 nye prosjekter under 'Raskere tilbake' på HF nivå. I tillegg er det inngått avtaler med til sammen 26 rehabiliteringsinstitusjoner.⁸ Det er etablert prosjekter innen for et vidt spekter: ortopedi og kirurgi, tilbud til sykmeldte med psykiske plager inkludert angst og depresjoner, prosjekter rettet mot sykmeldte med uspesifiserte lidelser og livsstyrketrening og lærings- og mestringstilbud. Tyngdepunktet er likevel ortopedi og kirurgi, slik vi oppfatter informasjonen på hjemmesidene. Det er også etablert flere prosjekter med tverrfaglig utredning og behandling, i første rekke innenfor muskel- og skjelletttildelser. Tilbudssiden reflekterer dermed hovedtyngden av lidelsene til sykmeldte. På den andre siden er det få prosjekter som er rettet mot kronikere og langvarig syke. Det samme gjelder for såkalte sammensatte lidelser.

NAV Drift og utvikling har gjort avtaler med leverandører i alle landets fylker basert på sentraliserte anbudsrunder. Det er inngått 86 kontrakter med 62 leverandører. I grunnlaget for anbudskonkurransen var det åpnet opp for at en og samme leverandører kunne gi tilbud på ett eller flere av tjenesteområdene. Det fremgikk av konkurransegrunnlaget at NAV kunne inngå inntil 3 delkontrakter per tjeneste per fylke. I hvert fylke kunne det dermed i prinsippet inngås

⁷ Tallene er hentet fra SSB statistikkbank, tabell 06433.

⁸ Tallene baserer seg på en gjennomgang av RHFenes hjemmesider ultimo mars.

9 delkontrakter. Avtalene ble inngått fylkesvis.⁹ I realiteten var det ikke alle steder NAV mottok flere tilbud på de ulike tjenestene, og enkelte steder ble kapasiteten til de valgte leverandørene vurdert som tilstrekkelig for fylket, slik at man ikke inngikk avtaler med 3 forskjellige leverandører. I flere fylker gikk bedrifter sammen i et hoved- og underleverandør forhold for å kunne tilby ønsket kapasitet i et fylke. Bortsett fra tre kommuner i Vest-Agder, som ikke fikk leverandør på rehabilitering og oppfølging, har alle landets kommuner et komplett tilbud innen ordningen.

Hvilke aktivitetstall kan så ordningen vise til så langt?¹⁰ Tabell 1 gir en oversikt over aktivitetsnivået innen NAV. Totalt er det henvist 3.210 personer til ordningen per mai 2008, herav 864 i 2007.

Tabell 1: Henvisninger i 2008 fordelt på de ulike tjenestetypene per mai 2008, fylkesvis fordeling.

Fylke:	Avklaring	Arbeidsrettet rehabilitering	Oppfølging	Arbeidsrettet rehabilitering - døgntilbud	Sum henvisninger
ØSTFOLD	8	71	14	35	128
AKERSHUS	16	138	25	39	218
OSLO	7	80	17	10	114
HEDMARK	11	24	10	6	51
OPPLAND	53	66	30	69	218
BUSKERUD	24	70	10	97	201
VESTFOLD	49	68	10	43	170
TELEMARK	90	15	14	30	149
AUST-AGDER	14	37	3	19	73
VEST-AGDER ¹	19	5	0	10	34
ROGALAND	8	0	1	9	18
HORDALAND	33	8	18	9	68
SOGN OG FJORDANE	2	2	0	1	5
MØRE OG ROMSDAL	147	11	40	53	251
SØR-TRØNDELAGE	140	132	49	19	340
NORD-TRØNDELAGE	37	49	10	1	97
NORDLAND	9	4	0	19	32
TROMS	26	11	1	61	99
FINNMARK	9	11	0	60	80
Riket	702	802	252	590	2 346

⁹ Dersom en leverandør har fått avtale som A-leverandør på avklaring og C-leverandør på oppfølging i et fylke, så har det vært grunnlag for en kontraktsinngåelse. Hvis en leverandør derimot har fått avtale eksempelvis som B-leverandør på avklaring i to fylker, er det inngått en kontrakt per fylke.

¹⁰ Framstillingen videre baserer seg på NAV Statusrapport 4 og 5, som er del av rapporteringsopplegget mellom direktoratene og de angjeldende departementene.

Det er oppløftende at det i løpet av årets fem første måneder er sendt ut nær det tredoble antallet tilbud om tjenester som for 2007. Av negative trekk ved utviklingen finner vi det påfallende at de fylkene som gjennom hele fjoråret (ikke rapportert i tabell) gjorde det relativt sett svakt, fortsatt er i samme posisjon. Sogn og Fjordane peker seg her klart negativt ut, men heller ikke Nordland, Rogaland, Hedmark eller Vest-Agder har maktet å bryte den svake trenden fra fjoråret.

Det fremgår av NAV Statusrapport 5 at det per mai 2008 er inngått økonomiske bindinger på 31 prosent, tilsvarende omlag 86 mill kroner, av rammen på om lag 276 mill kroner, som er fordelt til NAV fylke. Tabell 2 viser sum forbruk (bindinger og utbetalt) i 2008 per mai. Flere fylker ligger an til å omsette de tildelte midlene for 2008: Akershus, Oppland, Vestfold, Aust-Agder og Møre og Romsdal har enten bundet opp eller utbetalt over 50 prosent av midlene per mai 2008.

Basert på innholdet i tabell 1 og 2 kan man slå fast at Oppland har de rimeligste tjenestene, betraktet som gjennomsnittskostnader (bindinger i kroner per mai 2008 dividert med sum henvisninger per mai, ikke rapportert i egen tabell). Det skilles ikke her mellom de ulike tiltakstypene. Oppland har bundet opp NOK 28 540 per henvisning. På den andre enden av skalaen ligger Akershus med NOK 46 256 per henvisning per mai i år. Av de andre fylkene som alt har forbrukt mer enn 50 prosent av midlene, har Møre og Romsdal en gjennomsnittskostnad på NOK 39 236, Aust-Agder NOK 34 035 og Vestfold NOK 38 564. Årsaken til variasjonene mellom ”topp og bunn” kan skyldes variasjoner i faktorkostnader, sammensetningen av sykmeldte på typer av tiltak og varighet på tiltak. Akershus har hovedtyngden av henvisningene på arbeidsrettet rehabilitering, mens Oppland er mer jevnt fordelt mellom tiltakstypene. Umiddelbart kunne man forvente at Oppland, som har flere henvisninger til døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering enn Akershus, skulle ha høyere gjennomsnittskostnad enn Akershus. Kontraktene som er inngått i Oppland på denne tjenestetypen kan imidlertid være gunstige sett fra NAV sin side, samtidig som Akershus har relativt sett kostbare plasser på dagbasert rehabilitering.

Det er forøvrig å registrere at fylkene som har kommet dårligst i gang, Sogn og Fjordane, Vest-Agder og Rogaland, ligger i ”midtskiktet” kostnadsmessig med henholdsvis NOK 39 560, NOK 34 673 og NOK 32 797.

Tabell 2: Forbruk (bindinger og utbetalt) i 2008 per mai

Fylke:	Revidert tildeling 2008 per mai	Bindinger per mai	Bindinger i % av total ramme 2008 per mai
ØSTFOLD	13 333 000	4 306 328	32 %
AKERSHUS	17 345 000	10 083 898	58 %
OSLO	29 302 000	7 891 607	27 %
HEDMARK	6 972 000	1 396 578	20 %
OPPLAND	10 607 000	6 221 749	59 %
BUSKERUD	16 354 000	7 831 150	48 %
VESTFOLD	12 067 000	6 555 979	54 %
TELEMARK	11 432 000	4 043 450	35 %
AUST-AGDER	3 234 000	2 484 600	77 %
VEST-AGDER ¹	9 600 000	1 115 100	12 %
ROGALAND	5 000 000	624 126	12 %
HORDALAND	14 331 000	3 001 526	21 %
SOGN OG FJORDANE	2 454 000	197 800	8 %
MØRE OG ROMSDAL	17 067 000	9 848 484	58 %
SØR-TRØNDELAG	18 430 000	8 518 409	46 %
NORD-TRØNDELAG	8 068 000	2 997 501	37 %
NORDLAND	7 660 000	1 642 600	21 %
TROMS	15 980 000	4 206 525	26 %
FINNMARK	6 415 000	2 919 299	46 %
Riket	275 946 000	85 886 709	31 %
Gjenstående i direktoratet	50 295 000		

I rapporten påpekes det at det er lav aktivitet i to av fylkene (Sogn og Fjordane og Rogaland). Dette blir forklart med at lokalkontorene er inne i en krevende omstillingsperiode både knyttet til etablering av nye enheter og endringer innenfor IKT-systemene.

Det er forøvrig holdt tilbake 50 mill i Arbeids- og velferdsdirektoratet, som vil bli fordelt til fylker der det eventuelt viser seg å være behov for en ytterligere styrking i løpet av året.

Ser vi på antall henviste på 'Raskere tilbake' - prosjekter i regi av de regionale helseforetakene, så er det for perioden januar til april 2008 i alt henvist 9722 personer til ordningen. Samlet for 2007 og til og med april 2008, er det hittil henvist 18262 personer som vist i tabell 3 (om lag 8540 personer ble henvist innen 31. desember 2007). Tallene er hentet fra NAV Statusrapport nr. 5.

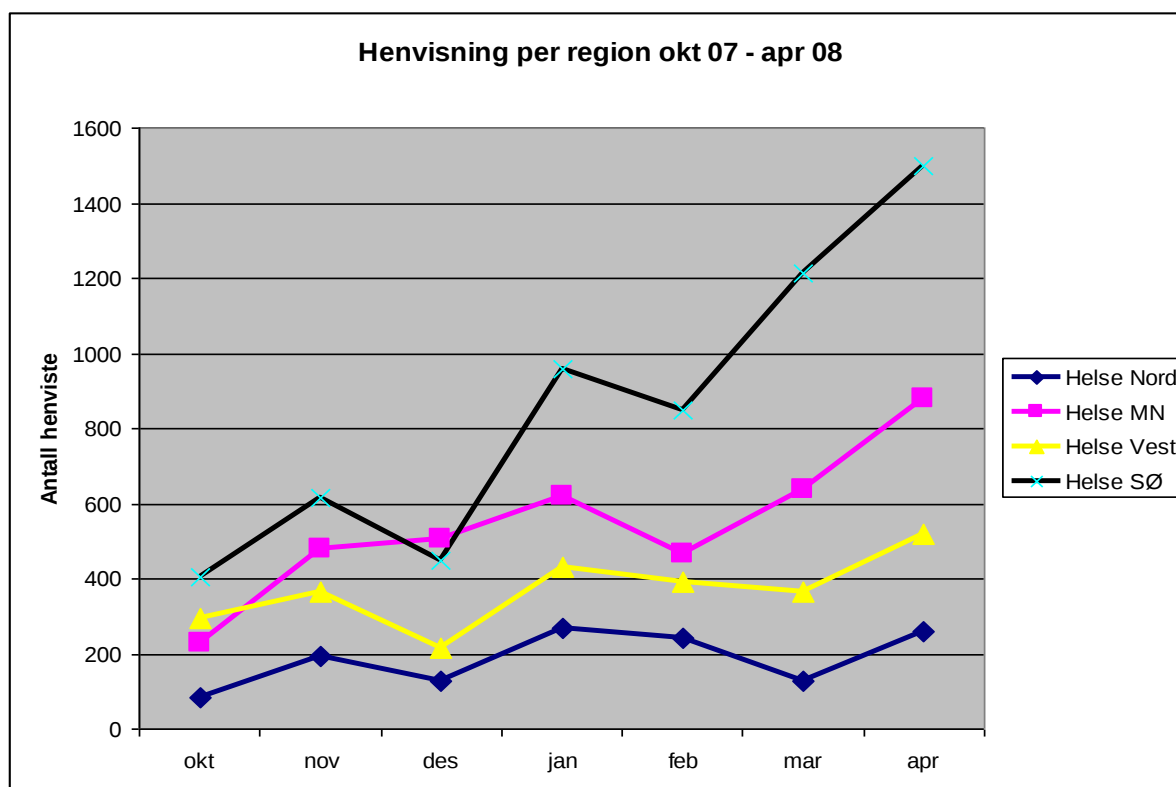
Tabell 3: Antall henviste til de regionale helseforetakene per måned 2007, 2008. * Data samlet til og med september 2007.

Region	Sept 07	Okt 07	Nov 07	Des 07	SUM 2007	Jan 08	Febr 08	Mars 08	Apr 08	SUM 2008	Totalt 07-08
Helse Nord		84	194	127	507	266	243	129	260	898	1405
Helse Midt-Norge		230	478	506	2394	620	465	638	879	2602	4996
Helse Vest		296	364	214	2139	429	390	367	520	1706	3845
Helse Sør-Øst		404	615	449	3500	960	847	1211	1498	4516	8016
Totalt	4579*	1014	1651	1296	8540	2275	1945	2345	3157	9722	18262

Det kommenteres i Statusrapport nr. 5 at Helse Nord RHF har henvist ca. 250 personer per måned, i Helse Midt-Norge RHF gjennomsnittlig 650 personer og Helse Vest RHF om lag 425 henviste. I Helse Sør-Øst RHF var det i perioden januar-februar 2008 en markant økning av antall henviste fra et gjennomsnitt på ca. 500 per måned i 2007, til om lag 900 i januar og februar, 1211 henviste i mars og 1498 i april 2008. I siste tertial 2007 ble det gjennomsnittlig henvist om lag 1300 personer inn i ordningen per måned. I første tertial 2008 er det gjennomsnittlig henvist ca. 2430 personer, med en markant økning i april 2008. Det heter videre i rapporten at:

”Legger man dette til grunn, kan det i løpet av 2008 bli henvist om lag 24000 til 30000 personer til ordningen. En slik utvikling har man sett ved tidligere tilskuddsordninger når det gjelder kjøp av helsetjenester”.

Utviklingen er oppløftende. Det fremgår av Statusrapporten at man med en stabilisering av aktivitetsnivået på nåværende nivå skal kunne holde seg innenfor de rammer som er gitt ved bevilgningen til ordningen. Overforbruk synes å være en problemstilling knyttet til Helse-Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Begge regionene har per april bundet opp mer enn 50% av tildelte midler.



Figur 1.

Av figur 1 fremgår det at den positive trenden fra 2007 synes å fortsette inn i 2008.

6. Tilskuddsordningen - en variant av New Public Management?

Når det gjelder de konkrete virkemidlene som tilskuddsordningen baserer seg på, vil vi trekke fram tre forhold:

For det første: For både de regionale helseforetakene (RHFene) og Arbeids- og velferds-etatens (NAV) del legges det fra departementenes side vekt på målbarhet av resultater og at bruken av midlene kan spores.

For det andre: Både RHFene og NAV har brukt konkurranse for å tildele oppdrag. Implisitt for RHFenes del gitt at man inviterte helseforetakene (HF) til å komme med prosjektforslag, som så ble vurdert opp mot visse kriterier. Eksplisitt konkurranse for NAV sin del gitt at man gjennomførte anbudskonkurranser både for dag- og døgntilbud.

For det tredje: Bruken av prismekanismen i spesialisthelsetjenesten (refusjon på inntil 80% av full DRGsats) for å stimulere til etablering av 'Raskere tilbake' - prosjekter.

Innenfor den statsvitenskaplige forskningstradisjonen grupperes flere av tilskuddsordningens "grep" som New Public Management (NPM). NPM kan generelt sett karakteriseres ved et sett av virkemidler:

- "Hands-on" profesjonell styring
 - Delegering av styringsfullmakter til synlige og sterke ledere av virksomheter
- Eksplisitte standarder og mål på ytelse
 - Definisjon av mål, indikatorer på suksess, helst kvantifiserte sådanne
- Større vektlegging av resultatmål
 - Kobling av ressursallokering og belønninger knyttet til måloppnåelse, oppstyking av sentralisert personalpolitikk
- Disaggregering av enheter i offentlig sektor
 - Oppsplitting av tidligere 'monolittiske' enheter, konsernmodeller, introduksjon av strukturelle elementer som gir avstand mellom enheter
- Økt konkurranse i offentlig sektor
 - Bruk av kontrakter og anbud

- Bruk av styringspraksis fra privat sektor
 - Større fleksibilitet vedrørende ansettelse og insentivstrukturer, bruk av markedsføring,
- Vektlegging av sterkere budsjettdisiplin og påholdenhet mht ressursbruk
 - Kostnadsutt, økt arbeidsdisiplin.

Dersom man skulle spissformulere NPM ytterligere, så vil følgende beskrivelser være dekkende:

- Fristilling av etater, tilsyn og selskaper,
- Klarere skille mellom ulike roller (eier, forvalter, regulator, etterspørre, tilbydere...),
- Økt vekt på resultat, marked og konkurranse,¹¹
- Sterk brukerorientering.

Ofte framstilles NPM som tiltak som trekker på public choice teori, principal-agent teori og transaksjonskostnadsbegrepet. NPM innebærer en positiv vurdering av å innføre markeder eller markedslignende mekanismer i offentlig sektor, noe som i praksis innebærer større grad av desentralisert beslutningstaking sammenliknet med den tradisjonelle hierarkiske oppbyggingen. Den andre siden av NPM, som naturligvis ikke må oversees, er imidlertid at markedslignende styringsmekanismer og desentraliserte beslutningstaking kan medføre økt vektlegging av kontrollmekanismer, oppfølging og i visse tilfeller økt fokus på reguleringsmekanismer. Behovet for kontroll og etterprøvbarehet følger for så vidt av nyere incentiv- og kontraktsteori. Økonomer har, som andre samfunnsvitere, påpekt at dårlig utformede incentivmekanismer kan gi opphav til uønskede tilpasninger sett fra et helhetlig samfunnsmessig perspektiv: Hensiktsmessigheten av å fokusere på målbare størrelser må avveies mot mulige uønskede tilpasninger langs dimensjoner som ikke lar seg måle. Man kan for eksempel argumentere for at desentralisert beslutningsmyndighet, lokalt budsjettansvar og vurderinger av ressursbruk basert på målbare resultater medfører en sterkere rolle for forvaltningsrevisjon.

¹¹ Disse tiltakene innebærer en vektlegging av *driftsansvaret* for offentlige virksomheter, – at driftsmessige beslutninger bør fattes av dem som har det daglige ansvaret for denne driften, og at offentlige virksomheter i prinsippet skal kunne drives på samme måte som private, og innenfor samme ”marked” som private.

Vi legger ikke her opp til en diskusjon for og i mot NPM i sin fulle bredde, men Tom Christensen¹² påpeker forhold som kan vise seg å være avgjørende for en vellykket implementering av tilskuddsordningen. Følgende sitat er hentet fra artikkelen ”Staten og reformenes forunderlige verden”, Nytt norsk tidsskrift, årgang 2006, nr. 3:

”Den kanskje viktigste innvendingen av instrumentell karakter mot NPM har imidlertid vært knyttet til fragmenteringen av det offentlige apparatet. [...] problematisk å få ansvar for en rekke vanskelige enkeltsaker, og samtidig få mindre informasjon om og innflytelse over slike saker som følge av fristilling av direktorater, tilsyn og statlige selskap. Ansvar har blitt skjøvet mellom ledere på ulike nivå, men hovedansvaret har allikevel oftest til slutt blitt plassert av media og den offentlige opinionen hos den utøvende politiske ledelsen. [...]

”Den sterke horisontale spesialiseringen i form av roller som eier, forvalter, regulator, tilbyder, etterspørter osv kan nok ha sine ”lokale” fordeler i form av klarere mål og fokus. Men samfunnsproblemer følger ikke sektorgrenser, og et sterkt oppdelt offentlig apparat er ikke organisert for å hankses med slike intersektorielle problemstillinger. Det kreves økt koordinering og samarbeid mellom organisasjoneneheter og profesjoner, eller som Gregory kaller det – ”putting the public back together again”. ”

Sykefraværspromblematikken kan klart betegnes som en intersektoriell problemstilling. Basert på styringsdokumentene omtalt i kapittel 3 synes det også klart at myndighetene er innforstått med at koordinering og samarbeid mellom organisasjoneneheter og profesjoner er sentrale suksessfaktorer for tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester. Ser man på tilskuddsordningen ut fra et prinsipal-agent perspektiv (bestiller-utfører), så er det rimelig at man kan betrakte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) som bestillere og helseforetakene (HFene) og rehabiliteringsbedriftene som utførere av tjenesteproduksjonen. Men selv departementene har rollene som utførere overfor Sykefraværsutvalget, som kan betraktes som den egentlige bestiller av ordningen. Utførerrollen knytter seg i dette bestiller-utfører forholdet seg til at departementene formulerer styringssignaler, følger opp at retningslinjene blir oppfattet etter intensjonene og at man får løsningsorienterte regimer nedover i beslutningshierarkiet. Ordningen er sammensatt fordi den etablerer en rekke bestiller-utfører forhold, der aktører som i et forhold har status som utfører, er bestiller i et annet forhold. For å gi noen andre eksempler: Forholdet mellom HOD og Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og mellom AID og NAV sentralt kan betraktes som et bestiller-utfører forhold. På samme måte kan man si at SHdir har rollen som bestiller

¹² Se for øvrig Christensen og Lægneid (2002, 2006) for omfattende drøftinger av ulike sider ved NPM reformer av offentlig sektor i en rekke land.

overfor RHFene (men også HOD har denne rollen), og NAV sentralt (men også AID) er bestiller overfor NAV på fylkesnivå. Implementeringen av ordningen avhenger videre av at RHFene bestiller tjenester fra HFene og av private aktører, og at NAV på fylkesnivå bestiller tilrettelegging og engasjement av NAV lokalt.

Vi leser myndighetens styringsdokumenter slik at man er seg bevisst problemstillinger knyttet til ordningens mange aktører og ulike roller. Vår interesse knytter seg, som nevnt innledningsvis, til hvor vellykket styringsinnsatsen har vært i å imøtekomme ”intersektorielle problemstillinger”.

Vurdering av (i) implementeringsvilje; (ii) informasjonsformidling og oversettelse av styringssignaler, (iii) og evne og vilje til samhandling er etter vår oppfatning en mulig måte å operasjonalisere resultatene av styringsinnsatsen fra de ulike prinsipalene på. I de kommende kapitlene drøftes disse forholdene nærmere.

7. Implementeringsvilje

7.1. Innledning

I dette kapittelet drøftes implementeringsviljen blant en rekke aktører, som er sentrale i ”å få ordningen opp og gå”. Det som først og fremst kjennetegner implementeringen av ‘Raskere tilbake’ er at ordningen har blitt tatt i bruk raskere og i større grad av spesialisthelsetjenesten sammenliknet med NAV-systemet, selv når man tar hensyn til de ulike økonomiske rammene. Det andre som kjennetegner implementeringsprosessen er at ordningen ønskes varmt velkommen av samtlige aktører vi har intervjuet. Ordningen blir omtalt som et nytt og viktig tiltak til en utsatt målgruppe.

7.2. NAV fylkesnivå som pådrivere – store variasjoner og ulik prioritering

NAV fylkesnivå er operativt ansvarlig for implementeringen av ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester i sitt spesifikke fylke. De har slik sett en pådriverfunksjon ovenfor NAV lokal, og også i noen grad ovenfor rehabiliteringsbedriftene. NAV fylkesnivå mottar styringssignaler direkte fra direktorat og NDU. I den praktiske implementeringen av ordningen er det imidlertid mange muligheter for tilpasning på fylkesnivå, og mange av beslutningene i implementeringsprosessen taes på dette nivået.

Den overordnede erfaringen er at det er *stor variasjon mellom fylkene i forhold til hvor mye de har brukt av rammen og antall henvisninger, jf tabell 1 og 2 i kap. 5*. Det er sentralt å forsøke å avdekke faktorer på fylkesnivået som kan bidra til å belyse årsakene til en slik variasjon.

Noen av erfaringene fra intervjuene med fylkeskoordinatorene ble presentert i SNF sin kvartalsrapport (25.01.08), og framstillingen bygger til dels på denne presentasjonen.

7.2.1. Implementeringsviljen og oppslutningen om ordningen: Et nytt og viktig tiltak

Innsikt fra organisasjonsteorien tilsier at implementeringsviljen i enhver reform vil henge sammen med hvorvidt reformen og dens premisser oppleves som riktig og viktig av de involverte aktørene, og som i overensstemmelse med grunnleggende normer og verdier i

institusjonen (Christensen et.al 2004). Det er således sentralt å se på holdningene til ordningen på NAV fylkesnivå. Vår vurdering er at det synes å være *stor oppslutning om ordningen og premissene som ligger til grunn for den på fylkesnivået i NAV*. Koordinatorene fremhever at dette er et nytt og viktig tiltak, og det formidles en forventning om at ordningen vil føre til måloppnåelse i form av at folk kommer raskere tilbake til arbeid eller får en raskere avklaring. Et sitat kan synliggjøre denne holdningen til og forståelsen av ordningen:

”Det er klart at det er et kjempebra tilbud når oppfølgingen i stor grad legges ute på arbeidsplassen og du får en kontakt med både arbeidsgiver og den sykmeldte og du får en dialog der. Jeg har veldig tro på at det kan være en bra ordning for mange. Leverandørene sier også at denne runden med forarbeid har vært en læringsprosess også for dem. De ser at andre tiltak de leverer til NAV på en måte kan nyttiggjøre seg av disse tingene” (Fylkeskoordinator 8); ”Jeg synes at i tiltaksporteføljen som NAV har, så ser jeg dette som en veldig viktig del som jeg håper vil få stort fokus fremover. Det er noe veldig riktig med dette tiltaket og det er at det foregår på arbeidsgivers og arbeidstakers arena” (Fylkeskoordinator 4).

7.2.2. Implementeringen på fylkesnivå – fylkenes handlingsrom og oversettelse av styringssignaler

Fylkesnivået har, som beskrevet, det operative ansvaret for den lokale implementering av tilskuddsordningen. De har således en pådriverrolle ved å informere og formidle styringssignaler til lokalt nivå, samt koordinere implementeringen av reformen ovenfor andre involverte aktører som leverandørene, fastlegene/sykmeldende behandlere og spesialisthelsetjenesten. Fylkene spiller også en rolle i den daglige driften av ordningen i forhold til å sørge for at prosedyrer for henvisning, rapportering og fakturering fungerer optimalt.

Det synes å være grunnlag for å hevde at det er *stor variasjon mellom fylkene i forhold til prioritering og implementeringen av ordningen*. Dette gjelder spesielt informasjonsformidling og oppfølging ovenfor lokalt nivå i organisasjonen, men også samhandling og kommunikasjon med leverandører og fastleger. Sitatet fra en leverandør som har vunnet anbudet på ordningen i flere fylker kan illustrere dette. Vedkommende ble spurt om hvordan samhandlingen med NAV fungerte:

”Sentralt med NAV og NDU synes vi det fungerer godt. På fylkesnivå er det veldig, veldig forskjellig; fra veldig bra, til ingenting, til ikke fullt så bra og det dreier seg om forståelsen av tjenesten. Vi er ikke helt enige om hvordan tjenesten skal tolkes og forstås” (Leverandør 3).

Ved å synliggjøre variasjoner i hvordan fylkene har implementert ordningen og oversatt og tilpasset styringssignalene, kan vi få økt innsikt i hvilken betydning prioriteringer og valg på fylkesnivået har for en effektiv og god implementering av ordningen. I fortsettelsen vil vi derfor fokusere på ulike områder der implementeringen på fylkesnivået varierer. Vi refererer til forhold som er blitt trukket fram av de ulike informantgruppene (fylkeskoordinatorer, saksbehandlere og leverandører)

- i) rollen til prosjektkoordinatoren,
- ii) hvorvidt fylket har tillatt markedsføring fra leverandørene av helse- og rehabiliteringstjenester,
- iii) forståelsen av tiltakene som enkeltstående/kjedede tiltak,
- iv) ulike definisjoner av målgruppen – inklusjonskriteriet.

Det er opp til hvert enkelt fylke hvordan de vil prioritere prosjektkoordinatoroppgaven, og fylkene har valgt ulike løsninger. Mens noen har valgt å avsette en hel stilling til denne oppgaven, er det andre fylker der koordinator har andre arbeidsoppgaver i tillegg. Det er nærliggende å slutte at hvordan man har valgt å organisere arbeidet til prosjektkoordinatoren får betydning for grad av forankring på ledernivå, og mulighet til å prioritere tidsbruk på ordningen i praksis. Vår oppfatning er at *graden av aktivitet fra fylkesnivået har vært avgjørende i implementeringsprosessen i NAV organisasjonen*. Det synes som om lokal-kontorene i fylker der det er ansatt egen prosjektkoordinator i større grad

- (i) er fornøyd med informasjonen,
- (ii) har kunnskap om ordningen,
- (iii) har bedre tilretteleggingen for kontakt mellom leverandør og NAV lokal enn i andre fylker, som ikke har prosjektkoordinator.

Markedsføring er et annet område der beslutningsmyndigheten ligger på fylkesnivået. Det er opp til hvert enkelt fylke hvorvidt de vil tillate at leverandørene markedsfører tilbudet til fastleger, bedrifter og potensielle brukere. Enkelte fylker har åpnet for begrenset markedsføring, andre har sagt nei ved forespørsel fra leverandørene. Selv om enkelte av leverandørene, naturlig nok, hevder at det er frustrerende at de ikke får markedsføre tilbudet sitt, ser andre dette ikke som et problem, og *det synes som om det er av større betydning hvorvidt fylket selv har prioritert sitt informasjons- og markedsføringsansvar*. Ordningen med

a-, b-, og c-leverandører forutsetter til dels også en viss kontroll med markedsføring fra fylket. En fylkeskoordinator viser for eksempel til at de har fått problemer med å selge a-leverandør av et tiltak til brukerne, fordi en av de andre leverandørene har hatt en ”spenstigere” markedsføring, og nå ønsker brukerne seg til denne leverandøren i stedet. Leverandørene har naturlig nok likevel et behov for klar og tydelig kommunikasjon på dette punktet, og flere leverandører hevder at mangelen på klare svar på dette punktet har vært en frustrasjonsfaktor i implementeringsarbeidet.

7.3. RHFene som pådrivere – ”vi har stor tro på denne ordningen”

Arbeidet med ‘Raskere tilbake’ ble igangsatt i alle de regionale helseforetakene i løpet av våren 2007, og den første ‘Raskere tilbake’-pasienten ble behandlet i april 2007. Høsten 2007 ble det gjennomført intervjuer med prosjektlederne for ‘Raskere tilbake’ i de fire helse-regionene. Intervjuene ble altså gjort i en tidlig oppstartsfase av ordningen og svarene bærer til dels preg av dette. Noen av erfaringene fra intervjuene med RHFene ble presentert i SNF sin kvartalsrapport (25.01.08), og framstillingen bygger til dels på denne presentasjonen.¹³

7.3.1. Implementeringsviljen i de regionale helseforetakene

RHFene er pålagt av sin eier, staten, å sette i verk det de ble pålagt og følge sentralt gitte styringssignaler. Likevel er det sannsynlig at aktørers holdninger til en ordning av denne typen vil ha innvirkning på implementeringsviljen også i de respektive helseforetakene. Den generelle holdningen til ‘Raskere tilbake’ blant prosjektlederne i RHFene synes å være preget av et positivt engasjement for og forventninger til ordningen:

- Prosjektlederne trekker fram prosjektenes *tverrfaglighet* som et svært positivt aspekt ved ordningen.
- Det formidles en tro på at ordningen vil kunne få ned antall tilfeller av ”serieventing” innenfor spesialisthelsetjenesten.

¹³ Intervjuene med prosjektlederne i RHFene ble gjort i en innledende og eksplorativ fase, og formålet var først og fremst å få en innsikt i sentrale momenter for den videre evalueringen. Det er behov for å gjennomføre en ny intervjurunde på dette nivået i løpet av evalueringsperioden.

- Prosjektlederne trekker spesifikt fram at de har forventninger om at de etablerte prosjektene innen 'Raskere tilbake' vil gjøre det lettere å fange opp pasienter som har befunnet seg i gråsonen mellom medisinske tilbud og rehabiliteringstilbud.

Det formidles en forventning om at ordningen kan føre til et tettere og bedre samarbeid med NAV.

7.4. NAV lokal som tilretteleggere – store forventninger, få henvisninger

Som vi beskrev innledningsvis, er tilskuddsordningen utformet slik at saksbehandlerne i NAV er de som sitter på myndighet til å vurdere og henvise direkte til tiltakene ved sykmelding. Dette gir naturligvis saksbehandlerne en sentral posisjon.

Informantene på lokalkontorene i NAV hevder uten unntak at *ordningen er kjærkommen og åpner for nye muligheter for en utsatt gruppe*. De ulike teoretiske premissene for ordningen, som vektleggingen av økt arbeidsplassfokus, individuell tilpasning og tiltak tidligere i sykmeldingsforløpet fremheves *som viktige og som i tråd med prioriteringer saksbehandlerne selv ønsker å gjøre*. Samtidig vet vi at flere av fylkene kun har brukt en forholdsvis beskjeden del av rammen. Med utgangspunkt i forventningene ved ordningens oppstart er det dermed grunnlag for å hevde at det har blitt henvist relativt få inn i tiltakene per april 2008 - over et halvt år etter at tiltaket kom operativt i gang i de fleste fylkene.

Det er nærliggende å anta at en ordning som oppfattes som viktig og riktig, og hvis premisser oppfattes som legitime og i tråd med rådende normer og verdier hos de ulike involverte aktørene, ville bli tatt i bruk i større grad. Det overordnede spørsmålet i forhold til NAV lokal som bestiller blir således: *hvorfor henvises det ikke i større grad til ordningen?* Fokus i denne delen av halvårsrapporten vil være på gapet som kan identifiseres mellom det vi kan kalle *viljen* til implementering og *evnen* til implementering i NAV lokal – eller med andre ord: Oppslutningen om ordningen og faktisk bruk av den. For å belyse dette vil vi se på:

- i) Hvilke "ordningsrelaterte" og "systemrelaterte" forklaringsfaktorer som kan belyse hvorfor saksbehandlerne i mindre grad enn forventet henviser til ordningen. Her blir

det et sentralt moment å se på hvilke kilder til ”støy” som gjør det vanskelig for saksbehandlerne å omdanne informasjonen om ordningen til kunnskap som kan brukes i praksis, og

- ii) hvilke faser i bestillingsprosedyren som kan identifiseres som kritiske.

Først er det imidlertid interessant å gå litt nærmere inn på holdningene til ordningen som gjør seg gjeldende på dette nivået i NAV-systemet. Vi vil også gi en beskrivelse av ulike aktørers vurdering av NAV lokal sin bestillerkompetanse. NAV lokal sin suksess i tilretteleggerrollen avhenger av god bestillerkompetanse.

7.4.1. Stor tro på ordningen – mangelfull bestillerkompetanse

Inntrykket fra intervjuundersøkelsen rettet mot saksbehandlerne er at man hilser ordningen varmt velkommen og ser den som en mulighet til å hjelpe en gruppe man tidligere ikke har hatt passende tiltak for. Samtidig trekker saksbehandlerne fram at kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester åpner opp for at de kan få hjelp av en nøytral part (leverandør av tjenestene) i sakene. Vår vurdering er derfor at *det er stor oppslutning om ordningen* og at den *oppfattes som i tråd med sentrale verdier og normer* som preger saksbehandlerne arbeidshverdag og institusjonelle kultur. Dette kan illustreres med noen sitater:

”Jeg fikk en aha opplevelse; ’aha det inkluderer faktisk også at sykmeldte kan få hjelp av en person på arbeidsplassen’. Det er noe helt nytt og det er jo helt fantastisk. Og så fikk jeg plutselig en aha opplevelse ’åh døgntilbud’ (Saksbehandler 2); ”Jeg tror at vi kan få hjelp til de tunge sakene, de vi ikke ser foran eller bak på. Få hjelp til å få en ordentlig rapport på disse sett fra spesialistene sin side. Det vil rydde i forhold til det vi ellers trenger å hente inn eller gjøre... at vi kan lage bedre planer fordi vi har en god rapport i bunn (Saksbehandler 5); ”Jeg tenker at det er veldig viktig fordi dette gjelder de med sykepenges, og vi får startet så fort som mulig. Det vil sikre oss å få flere ut på tiltaket og tilbake til jobb. Jeg tenker at det er positivt” (Saksbehandler 12).

Det at saksbehandlerne i utgangspunktet formidler at de er svært positive til ordningen, gjør det nærliggende å slutte at *implementeringsviljen* i lokalkontorene er stor. *Samtidig synes det som det er grunnlag for å hevde at mangelfull bestillerkompetanse hos NAV lokal er en av hovedutfordringene for en effektiv implementering og bruk av ordningen.* I denne påstanden

ligger det for det første at saksbehandlerne i mindre grad enn forventet utfører bestillingene, dvs. henviser til ordningen. For det andre at bestillingene preges av å være mangelfulle. En mangelfull bestilling vil i denne sammenhengen si at saksbehandler henviser brukere som ikke faller inn under målgruppen, henviser til ”feil” tiltak, eller henviser etter andre kriterier enn kun forholdet bruker/tiltak. Saksbehandlerne selv formidler et inntrykk av at de synes det er vanskelig å henvise til/bestille tjenesten fra leverandørene. To av saksbehandlerne sier i denne sammenhengen:

”Du er usikker på hvem du skal bruke det på og da blir det vel sånn at det ikke blir nok brukt i forhold til utnyttelsen vi kunne hatt på det” (Saksbehandler 5); ”Det er litt frustrerende, vi synes det er vanskelig å vite hvem vi skal sende hvor (...) Synes det er delt opp for mye. Den avklaring og arbeidsrettet rehabilitering synes jeg kunne vært en bolk” (Saksbehandler 10).

Også flere av leverandørene viser til mangelfull bestillerkompetanse fra NAV lokal som en utfordring og hevder videre at saksbehandlerne er avhengig av deres bistand for å henvise. Dette kan illustreres med noen sitater:

”De [NAV] er veldig positive til tiltaket, men vi ser at bestillingskompetansen deres ikke er så bra som vi hadde håpet (...) Saksbehandlerne sier ’det er en annen plass som driver med avklaring’. Så sier jeg ’men det er ikke for de som er sykmeldt’. Jeg tror mange er litt forvirret over alle tiltakene. Vi møter dem mye og har en konkret dialog i forhold til ’hva kan vi tilby og hjelpe dere med’ (Leverandør 7); ”Nå søkes flere og flere til avklaring, og det har altså vært en endring i hvilke av tiltakene som det henvises til. Vi spurte saksbehandlerne hvorfor de fleste ble henvist til arbeidsrettet rehabilitering. De sa at årsaken til at det ble sånn var tilfeldig. Det var rett og slett fordi det stod øverst på lista (Leverandør 6); ”Jeg har fått innspill av saksbehandlerne om at de synes det er vanskelig og de er ofte avhengig av å ta en telefon til oss og forhøre seg om hvor de bør henvise” (Leverandør 5); ”For oss hadde det vært lettere å få en henvisning hit og hatt en kontaktperson hos NAV som vurderte sammen med oss hvilke tjenester som var mest hensiktsmessige, for vi ser det er feilinnstillinger” (Leverandør 8).

Det sentrale spørsmålet blir derfor: Hva er årsakene til mangelfull bestillingskompetanse hos NAV i forhold til denne ordningen? Og hva er årsakene til at saksbehandlerne - til tross for stor tro på ordningen - har henvist i liten grad?

Etter vår vurdering er det hensiktsmessig å se problematikken fra to ulike perspektiv.

For det første er det ulike *ordningsrelaterte forklaringsfaktorer* som kan gi økt innsikt hvorfor saksbehandlerne i liten grad henviser til ordningen. Samtidig vil ikke ordningen implementeres i et vakuum, men må forståes i kontekst av den kultur og de verdier som kjennetegner de(n) gitte institusjonen(e). Det vil således være elementer av *systemrelaterte forklaringsfaktorer*, som ikke kan knyttes til selve tiltaket, men til mer institusjonelle og kontekstuelle forhold som kan påvirker saksbehandlerne henvisningspraksis. Sistnevnte faktorer drøftes nærmere i avsnitt 8.2.1.

7.4.2. Mulige årsaker til mangelfull bestillerkompetanse

Med ”ordningsrelaterte” forklaringsfaktorer forstår vi momenter som kan forklares ved å se på elementer ved tilskuddsordningen utforming, innretning eller premissene ordningen bygger på. På bakgrunn av intervjuene med de ulike aktørgruppene er det særlig tre forhold ved ordningen som peker seg ut som momenter som vanskeliggjør henvisning til tiltakene. Dette er:

- i) oppfatningen av ordningen som sådan som svært kompleks,
- ii) inndelingen av leverandørene i a-, b-, og c-leverandører,
- iii) ordningen forutsetter stor grad av skjønn og individuell tilpasning.

Ordningens kompleksitet

Alle informantene på lokalt nivå i NAV hevder at ordningen er kompleks. *Saksbehandlerne fremhever kompleksitet som en utfordring uavhengig av graden av informasjon fra fylkesleddet.* Det at ordningen oppfattes som kompleks uavhengig av hvor fornøyde informantene er med mengden og kvaliteten på informasjonen om ordningen, gjør det nærliggende å beskrive ordningens kompleksitet som en ordningsspesifikk forklaringsfaktor. Denne slutningen styrkes av at også fylkeskoordinatorene og enkelte av utførerne fremhever at ordningen er kompleks og til dels vanskelig å operasjonalisere. I og med at enkelte kontorer, til tross for at de hevder at ‘Raskere tilbake’ er vanskelig å forstå og bruke, har henvist relativt mange, er det likevel klart at lokal kultur og implementeringsvilje kan være en motvekt til kompleksiteten. Like fullt, også når lokal kultur og vilje taes med i beregningen, er vår vurdering at *saksbehandlerne forståelse av ordningen som kompleks har en innvirkning på deres henvisningspraksis.* Før vi forfølger dette argumentet kan det være nyttig med et innblikk i hvordan henvisningsprosedyren til tiltak fungerer i praksis.

Saksbehandlerne hevder at de er usikre på:

- i) *hvilke tiltak som passer hvilken bruker,*
- ii) *hva som er innholdet i de tre ulike tiltakene og hvordan de tre tiltakene kan skilles fra hverandre, og*
- iii) *hvordan de tre tiltakene kan skilles fra andre tiltak. Denne usikkerheten fremtrer tydelig i sitatene under:*

”Vi har jo denne leverandøren... de driver jo vanligvis med attføringstjenesten, og de har jo avklaring, oppfølging og alle disse og vi synes det er vanskelig å skille det da. Det er helst det, det går på” (Saksbehandler 1); ”Vi fant ut at vi sendte alle på avklaring fordi vi ikke vet hva slags tilbud de har behov for. Da ble vi enig med leverandøren om å ta en avklaring på alle tre” (Saksbehandler 6); ”Det er hovedsakelig avklaring og oppfølging vi har brukt. På arbeidsrettet rehabilitering der føler vi faktisk usikkerhet, jeg tror faktisk ikke det er blitt kjøpt noe der (Saksbehandler 4); ”Tiltaket som heter ”oppfølging” er veldig lite brukt, men det kan ha å gjøre med at saksbehandlerne rundt om kring ikke er godt nok kjent med de vurderingene som bør gjøres og hva slags tiltak som kan være aktuelt” (Saksbehandler 12).

Det synes som om det at ordningen oppfattes som vanskelig å forstå ofte fører til at saksbehandleren i praksis:

- i) ikke henviser,
- ii) henviser til det tiltaket vedkommende synes det er enklest å forstå innholdet i,
- iii) henviser alle til videre avklaring hos leverandør, eller
- iv) henviser til en leverandør hun allerede har en relasjon til, isteden for til type tiltak.

Alt i alt viser dette at henvisningene kan utebli eller at de kan bli mangelfulle i den forstand at det blir andre aspekter enn forholdet tiltakets kvalitet/brukers behov som avgjør hvor bruker henvises.

Det er verdt å gjenta i denne sammenhengen at også koordinatorene og enkelte av leverandørene fra sine ulike perspektiv fremhever at ordningen er sammensatt, og hevder at dette gjør den vanskeligere å ta i bruk enn det den ellers kunne ha vært.

Inndelingen i a-, b-, og c-leverandører

Hvert fylke kunne inngå tre delkontrakter per tjeneste. Kontraktene ble organisert på en slik måte at leverandørene ble rangert og fikk status som a-, b- eller c-leverandører. Rangeringen ble foretatt i forhold til en vekting der kvalitet talte 60 % og pris talte 40 %. I praksis innebærer rangeringen at NAV først skal henvise til a-leverandør på de ulike tiltakene, og først kan henvise til b-leverandør når a-leverandør har full kapasitetsutnyttelse og så videre.

Et flertall av saksbehandlerne vi intervjuet hevder at inndelingen i a-, b- og c-leverandører i praksis er frustrerende og/eller tidkrevende. Vår vurdering er at det kan synes som om denne inndelingen bidrar til å forsterke saksbehandlerne opplevelse av ordningen som svært kompleks.

Videre viser enkelte av saksbehandlerne til at det kan oppleves som frustrerende at man ikke kan henvise til den leverandøren man mener har det beste tilbudet til en gitt bruker, men må forholde seg til leverandøren som ”står først i rekka”. En saksbehandler sier for eksempel at:

”Men når vi kunne tenkt oss å bruke en c-leverandør på akkurat den personen og så kan vi ikke gjøre det - det er litt frustrerende noen ganger” (Saksbehandler 10).

På bakgrunn av intervju-undersøkelsen er vår vurdering at det er en tendens til at inndelingen i a-, b-, og c-leverandørene oppleves som et *kompliserende* element i saksbehandlerne henvisningspraksis. Det er vanskelig på dette tidspunktet å vurdere hvorvidt dette vil endre seg etter hvert som saksbehandlerne blir bedre kjent med ordningen. *Vår vurdering er imidlertid at leverandørene og fylkeskoordinatorne kan bidra til at henvisningsprosedyren oppleves mindre tidkrevende for saksbehandlerne, ved å tilrettelegge for god oversikt over de ulike leverandørenes kapasitet.* Det er på dette punktet en stor variasjon mellom fylkene.

Skjønn og individuell tilpasning

Et premiss for ordningen er økt individuell tilrettelegging og tilpasing, og bruken av ordningen forutsetter en stor grad av skjønn fra saksbehandlerne side i og med at det er de som skal identifisere kandidater til tiltakene. I en hektisk hverdag kan det være en potensiell utfordring at saksbehandlerne i NAV prioriterer forvaltningsoppgaver i større grad enn oppfølgingsoppgaver av den typen som denne ordningen representerer. Samtidig er dette en ordning som i liten grad er knyttet til diagnose, men til mer diffuse og sammensatte

problemstillinger og tilstander. Flere saksbehandlere viser til at dette gjør det vanskeligere å henvise til tiltaket. To av saksbehandlerne sier for eksempel at:

”Den [kjøp av helsetjenester for lettere psykiske og sammensatte lidelse] har vært lettere å forholde seg til. Vi har mye enklere kunnet plukke ut folk som har vært aktuelle på grunn av den diagnosen som står på sykmeldingen(...) når det gjelder helse og rehabiliteringstjenester... folk har jo skulder, nakke, altså det er veldig diffust og jeg opplever at det er vanskelig å vite og at vi skal sitte og bedømme hvem som er aktuelle for det her bare på bakgrunn av en sykmelding” (Saksbehandler 11); ”Vi sender bare avklaring til leverandøren og så vurderer de hvilke tjenester de har behov for. Fordi disse valgene de er sånne som vi ikke kan gjøre i utgangspunktet (Saksbehandler 3).

Mens de øvrige forklaringsfaktorene ovenfor i større grad viser til trekk ved tilskuddsordningens utforming, viser punktet om ”skjønn og individuell tilpasning” i større grad til de generelle læringsprosesser som vil være nødvendige i en organisasjon når nye tiltak/reformer skal innføres. Slike læringsprosesser er ofte svært tidkrevende.

7.4.3. Ta tiden og de gode eksemplene til hjelp?

Drøftingen av ”gapet” mellom NAV sin oppslutning om ordningen og saksbehandlerne bestillingskompetanse illustrerer med tydelighet at tilskuddsordningen er både nyskapende og dristig. På den ene siden er det store forventninger til ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, og saksbehandlerne har tro på at de tre tiltakene kan bidra til å hjelpe en utsatt gruppe mennesker som før ikke har hatt tilgang til slik bistand. Samtidig er ordningen kompleks og forutsetter at saksbehandlerne navigerer i det de selv kaller en ”jungel av informasjon”. Bruken av den krever til dels endringer i saksbehandlerne henvisningspraksis, og at de samhandler godt med mange ulike aktører.

Vi gjentar her noen av de ulike, og til dels motstridende, løsninger og refleksjoner saksbehandlerne selv gjør seg i forhold til å løse noen av de utfordringene implementeringen har bydd på:

- Ta tiden til hjelp: ”gode eksempler” vil komme med tiden og gjøre det lettere å henvise og på sett og vis demme opp for tiltakenes uklare innhold og avgrensninger mot hverandre.
- Ordningen burde ha vært redusert til et eller to tiltak. De tre tiltakene er for snevre slik de er i dag, og forutsetter at det etableres noen kunstige skiller mellom kandidatenes tilstander.
- Etter hvert som NAV-reformen skrider frem, vil fokus, ansvarlinjer og læringsprosesser også stabiliseres. Dette vil legge forholdene til rette for en mer effektiv bruk.
- Når oppfølgingsmetodikken og fokuset kommer mer på plass i ”nye NAV” vil dette understøtte bruken av ordningen.
- Etter hvert vil pasient- og legeinitiativet i forhold til ordningen øke, og da vil dette bidra til at også saksbehandlerne i økende grad vil henvise.

På dette tidspunktet er det for tidlig å si noe om hvorvidt utfordringene vi har identifisert først og fremst er et tegn på ”startvansker”, som vil avta etter hvert som ordningen blir bedre kjent og kunnskapen om den øker. Det kan imidlertid synes som om det blir sentralt framover at saksbehandlerne får tilgang til og erfaring med ”gode eksempler”.

7.5. HFene som utførere - ”vi er avhengig av at systemet rundt er klart”

Som nevnt i kapittel 4, har vi intervjuet to ulike informantgrupper på dette nivået i spesialisthelsetjenesten: 12 koordinatore i 12 forskjellige helseforetak, samt en klinikkleder-/avdelingsleder fra 8 av helseforetakene i det samme utvalget.

7.5.1. Implementeringsvilje og prioritering

Ulike aktørgrupper ved HFene synes å være delt i sin oppfatning av og holdning til Raskere tilbake. Mens administrativt personell har forventninger til at ordningen kan bidra til at folk kommer raskere tilbake i jobb, eller at nye grupper får tilbud om bistand og behandling, synes det å være en større grad av skepsis blant legene. Sistnevnte forhold har vi imidlertid ikke belyst gjennom egne intervjuer. Utsagnet baserer seg på inntrykk vi sitter igjen med etter intervjuene med koordinatorene og avdelingsledere.

Prosjektkoordinatorne – sentralt nivå

Ordningen virker godt forankret blant koordinatorne i helseforetakene. Deres holdning er først og fremst preget av en forståelse av at dette er et pålegg fra eier som må implementeres. Flere av koordinatorne formidler samtidig en forventning om at ordningen kan bidra til at en, som enkelte uttrykker, lite prioritert gruppe innenfor helsevesenet kan få hjelp og bistand til å komme raskere tilbake i arbeid.

I intervjuene med koordinatorne er det imidlertid flere som trekker fram en skepsis mot ordningen fra legene, og da særlig fra ortopedi og kirurgi, og hevder at dette har vært en utfordring i implementeringen av ordningen:

”På de fleste klinikker har det vært velvilje og jeg har blitt tatt godt i mot, men det har vært motstand blant ortopedene og det har nok gått på RT generelt, fordi de ikke vil at sykmelding skal være en prioriteringsgrunn” (Koordinator 2); ”Det var skepsis fordi dette er lidelser med lav prioritet, men den stilnet” (Koordinator 3); ”Den største utfordringen var vel å få folk til å godta at disse skulle komme forttere og at det var en grunn til det” (Koordinator 5). ”Ute i poliklinikkene er det frustrasjon rundt de etiske tingene. En opplevelse av kø-sniking. Det er mye ortopedi dette handler om” (Koordinator 9); ”Man tenker seg at målgruppa her det er pasienter som venter på et kirurgisk inngrep hos kirurg eller ortoped, og der har nok entusiasmen vært litt blandet fordi det er erfaringer også med tidligere prosjekter som skal ta pasienter ut av den vanlige prioriteringen” (Koordinator 4);

Skepsisen blant legene knyttes til sykehusenes ”sørge-for ansvar” og prioriteringsforskriften, som anviser hvilke kriterier som skal ligge til grunn for prioritering. ‘Raskere tilbake’ innebærer i praksis at legene blir pålagt fra eier å legge til grunn en ny prioritering: At pasienten er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt skal kunne gi forrang.

Det er verdt å påpeke at dette ikke er myndighetenes uttalte mål med ordningen. Snarere skal RT bidra til økt behandlingskapasitet slik at prioriteringskonflikter ikke oppstår. I denne argumentasjonsrekken er det imidlertid en prinsipiell svakhet: RT trekker potensielt sett personalressurser bort fra behandling av andre lidelser som i henhold til prioriteringsforskriften har forrang framfor de lidelsene som mange sykmeldte strever med.

Klinikk/avdelingsnivå

Når vi gjennomførte intervjuene med avdelings/klinikklederne, var vi naturlig nok interessert i å se om motstanden som koordinatorene formidlet også gjenspeilte seg på klinikk-/avdelingsnivå. Flere av klinikk-/avdelingslederne viste til at det hadde vært noe motstand mot ordningen på klinikken/avdelingen. Dette gjaldt for alle de ulike typene tilbud innen 'Raskere tilbake' som informantene representerer (tverrfaglig muskel/skjelett, psykiatri, lærings- og mestringstilbud, og ortopedi). Dette kan illustreres med noen sitater:

"Det var litt [diskusjoner] i begynnelsen, men vi var veldig klar på at dette er beskjeder fra departementalt hold, og da er det ikke gitt oss å etterprøve disse (Klinikk 2); "Vi har sånne diskusjoner om at pasientene som tilhører 'Raskere tilbake' ikke er så viktige som andre ordinære pasienter, og avdelinga føler at 'Raskere tilbake' tar ressurser fra avdelingen. Vi har sagt at 'Raskere tilbake' faktisk er en del av den aktiviteten som avdelingen har og pasientene er like viktige uansett om de er her eller her" (Klinikk 8); "Internt i foretaket har det vært en del diskusjon. Har vært en god del kritiske røster til at det blir etablert slike tilbud der en mener at en gruppe blir prioritert høyere enn andre, og det er da med tanke på prioriteringsforskriften" (Klinikk 4).

Klinikk-/avdelingslederne viser her til en kritisk holdning til ordningen i avdelingen, men blant klinikk-/avdelingslederne *selv* virker det som om 'Raskere tilbake' er godt forankret. Det synes som om *informantene på dette nivået først og fremst forholder seg til 'Raskere tilbake' som styringssignaler fra eier som skal og bør følges*. Her er det imidlertid et metodisk forhold som bør nevnes: Vi har kun intervjuet klinikk/avdelingsledere på klinikker som *har etablert et tilbud* innen 'Raskere tilbake'. Dette vil altså være klinikker/avdelinger som har vært gjennom en etableringsprosess, og der lederne i utgangspunktet muligens var mer positive til ordningen enn de som har valgt å ikke etablere tilbud eller de som avventer etablering.

Når dette metodiske forbeholdet er tatt, er det interessant å se på den diskrepansen i mottakelsen av 'Raskere tilbake' som synes å eksistere mellom administrativt personal, klinikk-/avdelingsledere (som i vårt utvalg i overveiende grad er sykepleiere) og leger. Det synes som om legene i større grad har vært kritiske til tilskuddsordningen og problematisert den blant annet i forhold til prioriteringsskriften. Som vi vet fra organisasjonsvitenskapen og andre reformer/tilskuddsordninger, som blant annet "Kjøp av helsetjenester i utlandet"

(Johnsen og Johansen 2003), har legene generelt en mer autonom kultur i forhold til styringssignaler fra eier, enn sykepleiere og administrativt personell (Mintzberg 1983). I forbindelse med 'Raskere tilbake' er det også interessant å se at mens legenes skepsis mot 'Raskere tilbake' begrunnes med etiske argumenter, så synes sykepleiernes og det administrative personalet sine holdninger til 'Raskere tilbake' i større grad å begrunnes i en økonomisk logikk eller *nytteetikk*, der en rekke faktorer som økonomi, reduksjon av ventelister, og redusert ressursbruk/effektivitet taes med i betraktning (Skjöld-Johansen 2005). Med bakgrunn i en slik nytteetikk ser ikke det administrative personellet eller klinikk-/avdelingslederne det nødvendigvis som problematisk at det er de med lettere lidelser som prioriteres. Noen sitater kan illustrere dette:

"Jeg tror det er en vinn-vinn situasjon. Fordi du tar de enkleste utover arbeidstiden og så kan du si at en som virkelig har problemer får hjelp uansett" (Koordinator 7); "Vi hadde lange ventelister, og en god del av ryggene trenger en enklere form for påvirkning og trening som gjør at de mye raskere kan komme tilbake til jobb. Poenget vårt er at desto tidligere vi får tak i dem, jo raskere kan de komme tilbake" (Klinikk 5); "(...) jeg ser jo at den gruppa som er kroniske, som er langtidssykmeldte og har store plager, de har mindre nytte av dette. Så det blir et tilbud til de friskeste. Samtidig ser jeg at det kan hindre utvikling av enkelte kroniske ting" (Klinikk 2).

Informantene fremhever 'Raskere tilbake' som en nyttig ordning med referanse både til reduksjon av ventelister og generell samfunnsmessig gevinst ved at folk kommer tilbake i arbeidslivet og ved at man kan forhindre utvikling av kroniske tilstander.

Til slutt kan det nevnes at skepsisen blant legene også knyttes av enkelte til erfaringer med tidligere sykepengeprosjekter. Som en koordinator sier:

"Men vi er mer skeptiske til å bli påtvunget mindre realistiske prosjekter. Altså tidligere sykepengeprosjekter har vært litt sånn politisk fargede prosjekter som på en måte har savnet litt grunnlag og det har vært vanskelig å finne pasienten som man tenker skal få hjelp gjennom slike prosjekter" (Koordinator 4).

I sitatet ovenfor refereres det til "politiske fargede prosjekter". Dersom 'Raskere tilbake' gjennomgående oppfattes på en slik måte av legepersonell, så kan dette bidra til å hemme implementeringen og driften av ordningen. Vi har ikke grunnlag for å hevde at det er slik annet enn å vise til den uttalte skepsisen. Dersom dette er holdninger som er framtreddende, er

det imidlertid behov for å motivere fagmiljøene ytterligere, selv om signalene fra eier framstår som tydelige nok.

Samtidig som vi registrerer en viss skepsis til Raskere basert på prioriteringsforskriften og tidligere erfaringer med ”påtvungne prosjekter”, så hevder flere av informantene på klinikk-/avdelingsleder nivå at finansieringsordningen har virket *stimulerende når det gjelder* å opprette tilbud. Noen informanter påpeker at ordningen gav dem mulighet til å opprette tilbud de før har ønsket å etablere, men som det ikke har vært midler til. Noen sitater kan illustrere dette:

”Vi var så vidt begynt å tenke på dette tilbudet, og når dette kom så fikk vi jo midler til å gjennomføre det” (Klinikk 1, mestring); ”Det stimulerer til dobbelt inntekt i forhold til det vanlige og de pasientene tar du klart svært gjerne i mot. Det pynter på tallene” (Klinikk 2, sammensatte lidelser); ”Motivasjonen var den faglige delen. Det var et tilbud vi mente vi burde ha i avdelingen. Man hadde begynt å sysle med tanken, men så så man at man ikke hadde økonomiske ressurser” (Klinikk 4, tverrfaglig ryggpoliklinikk).

7.5.2. utfordringer i implementeringsarbeidet

På bakgrunn av intervjuene med de to informantgruppene er det mulig å identifisere tre hovedutfordringer som informantene peker ut:

- i) Implementeringen skjedde svært raskt,
- ii) Høye lønnskrav ved ansettelse i prosjektene,
- iii) Systemene rundt er ikke klare til å ta i mot ‘Raskere tilbake’ pasientene ved ferdig behandling.

”Ordningen kom brått på”

Både fra koordinatorene og på klinikk-/avdelingsledernivå i helseforetakene rettes det kritikk mot at ordningen kom brått på, og mot manglende planlegging fra sentrale myndigheter og fra RHFene:

”Det en var en stor utfordring at mange var rådvile, verken RHFet og SHdir visste hvordan de skulle håndtere dette, så det ble veldig mye kaving til å begynne med (...)Det er greit nok det

som kommer fra departementet, synes det er godt forklart. Så det var nok mer koordineringen fra RHF, finansiering og rapportering og få systemene rundt det” (Koordinator 1); ”De [styringsdokumentene] har vært lange og omstendelige og ikke gitt svar på noen av de veldig konkrete tingene, spørsmålene som har vært viktige for prosjektet. De er klare nok på en måte, men samtidig er det helt klart at det er laget på et overordnet nivå der man ikke klarer å se de spørsmålene som kommer i hverdagen” (Koordinator 3); ”Utfordringen er å hente ned tråden. Det er veldig vide rammer, noe er veldig konkret men samtidig virker som om de konkrete tingene ikke er helt, helt gjennomtenkt” (Koordinator 6); ”Informasjon har vært den største utfordringen. Jeg kunne tenkt meg mer info om hva det egentlig handler om. Kunne også tenkt meg tips på logistikk” (Koordinator 7); ”Vi fikk greie på det seint og måtte komme veldig fort i gang. Vår styrke var at vi hadde prosjektet allerede og kunne komme fort i gang” (Klinikk 5); ”Planene enten sentralt eller hos RHFet burde ha vært bedre, sånn at uklarhetene ble mindre og oppstarten kunne skjedd fortere og det hadde vært mindre behov for avklaringer eller spesialordninger” (Klinikk 3).

Et flertall av de intervjuede koordinatorene, som har direkte kontakt med RHFene og som skal fungere som et mellomledd mellom RHFet og klinikk-/avdelingsledere i forhold til ‘Raskere tilbake’, er til tross for kritikken om at dette har vært en ”hastverksprosess” svært godt fornøyd med samhandlingen med RHFet. For alle helseregionene gjelder det også at mens informanter fra visse helseforetak retter kritikk mot det regionale helseforetaket for uklarheter og mangelfull informasjon, fremhever andre informanter *i samme helseregion* et godt samarbeid og god informasjon fra RHFet. *Etter vår vurdering er det dermed nærliggende å slutte at kritikken i større grad er et resultat av en rask implementeringsprosess der veien til en viss grad måtte ”bli til mens man går”, enn av manglende implementeringsvilje på RHF-nivå.*

En kritikk som likevel rettes direkte mot RHFene er sen tilbakemelding på økonomiske rammer og valg av prosjekt. Denne kritikken kommer fra ulike nivåer i helseforetakene, og det synes som om dette har vært en årsak til frustrasjon i helseforetakene, og til at prosjekter har kommet seinere i gang enn det som var mulig fra avdelingenes side. To informanter sier blant annet:

”Vi fikk veldig seint svar på om vi fikk videre midler. Prosjektet gikk ut i 2007 og så fikk vi ikke beskjed om vi fikk videre midler skriftlig før i slutten av februar 2008” (Klinikk 1). ”De to

største utfordringene har vært uryddighet og manglende tilbakemeldinger på midler og prosjekt” (Koordinator 10);

Også her vil vi imidlertid peke på at kritikken bør ses i sammenheng at RHFene har stått under et stort tidspress i forbindelse med implementeringen av ordningen, der enkeltheter ved finansieringsordningen er blitt presisert og justert underveis. Som vist i kapittel 3, kom nye presiseringer fra HOD så sent som i november 2007. På den andre siden kan man stille spørsmål ved hvorfor HOD så seg nødt å komme med nye presiseringer så langt ut i implementeringsprosessen. Trolig har tolkningen av styringssignalene vært for sprikende.

”Ublu lønnskrav”

Måten å organisere bemanningen av prosjektene varierer mellom hvert enkelt HF. Mens noen HF har leid inn ekstra bemanning eller ansatt nye medarbeidere, har andre valgt å bemanne prosjektene gjennom overtidsarbeid. I intervjuene beskriver prosjektkoordinatorene ulike måter å organisere arbeidskraften på (overtidsbetaling/prosjektstillinger/fritidsarbeid). Flere av koordinatorene viser til at en sentral utfordring i implementeringsarbeidet har vært lønnsforhandlinger ved (ny)ansettelser i prosjektene:

”Vi har drøftingsmøter med det enkelte fagforbund nå. Vi foreslo en lønn når vi startet i juni som alle aksepterte på klinikknivå, men det har vist seg at det har vært ukultur på at det enkelte prosjekt har gått på ulike lønnstrinn, og det har blitt konkurranse internt (Koordinator 7); ”Man har opplevd faggrupper som har krevd nesten halvannen gang så mye som det som ville være naturlig for den faggruppen. Som ikke helt skjønner at pengene skal tjenes inn gjennom pasientaktivitet” (Koordinator 3); ”Lønns spørsmålet har vært problematisk. Når det gjelder dagkirurgi så har vi ikke havnet på en løsning, og jeg vet ikke om det blir en intern løsning eller om vi sier; ’nei, dette kan ikke vi gjøre, og dette får vi organisere gjennom private” (Koordinator 1).

Som en av informantene ovenfor hevder, kan lønns spørsmålet i enkelte sammenhenger bli så vanskelig at det hindrer at tilbud kan opprettes. Bruk av private leverandører kan i så måte fremstå som enklere enn å opprette egne prosjekter på siden av ordinær drift.

7.6. Private leverandører til NAV – ”til påske løsner det”

Når det gjelder leverandørene av helse- og rehabiliteringstjenester til NAV, så er det en mulig skjevhet i det empiriske materialet som må bemerkes. For å få innsikt i erfaringene til leverandørene, har vi intervjuet en overvekt av leverandører som er a-leverandør på ett eller flere tiltak. Flere av disse er imidlertid også b-leverandører eller c-leverandører på enkelte tiltak, og har derfor også innsikt i hvordan tilbuds- og etterspørselssituasjonen er for leverandører med slik status. Vi har imidlertid bare intervjuet en bedrift som kun er b-leverandør, og ingen som kun er c-leverandør. Vi har altså få erfaringer fra denne typen leverandører. Det er grunn til å anta at b-, og c-leverandørene, som i mange fylker har hatt svært få eller ingen henvisninger, ville formidlet enkelte andre synspunkter enn de vi her presenterer.

Vi har videre kun intervjuet leverandører på *dagtilbudet* innen helse- og rehabiliteringstjenester. NAV har også opprettet et døgntilbud for arbeidsrettet rehabilitering.

I dette delkapittelet vil vi se på:

- i) Informantenes forventninger til og forståelse av ordningen
- ii) Leverandørenes erfaringer med ordningen så langt
- iii) Anbudsprosessen og organiseringen i a-, b- og c-leverandører

7.6.1. Store forventninger til ordningen – få henvisninger

Det overordnende inntrykket informantene formidler er en stor tro på ordningen, samt en frustrasjon over at det har kommet så få henvisninger.

Informantene hevder at ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester representerer et viktig og nytt tilbud til en utsatt målgruppe, og formidler en forventning om at ordningen vil få folk raskere tilbake i jobb, eventuelt bidra til hurtigere avklaringer. Dette er en generell tendens som synes å gjøre seg gjeldende *uavhengig* av antall henvisninger leverandørene har fått. To sitater kan illustrere denne forståelsen av ordningen:

”Jeg tror at hvis denne ordningen blir godt kjent hos legene og i NAV-systemet, så kan det være en ordning som kan medføre at personer ikke glir sakte, men sikkert ut av arbeidslivet uten at det blir tatt noe beslutning” (Leverandør 1); ”Det har ligget i inkluderende arbeidsliv i flere år nå at

man skal hindre utstøting, og dette er det første konkrete tiltaket som er satt i gang for å hindre utstøting fra arbeidslivet (...) jeg tror det er et tiltak som bør være der og som vil komme til å være der” (Leverandør 4).

De fleste leverandørene hevder at ordningen i liten grad stiller krav til ny metodikk eller nye arbeidsmetoder, men at det er *målgruppen* for de tre tiltakene og også til dels *økt arbeidsplassfokus* som skiller seg fra andre tilbud leverandørene allerede tilbyr/har tilbudt. For enkelte av leverandørene, herunder spesielt attføringsbedriftene som utgjør en stor gruppe, er det nytt at brukerne som en hovedregel fortsatt står i et arbeidsforhold. Leverandørene vektlegger ellers at tilbudet gir mulighet for å *sette inn tiltak tidligere i sykmeldingsperioden enn før*. Flere trekker videre fram at brukergruppen kjennetegnes av at de har sammensatte tilstander, og at tilbudene har en stor grad av tverrfaglighet med mye rom for individuell tilpasning. Noen sitater kan illustrere noen av momentene vi har vært inne på her:

”Jeg tror det er veldig mye psykosomatisk i dette her, det er så sammensatte ting. Det går på psykisk og fysisk og arbeidsmiljø og der kommer vi inn og kan være nøytral i forhold til arbeidsgiver og arbeidstaker og se begge veier” (Leverandør 4); ”Jeg synes vi har fått en del sånne brukere hvor diagnoser har vært litt uklare. Og graden av arbeidsevne har vært veldig uklar hos mange” (Leverandør 6); ”Dette er en helt annen målgruppe. Man kommer inn mye, mye tidligere i sykefraværshistorikken” (Leverandør 3); ”Jeg håper de viderefører dette, fordi dette er noe jeg har veldig tro på. Her har vi mulighet til å sette inn tiltak tidligere. Dess lenger du venter, jo vanskeligere er det å komme tilbake på jobb. Samtidig er det sånn at når du kommer inn som tredjepart så ser du det på en litt annen måte, og ser kanskje lettere hva som må gjøres (Leverandør 12).

Få henvisninger

De fleste av informantene er kritiske til det de mener har vært en stor treghet i implementeringsprosessen, og dette er en stemning som preget intervjuene i stor grad. Et flertall av leverandørene fremhever at de har fått færre henvisninger enn forventet og retter i denne forbindelse *kritikk mot NAV for å være dårlig forberedt på implementeringsprosessen, og for manglende kunnskap om ordningen i lokalkontorene i NAV*. To leverandører sier for eksempel at:

”Utfordringen på organisatorisk plan er at vi føler at vi får for lite avrop i forhold til det vi oppfatter er til stede i systemet (...) Det som har vært vanskelig er at vi opplever at NAV trygd

var lite forberedt på disse tjenestene. Vi føler at NAV sentralt ikke har markedsført og forberedt igangsettingen av disse tjenestene på en så god måte som ønskelig. Vi har måttet drive en god del markedsføring ut på lokale NAV trygd kontor (Leverandør 4); ”Det jeg etterlyser og som mangler veldig er en mye mer offensiv holdning fra NAV. Og da snakker jeg om alt fra sentralt, men ikke minst også det sentrale leddet på fylkesnivå. Det er altfor lite trykk i det” (Leverandør 8); ”Direktoratet synes jeg har vært dårlig i sin markedsføring, NAV synes jeg også har vært litt passiv. RHFet, som er det jeg kjenner mest til, har vært litt mer på banen. De har en mer oversiktlig hjemmeside med linker, mens NAV har vært litt mer diffuse. Det står du må ta kontakt med NAV lokal for å få mer informasjon om ordningen, og NAV lokal kjenner ordningen veldig dårlig (Leverandør 11).¹⁴

Som det fremgår i sitatene ovenfor, retter flere leverandører kritikk mot NAV fylkesnivå for deres informasjonsarbeid internt mot NAV lokal. Som vi var inne på ovenfor, synes det å være stor variasjon mellom fylkene i forhold til grad av og type informasjon mot lokalkontorene.

Leverandører i fylker med flere henvisninger er naturlig nok mer fornøyd med det arbeidet som er gjort fra NAV sentralt og på fylkesnivå. Enkelte leverandører fremhever på sin side at det er å forvente at implementeringen av slike prosjekter ”tar litt tid”:

”Jeg har en forventning om økt brukerantall, og det ser det ut som vi får. Vi er stort sett fornøyd vi, sånn i forhold til brukerantall også, vi ser at det stiger og vi kjenner det fra andre store prosjekter at det tar litt tid. Vi har hatt ro i sjela” (Leverandør 6).

Sitatet illustrer et generelt poeng: Det tar tid å implementere en sammensatt reform som unektelig innebærer nye prosedyrer og organiseringsmåter.

Konsekvenser av en ”treg start”

Leverandørene peker på ulike konsekvenser av få henvisninger. For det første har flere valgt å ikke ansette eller utsatt ansettelser av nytt personell på grunn av manglende henvisninger. Ansettelsesstrategien har vist seg å være problematisk. Antall henvisningene har tatt seg opp og bedriftene får bemanningsproblemer. En leverandør sier i denne sammenhengen at: ”Jeg

¹⁴ Leverandøren leverer både til RHFet (Raskere tilbake) og til NAV (helse- og rehabiliteringstjenester).

var i en tilsettingsprosess i august¹⁵, og den måtte jeg stanse fordi sakene ikke kom. Nå når de kommer så har jeg fått noen problemer” (Leverandør 5). En annen leverandør viser til at de ikke har turt å ansette ny arbeidskraft og derfor er blitt avhengig av å leie:

”Vi har vært nøkterne og vi har reddet oss fordi vi ikke ansatte en del med folk, men svakheten er at jeg må bruke mye tid på å organisere folk når vi får oppdrag (...) vi har måttet leie inn folk, og det er dyrere for oss enn en ansatt” (Leverandør 8).

For det andre hevder enkelte leverandører at manglende henvisninger gjør det vanskelig for dem å utvikle tilbudet sitt tilfredsstillende. To leverandører sier i denne forbindelsen at:

”Den største utfordringa har vært dette med om vi skal ansette noen eller ikke. Når vi hadde fått et visst antall, så ville vi ansatt noen flere, og da ville tilbudet blitt bedre også” (Leverandør 12);
”Vi må tenke annerledes enn for eksempel tiltaksstrukturen til NAV, vi må tenke annerledes enn medisinsk rehabilitering. I dette ligger et utviklingskonsept som vi aldri får gjort noe med fordi vi ikke har en pasient (...) poliklinisk arbeidsrettet rehabilitering er et nytt konsept i Norge, og det må utvikles rutiner og konsepter som gjør at man får optimalisert det som NAV har hatt som intensjon” (Leverandør 2).

For det tredje påpeker en leverandør, som har flere underleverandører, at forsinkelsen svekker legitimiteten til ordningen og NAV hos underleverandørene. Enkelte underleverandører har ønsket å trekke seg fra samarbeidet. Konsekvensen er at hovedleverandør blir mindre leveringsdyktig enn ved oppstart av anbudsperioden. En leverandør hevder at:

”Vi var full av entusiasme rundt 1.1 og tenkte at ’nå skjer det noe’ (...)Etter det har det vært vanskelig å hode entusiasmen oppe hos underleverandører, og vi har faktisk mista noen og er i mindre leveringsdyktig stand i dag enn det vi var for et halvt år siden (...) Det som har vært den største utfordringen er å se våre underleverandører i øynene. Verken vi eller nav framstår med stor troverdighet” (Leverandør 2).

Treghet i henvisningene synes dermed for ulike leverandører å ha ført til:

- problemer med ansettelser,
- forsinkelser i utviklingen av tilbudet,

¹⁵ Leverandørene var innstilt på at ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester skulle komme operativt i gang fra august 2007.

- at bedriften blir mindre leveringsdyktige ved at underleverandører trekker seg fra samarbeidet,
- frustrasjon ovenfor NAV.

7.6.2. Erfaringer med ordningen så langt

I dette avsnittet vil vi på bakgrunn av intervjuene kort peke på noen sentrale erfaringer informantene hevder å ha gjort seg så langt. Disse omhandler:

- i) motivasjonen hos bruker,
- ii) hvorvidt bruker er tilstrekkelig utredet ved oppstart av tiltak,
- iii) NAV trygd som bestiller – en ny relasjon for mange,
- iv) erfaringer med kjeding i praksis,
- v) ordningens kompleksitet.

De fleste av leverandørene som har hatt brukere inne på tiltakene fremhever at de *opplever at brukerne har vært svært motiverte*, og at erfaringene så langt er positive. En leverandør viser til at de har merket en endring i at brukerne er mer motiverte, og forklarer dette med økt kjennskap til ordningen hos NAV lokal:

”De er bedre motiverte. Det tror jeg er fordi saksbehandleren i NAV nå vet mer hva det er sånn at de forteller om det. Og så har vi gitt noen tilbakemeldinger underveis i forhold til at det er litt uheldig å føle at en kommer til noe en ikke vet noe om og føler at det er litt tvang” (Leverandør 9).

Sitatet illustrer et viktig poeng: Det er *frivillig* om brukeren vil delta på kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, og dette gjør brukerens *motivasjon* og ønske om å delta til en forutsetning for en god måloppnåelse. Som nevnt ovenfor, viser saksbehandlerne til at de har problemer med å selge inn et tiltak de ikke selv forstår helt innholdet i. Det er nærliggende å tro at med flere gode eksempler som synliggjør tiltakene, vil det være lettere å rekruttere sykmeldte inn på tiltakene, og brukerne vil bli mer motiverte. I denne sammenhengen kan det nevnes at *mange av saksbehandlerne vektlegger direkte informasjon fra og kontakt med leverandørene som en svært viktig informasjonskanal*. Flere saksbehandlere hevder at leverandørene har vært viktigere for deres forståelse av tiltaket enn det informasjonen fra fylket har vært.

En annen erfaring som enkelte av leverandørene fremhever, er imidlertid *at brukerne i mindre grad enn forventet er ferdig utredet*. To av leverandørene sier i denne sammenhengen at:

”Det jeg kan si det er at NAV gjorde et nummer av at det ikke skal være så medisinsk rettet, det lå i vilkårene at disse skulle være ferdig medisinsk utredet når de kommer, og det er en illusjon at de er ferdig medisinsk utredet. Vi er nødt til å foreta den medisinske kartleggingen når de kommer, for å kartlegge deres funksjonsnivå. De kommer med uavklarte medisinske problemstillinger ” (Leverandør 11); ”Det vi har erfart på henvisningene det er at de ikke er avklart. De er kanskje avklart i forhold til fysisk lidelse, men helheten er ikke avklart, arbeidsforholdet er ikke avklart. Så må vi ta et steg tilbake og avklare likevel” (Leverandør 7).

Flere av attføringsbedriftene, som utgjør en stor andel av leverandørene, trekker videre fram at det er NAV arbeid som har vært bestiller i forhold til for eksempel attføringstiltaket, og at det er en kulturell utfordring å skulle begynne å samhandle med NAV trygd som i større grad har jobbet med rene økonomiske ytelser. To leverandører sier at:

”Vi har hatt et veldig tett og godt samarbeid med NAV arbeid og har utviklet innhold og retningslinjer for tjenestene i tett dialog og definerte samarbeidsmøter, så det er klart at når vi skal begynne å samhandle med NAV trygd som ikke har en tenkning på å jobbe med aktivitetsfremmede ytelser, men mye med økonomiske ytelser, så har det vært noe nytt og venne seg til” (Leverandør 3); ”Den største utfordringen sånn jeg oppfatter det er at NAV trygd ikke har jobbet på den måten før, de har ikke henvist folk eller sine klienter ut til eksterne tjenester i særlig grad tidligere. NAV arbeid har jo en helt annen erfaring med det, de har jo jobbet utad” (Leverandør 4).

Leverandørene vektlegger imidlertid at dette handler om læringsprosesser som tar tid for begge parter, og formidler en tro på at dette vil ”gå seg til” med tiden. De aller fleste leverandørene understreker videre at de opplever saksbehandlerne på NAV trygd som motiverte i forhold til ordningen.

I forskriften står, som nevnt, avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging oppført som tre enkeltstående tiltak, selv om det presiseres at oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering kan kombineres ”når dette er hensiktsmessig”. I anbudsprosessen ble det også presisert ovenfor leverandørene at tiltakene skulle forstås og organiseres som tre enkeltstående tiltak. Leverandørene hevder at erfaringene så langt er at det i enkelte tilfeller er hensiktsmessig at

brukeren går fra et tiltak til et annet. I disse tilfellene anbefaler leverandør dette for saksbehandler som tar avgjørelsen og henviser på nytt. Et sentralt moment i denne sammenhengen er at inndelingen i a-, b- og c-leverandører kan føre til at brukeren må bytte leverandør ved overgang til et nytt tiltak. Dette kommer vi nærmere tilbake til nedenfor.

Et siste moment som synes sentralt når leverandørenes erfaringer skal nevnes, er at flere kommenterer det de ser på som en kompleks ordning med mange/for mange tiltak. Dette støtter opp under erfaringer både fra fylkesnivået i NAV-systemet og NAV lokal som vi har vært inne på ovenfor. Sitater fra tre ulike leverandører kan illustrere dette:

”Jeg deler tankene at det er for mange tiltak. Tiltakene er for like og vi klarer ikke å finne de særlig smale behovene i målgruppa (...) Jeg synes det er noen kunstige skiller. Det skal være forståelig for brukeren og det skal selges inn til brukeren. Så jeg tenker at vi bør smale det inn” (Leverandør 6); ”Egentlig kunne det vært en tjeneste som skulle inneholde disse tre delene, der man kunne starte med å avklare og finne ut hvilke tjeneste det eventuelt var nødvendig å gå videre med” (Leverandør 1); ”Jeg tror disse tiltakene kunne vært redusert til ett eller to, de går så inn i hverandre”(Leverandør 12); ”For oss hadde det vært lettere å få en innsøking hit og hatt en kontaktperson hos NAV som vurderte sammen med oss hvilke tjeneste som var mest hensiktsmessig. Fordi vi ser at det er feil innsøkinger”(Leverandør 8).

Dette er ikke en entydig holdning hos leverandørene, og enkelte hevder at de ”ikke skjønner” hvorfor dette omtales som komplekst. Likevel er det interessant at flere av leverandørene fremhever nettopp dette momentet som vi også har sett fremhevet fra de to andre aktørgruppene.

7.6.3. A- b- og c-leverandører: pragmatisme i praksis?

De fleste av leverandørene oppgir å være godt fornøyd med anbudsprosessen og måten den ble avholdt på. Som vi var inne på ovenfor, er det imidlertid en mulig skjevhet i datamaterialet på dette punktet i og med at vi i hovedsak har intervjuet leverandører som er blitt a-leverandør på ett eller flere tiltak.

Enkelte leverandører viser til problematiske aspekter med ordningen med a-, b-, og c-leverandører. Et forhold som fremheves av enkelte i denne sammenheng er leverandørenes geografiske plassering. En leverandør sier at:

”Jeg synes a- og b-leverandørrollen er problematisk, det er veldig vanskelig å selge og det mangler en logikk som gjør at produktet er vanskelig salgbart” (Leverandør 2).

Leverandøren, som er en b-leverandør, viser her til at de har en underleverandør på et tiltak i en del av fylket som ligger avstandsmessig langt vekk fra den kommunen der a-leverandør på tiltaket har sin virksomhet. B-leverandøren hevder at det er vanskelig å overbevise saksbehandlere og brukere om logikken i at brukeren da må reise til et annen del av fylket, når det eksisterer et lignende tilbud i hjemkommunen. En a-leverandør i et annet fylke argumenterer på samme måte og sier: ”Jeg er ikke helt fornøyd med det [fordelingen mellom a-, b- og c-leverandører i fylket]. Vi kunne gjerne splittet opp fylket mer” (Leverandør 8). Her er situasjonen at a-leverandør opplever det tungvint å måtte dra flere timer til en annen del av fylke, for å levere en tjeneste som b-leverandør i denne delen av fylket kan levere.

Den sistnevnte a-leverandøren ovenfor hevder at de har kommet fram til en forståelse med NAV om at de ikke kommer til å ta noen brukere i den mer perifere delen av fylket, men overlater disse til b-leverandør. Dette viser til en *pragmatisme som i praksis synes å kjennetegne ordningen mellom a-, b-, og c-leverandører*. Intervju-undersøkelsen viser at både leverandører og NAV til en viss grad omgår rangeringen hvis dette oppfattes som mest hensiktsmessig i forhold til brukerens ønsker og behov. Dette er blant annet en situasjon som kan oppstå om bruker har vært inne på et tiltak hos en leverandør og er blitt anbefalt henvisning til et tiltak som en annen leverandør er a-leverandør på. Det kan være uheldig for brukeren å måtte bygge opp tilliten på nytt til en helt annen leverandør. Flere leverandører viser i denne sammenhengen til situasjoner hvor de selv både ”går forbi” a-leverandør på et tiltak, og er blitt ”forbigått” av b/c-leverandør på et annet tiltak. Dette kan illustreres med to sitater:

”Vi går forbi a-leverandør fordi vi tenker det vil være hensiktsmessig om vi får følge saken videre, og NAV hadde en [annen] sak på avklaring som de valgte å sende direkte til b-leverandør, fordi vedkommende ønsket seg ikke til oss” (Leverandør 4); ”Der hvor bruker har gått hos a-leverandør på en av de andre tjenestene, så hender det at bruker ønsker å bruke den samme leverandøren, det har noe med trygghet og tillit å gjøre. Det har stort sett gått i vår disfavør, men vi har sagt det er greit. Da tar vi hensyn til bruker og gir avkall på den brukeren” (Leverandør 3).

8. Informasjonsformidling og styringssignaler

8.1 Innledning

Fra sentralt hold, dvs. direktoratene, har man stått overfor en avveining mellom hvor raskt man skulle iverksette informasjonstiltak i forhold til hvor robust ordningen er implementert lokalt. Den langsiktige informasjonsstrategien ble da også først satt ut i livet på høstparten 2007. Det er verdt å merke seg at ansvaret for kommunikasjon og informasjon om ordningen *utad*, blant annet mot potensielle brukere og fastleger, ble lagt til helseforetakene.

Tilskuddsordningen er en ”top-down” ordning, som har fått stor tilslutning jf. kap. 7. Effektiv informasjonsformidling til rett tid fra sentralt hold er likevel avgjørende faktorer for at man skal kunne bidra til handlingsorientert kunnskap på lokalt nivå. Vi finner at saksbehandlerne i NAV uttrykker at de har for liten kunnskap til å benytte ordningen i den utstrekning de selv ønsker. NAV fylkesnivå er tillagt ansvaret for å være en pådriver i informasjonsarbeidet og tilretteleggingen av ordningen lokalt.

Spesialisthelsetjenestene er volummessig i en annen stilling enn NAV, og dette kan tyde på at ordningen oppleves som enklere å ”drifte” for sykehusene enn for lokale NAV-kontorer. Man skal i denne sammenheng merke seg at ‘Raskere tilbake’-prosjektene innenfor sykehussektoren framstår som kjente tiltak for de fagpersonene som er knyttet til prosjektene, mens ‘Raskere tilbake’ - tiltakene innen NAV-systemet fremstår som tiltak som krever en ny form for tilrettelegging og kunnskap fra saksbehandlerne side. I prinsippet skal saksbehandlerne under ‘Raskere tilbake’ treffe beslutninger om gode behandlingsopplegg/tiltak for enkeltindivider, og ikke som tidligere kun henvise en klient til en attføringsbedrift eller rehabiliteringsinstitusjon, som så avgjør innholdet i behandlingen.

8.2. NAV fylke - Informasjonsformidlingen til lokalt nivå, arbeidsgivere og fastleger

Når det gjelder informasjonen til lokalkontorene, er vår oppfatning at *type og grad av informasjon varierer sterkt mellom fylkene*. Ansvaret for informasjonsarbeidet ligger på fylkesnivået. Mens enkelte fylker har prioritert denne oppgaven i stor grad, har andre i mindre

grad drevet et aktivt informasjonsarbeid mot lokalkontorene. *Vår vurdering er det er en nær sammenheng med i hvilken grad fylket har prioritert informasjonsarbeidet internt ned mot førstelinjen og lokalkontorenes bestillingskompetanse.* Ordningen oppfattes som svært kompleks av saksbehandlerne. Uformell kommunikasjon i mindre grupper der det er mulig å stille ”de dumme spørsmålene” og en tett samhandling mellom fylkeskoordinator og saksbehandler synes derfor å ha blitt særlig viktig i implementeringen av ordningen. Det virker som om informasjonen internt har vært bedre i de fylkene som har opprettet en egen stilling for prosjektkoordinator.

Informasjonsformidlingen innad i NAV-systemet til NAV lokal synes i flere fylker å være et svakt punkt i implementeringen av ordningen så langt. Både leverandører, prosjektkoordinatorer og klinikk-/seksjonsledere i helseforetakene retter fra sitt ståsted kritikk mot NAV for manglende kunnskap om ordningen på lokalt nivå og dermed også mot fylkesnivået i NAV som har et viktig ansvar som pådrivere i ordningen. Kritikken kan synliggjøres med to sitater fra leverandørene som har daglig kontakt med NAV:

”På direktoratnivå synes jeg det [markedsføringen] har vært greit. På fylkesnivå skulle jeg ønske at de hadde gått ut mer systematisk til de forskjellige NAV kontorene. Det de gjorde var å kalle inn til 2-3 sentrale møter i begynnelsen av tiltaket. Med der var en fjerdedel av de som trengte informasjon. Min erfaring er at brorparten av de på kontorene har ikke hørt om det, de har ikke peiling” (Leverandør 2); ”Markedsføringen fra NAV er etter mitt syn altfor dårlig og det mener jeg å kunne dokumentere når vi er et halvt år etter at tjenesten er satt ut i livet og det lokale NAV kontoret ikke har peiling på hva dette er for noe” (Leverandør 1).

Vår vurdering at det er en tendens til at NAV lokal ikke i tilstrekkelig grad er informert om ordningen og at dette er et område som fortsatt bør prioriteres, jf. diskusjonen i avsnitt 7.4.

Informasjon til fastlegene og arbeidsgivere er også svært viktig for at ordningen skal taes i bruk. Kjennskap til ordningen legger grunnlag for initiativ fra arbeidsgiver eller fastlege, og en forståelse av innholdet i ordningen bidrar til å gi den legitimitet hos disse aktørene. Kontakten til arbeidsgiver skjer først og fremst gjennom Arbeidslivssenteret, i tillegg til den daglige kontakten mellom arbeidsgiver og saksbehandler i NAV førstelinje. Når det gjelder fastlegene så har fylkeskontorene informert legene skriftlig om ordningen, samt at de fleste også har invitert fastlegene på de ulike informasjonsmøtene og fagsamlingene om ordningen

som er avholdt i løpet av høsten 2007. Samlingene er imidlertid ofte blitt avholdt i legenes arbeidstid, og få leger har derfor hatt anledning til å komme.

Kommunikasjonen med fastlegene i forhold til ordningen skjer ellers først og fremst gjennom de faste legemøtene. I spørreundersøkelsen vi vil gjennomføre ovenfor fastlegene, vil vi blant annet fokusere på i hvilken grad fastlegene hevder å være informert om ordningen og hvilken rolle NAV på ulike nivå har hatt i informasjons- og markedsføringsarbeidet. Samhandlingen mellom NAV og spesialisthelsetjenesten omtales nedenfor.

Et moment som synliggjør ulik oversettelse av styringssignalene mellom fylkene, er forståelsen av tiltakene som først og fremst kjedede eller som enkeltstående tiltak. Fylkeskoordinatorene er delte i sine meninger. Flere av koordinatorene er svært bestemte på at man må tenke tiltakskjeding i denne sammenhengen. En koordinator fra et av fylkene som har relativt høy andel henvisninger sier i denne sammenhengen: ”Det er jo en tiltakskjede. En forutsetning for rehabilitering er avklaring” (Fylkeskoordinator 9). Dette er interessant i og med at det framstår som klart beskrevet i forskriften at avklaring skal være et enkeltstående tiltak. Oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering kan eventuelt kombineres. Vi finner ikke denne forståelsen av tiltakene som ledd i en tiltakskjede igjen hos saksbehandlerne på lokalt nivå. Intervjuene med saksbehandlerne i NAV viser at de i stor grad forstår tiltakene som enkeltstående tiltak. Det må imidlertid sies at *i praksis* vil tiltakene ofte bli kjedet når leverandør anbefaler dette og saksbehandler og bruker ser behov for videre tiltak.

Når det gjelder avgrensning av målgruppen, så er den beskrevet i Forskrift om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging for sykmeldte arbeidstakere §1-2, der det står at målgruppen er ”sykmeldte arbeidstakere som mottar sykepengen etter folketrygdloven Kap. 8, eller som gjorde det da tjenesten ble tildelt”. Likevel har et fylke¹⁶ åpnet for at også brukere som er ferdig med sykmeldingsperioden og mottar rehabiliteringspenger kan henvises inn i ordningen i en oppstartsfase. Det synes her som om dette fylket bevisst har tilpasset og oversatt styringssignalene på den måten det finner mest hensiktsmessig. I intervjuene med fylkeskoordinatorene viser omtrent halvparten av informantene til at det faktisk at ordningen *ikke* involverer de som går på rehabiliteringspenger og beklager dette. To av informantene hevder i denne sammenhengen at:

¹⁶ Så vidt vi vet gjelder dette bare et fylke.

”Det vi har fått veldig mye tilbakemeldinger på nå, det er at ordningen ikke omfatter de som går på rehabiliteringspenger. Det er jo fortsatt en del som går på rehabiliteringspenger og som har et arbeidsforhold intakt og det oppfattes jo... i alle fall for saksbehandler, men helt sikkert også for bruker, som veldig uforståelig at de ikke inkluderes i ordningen” (Fylkeskoordinator 16); ”Jeg hører like mye beklagelse på at vi ikke har tilbud til dem som går på rehabiliteringspenger, som hurra for at vi endelig kan hjelpe denne personen [som omfattes av ordningen]” (Fylkeskoordinator 7).

Sitatene synliggjør at selv om informantene på dette nivået stiller seg svært positive til ordningen, er det en viss uenighet i NAV-systemet om inklusjonskriteriet for å få delta i ordningen. Dette er bakgrunnen for at det ene fylket bevisst har valgt å operasjonalisere ordningen på en annen måte enn forskriften legger opp til.

Til tross for at ordningen blir sett på som et viktig virkemiddel, trekker et flertall av koordinatorene fram som en kritikk at ordningen er *kompleks* i form av at den består av tre ulike tiltak; avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering. Kritikken går både på at det er vanskelig å skille tiltakene fra hverandre, og å forstå det konkrete innholdet i dem – det vil si hva tiltakene innebærer i praksis og hvilke brukere hver av dem spesifikt er rettet mot. *Fylkeskoordinatorene hevder at kompleksiteten vanskeliggjør formidling og informasjons-spredning.* To fylkeskoordinatorer sier at:

”Så det er utvilsomt en utfordring i implementeringsarbeidet, det å la saksbehandlerne få et klart bilde av hva som er innholdet i de ulike tiltakene” (Fylkeskoordinator 2) ”Det er rett og slett for komplisert... og når det i tillegg er tre underleverandører... også fordi du skal selge det til en bruker, for brukeren skal motiveres, og til legen, fordi du skjønner det knapt selv, og da er det ikke så lett å formidle det heller. Folk kvier seg litt til å begynne med det fordi de ikke er sikre på at de kan skille mellom tjenestene... så hvis vi hadde hatt noe som bare het oppfølging, så hadde det kanskje vært bedre” (Fylkeskoordinator 5).

8.2.1. Manglende bestillerkompetanse - Systemrelaterte forklaringsfaktorer?

I kapittel 7.4.2 omtalte vi et sett med ordningsrelaterte forklaringsfaktorer som kan gi innsikt i hvorfor lokale saksbehandlere i relativ liten grad har henvist til ordningen. Av systemrelaterte forklaringsfaktorer er det to som synes særlig sentrale, og som må ses i sammenheng med hverandre:

- i) informasjonsformidlingen internt i NAV-systemet,
- ii) NAV-reformen.

Informasjonsformidlingen internt i NAV-systemet

Etter vår vurdering er informasjon fra NAV fylkesnivå og fra sentralt hold til lokalkontorene en kritisk faktor i implementeringen av ordningen. Vi mener at det kan identifiseres en sammenheng mellom mengde og type informasjon fra fylkesleddet og bruken av ordningen blant saksbehandlere på lokalt nivå. Selv om det ikke er mulig å påpeke et kausalt eller statistisk forhold basert på vår metodikk, så er det en tendens til at kontorer fra fylker der det er henvist relativt mange, hevder at det har vært god og mye informasjon. I tillegg peker man på en betydelig grad av uformell kommunikasjon ute på lokalkontorene. Det motsatte er tilfelle for kontorer i fylker der det er henvist relativt få.

Til tross for variasjoner fra fylke til fylke er *vår vurdering at det er en generell tendens til at saksbehandlerne i NAV har relativt lite kunnskap om ordningen.* Erfaringen fra intervjuene som ble gjennomført er at de både har lite kjennskap til selve ordningen som sådan, til sentrale aspekter ved framgangsmåtene ved bruken av ordningen, samt til ordningen som en del av en større tilskuddsordning.

Mangelen på kjennskap til og kunnskap om ordningen blant saksbehandlerne i NAV synes videre å ha en sammenheng med informasjonsformidling fra NAV fylkesledd. Ikke overraskende synes det som om de fylkene som har avsatt en egen stilling til arbeidet med ordningen i større grad har greid å spre kunnskap om ordningen.

Et sentralt moment som bør påpekes når informasjonsstrategier skal utarbeides, er at før informasjon kan nyttiggjøres i praksis, så må den omdannes til kunnskap. Flere av saksbehandlerne fremhever at de må forholde seg til en ”jungel” av tiltak og informasjon, og det kan synes som om de får så mye informasjon at de har problemer med å finne fram på NAVet. Forskning viser også at ved for mye informasjon kan aktørene få problemer med å bedømme verdien på denne (Flaa et.al 1985). *Kvaliteten* på informasjon vil da ha større betydning enn *mengde* informasjon. I implementeringen av tilskuddsordningen synes nettopp mer uformell og oppsøkende informasjon fra fylke og fra leverandører å ha vært sentralt for å øke fokus på ordningen og for at informasjon har blitt omdannet til kunnskap.

NAV-reformen

En av de største systemrelaterte utfordringene i implementeringen av ordningen er etter vår vurdering at den sammenfaller i tid med NAV-reformen. Kritikken mot NAV i forhold til informasjonsarbeidet må etter vår vurdering ses i sammenheng med at NAV nå er inne i en reformperiode, slik vi også var inne på ovenfor. NAV-reformen er blitt beskrevet som norgeshistoriens største forvaltningsreform, og i løpet av reformperioden skal tidligere Aetat, Trygdeetaten og sosialkontorene i alle landets kommuner slås sammen til en etat. Reformen skal etter planen være ferdig gjennomført 1. januar 2010. Reformen innebærer at lederposisjoner både på fylkesnivå og lokalt nivå rokkes og må fylles på nytt, og deler av staben på lokalt nivå er i perioder under opplæring slik at kontorene tidvis mangler personell og kompetanse. Flere av fylkeskoordinatorene viser til at omstillingsprosessen har ført til at kontaktpunkter har forsvunnet, og at uformelle nettverk, som de ellers ville spilt på, er blitt oppløst.

Etter vår vurdering har NAV-reformen før det første bidratt til en stress-situasjon for saksbehandlerne. Det er kjent fra organisasjonsforskningen at slike stressituasjoner svekker evnen til å ta til seg og gjennomføre endringer (Flaa et. al 1985). Dette kan illustreres med noen sitater som fra saksbehandlerne og leverandørenes ulike perspektiv viser til problematikken:

”Nå er det masse opplæring hele tiden, og det er grenser for hva vi klarer å ta inn. Og så er det veldig mange nye saksbehandlere. Det er færre som jobbet på trygd som nå jobber med oppfølging av sykmeldte. Nå har vi fått en stor gruppe fra NAV arbeid og NAV sosial (...) Så vi har fått ganske mange nye saksbehandlere som skal lære seg hele oppfølgingssystemet og regelverket i forhold til sykmeldte (Saksbehandler 12); ”NAV- reformen skal kjøres gjennom og medarbeiderne sliter og har ikke fokus. Alle skal plutselig vite alt om NAV arbeid, om NAV trygd og sosialkontor og de sliter” (Leverandør 2); ”Timingene var jo kanskje ikke den beste når vi tenker på den store omstruktureringen som NAV er i i dag. Alle sier ’vi har saker, men det er ikke kapasitet’” (Leverandør 4).

I denne sammenhengen er det et poeng at det til dels er ulik kompetanse og forskjellige kulturer i NAV arbeid og NAV trygd og NAV-reformen fører til at disse to gruppene nå skal jobbe sammen og må lære hverandre å kjenne. I forhold til tilskuddsordningen kan vi påpeke det forhold at mens saksbehandlerne fra NAV arbeid har hatt lang erfaring med å jobbe med

eksterne tilbydere, har ikke NAV trygd den samme erfaringen og kompetansen på dette området. Motsatt har ansvaret for sykefraværsoppfølgingen ligget hos NAV trygd, og saksbehandlere fra NAV arbeid må nå lære seg prosedyrer og praksis på dette området.

Reformen synes for det andre å ha ført til at etablerte kanaler og arenaer for formell og uformell kommunikasjon er blitt brutt og rolle- og ansvarsfordeling er blitt uklare. Dette påvirker ansvarsfordelingen og kommunikasjonen internt på det enkelte NAV kontor og bidrar til at læring vanskeliggjøres. Flere saksbehandlere hevder dette:

”Jeg ringte akkurat til et av kontorene våre som er ganske stort. De har ikke noe aktivitet på kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, mens to andre kontorer har stor aktivitet. Så jeg ringte avdelingslederen, han er avdelingsleder i ytterligere to dager, og spurte han hvem jeg skulle forholde meg til, men det visste han ikke” (Koordinator 7); ”I forhold til implementeringen har det at vi var i en omorganiseringsprosess vanskeliggjort å få spredt informasjon og det å få intern opplæring (...) Det som ble problematisk var at vi var i en omorganiseringsprosess. Vi satt av en formiddag for å holde kurs for de som jobbet med oppfølging på det tidspunktet. Men det kurset ble skviset fordi det var andre ting som var viktigere. Vi kunne ha fått det mye bedre forankret hvis det hadde vært en normal situasjon” (Saksbehandler 12); ”Det [omorganiseringen] har hatt stor påvirkning, fordi det er nye saksbehandlere både i front og neste gruppe, og jeg har ikke de oppgavene jeg hadde lenger så jeg får ikke påvirket de andre på møter. Så det har nok hatt noe å si” (Saksbehandler 5).

Samtidig påvirkes kommunikasjonslinjene mellom NAV lokal som bestiller og rehabiliteringsbedriftene som utførere. To leverandører sier for eksempel at:

”Dette er et uheldig sammenfall i tid i og med at her kommer det nye tjenester som man i ulike fagmiljøer har veldig tro på er hensiktsmessige virkemidler, og så skjer det parallelt med at NAV skal reformeres. Vi sliter med at NAV ikke er så tilgjengelige for oss som de har vært tidligere” (Leverandør 10); ”Det virker på meg som om det har vært lavt prioritert fordi det er en omstillingsperiode. Mye flytting på folk og noen er usikre på arbeidssituasjonen og vet ikke hvor de skal være, og vi har merket det litt på attføringen også (...) vi må mase litt for å holde trykket oppe” (Leverandør 1).

Det bør nevnes avslutningsvis at enkelte fylkeskoordinatorer fremhever at ordningen er i tråd med en oppfølgingsmetodikk man ønsker å fremme gjennom NAV-reformen, og at

sammenfallet i tid derfor kan forsterke fokuset på oppfølging generelt i NAV. Det bør også påpekes at vi ikke kjenner den kontrafaktiske situasjonen, det vil si hvordan implementeringen hadde foregått hvis det *ikke* samtidig hadde pågått en stor NAV-reform. Likevel synes det etter vår vurdering å være grunnlag for å hevde at sammenfallet i tid med implementeringen av NAV-reformen har bidratt til å vanskeliggjøre implementeringen av ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Vi kan oppsummere:

- Saksbehandlerne befinner seg i en stresset arbeidssituasjon som vanskeliggjør læring og gjør det mer krevende å ta til seg nye ting.
- Etablerte kontaktpunkter og kommunikasjonslinjer oppløses og må skapes på nytt. Dette vanskeliggjør læring internt på kontorene, og kommunikasjon mellom fylkesnivå og lokalt nivå, samt NAV og leverandørene.
- Lederposisjoner må fylles på nytt, og i en overgangssituasjon er det uklare ansvarsforhold på kontorene.

8.3. RHFene og styringssignalene: ”veien blir til mens man går”

Representanter for RHF-nivået ble intervjuet på et forholdsvis tidlig tidspunkt av evalueringen. Vi refererer her til disse intervjuene. Nye intervjuer vil bli gjennomført på høstparten. Vi har indikasjoner på at ”stemningen” er bedret langs flere dimensjoner.

I de tidlige intervjuene fikk vi imidlertid formidlet et inntrykk av at implementeringsprosessen har vært preget av *uklarhet i styringssignalene* og i *informasjonen* fra sentralt hold. Kritikken må ses i sammenheng med at det var et stort politisk press bak ordningen og at implementeringen av ordningen ble igangsatt svært raskt fra sentralt hold. Implementeringen har fått et visst preg av ”hastverksarbeid”. Flere sentrale spørsmål ved den praktiske implementeringen på helseforetaksnivå, så vel som på klinikk- og avdelingsnivå, var ikke avklart ved oppstart, og det har dermed vært nødvendig å gjennomføre justeringer og presiseringer underveis. Vi kommer nærmere tilbake til dette nedenfor i avsnittet om helseforetakene.

8.3.1. Tolking av styringssignalene

De ulike RHFene har til dels tolket styringsdokumentene ulikt, og til en viss grad valgt ulike implementeringsløp. Det har blant annet vært uklarhet rundt hvorvidt det er ønskelig eller

tillatt å behandle/avklare 'Raskere tilbake'- pasienter i luker i det ordinære tilbudet ved ledig kapasitet, og hvorvidt det er lov å ta pasienter fra egne (ordinære) ventelister, eller om man må vente på henvisninger til 'Raskere tilbake' fra legene/sykmeldende behandlere. Helse Vest RHF var tidlig ute og sendte signaler til helseforetakene om at det var mulig å implementere 'Raskere tilbake' gjennom "luker" i det ordinære tilbudet (som oppstår ved for eksempel avbestillinger). I brev fra HOD datert 19.11.07 kom det imidlertid, som beskrevet i kap. 3, en presisering som skjerper kravet til etablering av skjermede behandlingsløp; "en forutsetning for denne ordningen er at det skal være skjermede opplegg som skal gi nødvendig sikkerhet for at midlene blir benyttet i tråd med formålet". Per 20.04.08 er det imidlertid fortsatt stor ulikhet mellom de ulike helseforetakene når det gjelder hvordan de har valgt å tolke styringssignalene om "skjermede opplegg". Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 8.5. som omhandler helseforetakene nærmere. Ulik tolkning synes blant annet å ha sammenheng med, og legitimeres med referanse til, helseforetakets størrelse, geografisk plassering (sentralitet) og "avdelingsspesifikke karakteristika" (type lidelse, pasientgrunnlag, ventelister, kapasitet).

8.3.2. Markedsføring av 'Raskere tilbake'

Enkelte av de regionale helseforetakene hevder at direktoratet eller departementet har hatt en for dårlig planlagt informasjonsstrategi ovenfor fastlegene, som henviser til ordningen. Samtidig rettes det fra helseforetaksnivå kritikk mot de regionale helseforetakene for deres rolle i markedsføringsarbeidet ovenfor fastlegene:

"En av utfordringene har vært å få god nok informasjon ut til legene i distriktet" (Koordinator 2);
 "Vår største utfordring har vært informasjonen til fastlegene. Det var en avtale når vi dro i gang dette her at RHFene skulle informere fastlegene. Men så tok det veldig lang tid, så vi måtte ta hånd om det selv og informere og etterpå ble det mye bedre" (Koordinator 12, privat klinikk);
 "Det har kommet veldig variabel og ufullstendig informasjon. Særlig i forhold til fastlegen og hvordan oppgavene skal fordeles, og også spesielt i forhold til system for henvisninger og få til dette med elektroniske henvisninger (Klinikk 6), "Jeg synes markedsføringsbiten kunne vært litt mer støttet fra helseregionen. Synes det er og var vanskelig å finne informasjon på internett. Vi er avhengig av legene for å få søkt inn pasienter og når det blir for vanskelig å finne informasjonen så gjør de det ikke" (Klinikk 1).

Det interessante i denne sammenhengen er at man bekrefter *fastlegenes sentrale posisjon*, og at ulike aktører på bakgrunn av sine daglige erfaringer hevder at det har vært *mangler ved markedsføring ovenfor fastlegene*.

8.4 NAV lokal – ”en jungel av informasjon”

Inndelingen i a-, b- og c-leverandører oppfattes som uoversiktlig, og det blir ”en jungel av informasjon” å forholde seg til i henvisningsprosedyren. To informanter sier i denne sammenhengen at:

”Vi blir henvist til navet for å finne info om leverandørene og så er det veldig mye og forholde seg til, og hvis man ikke vet helt spesifikt hva a-, b-, og c-leverandør går ut på så blir det fort en jungel å forholde seg til” (Saksbehandler 11); ”I og med at det er flere ordninger og da blir det forskjellige a- og b-leverandører, så jeg synes det er noe uoversiktlig” (Saksbehandler 5).

Inndelingen i a-, b-, og c-leverandører viser her et aspekt som til dels synes å kjennetegne ordningen. Etter vår vurdering synes det ikke som om det nødvendigvis bare er mangel på informasjon som er en utfordring, men det at det er mye og kompleks informasjon, som gjør at saksbehandlerne har vanskelig for å finne frem i og nyttiggjøre seg av informasjonen.

Et annet forhold er at organiseringen av leverandørene krever at saksbehandlerne i NAV til enhver tid holder seg oppdatert på hvor det er ledig kapasitet, for å vite hvor de skal henvise. Saksbehandlerne betegner dette som svært tidkrevende. De ulike fylkene har tilrettelagt for dette på ulike måter. Mens enkelte saksbehandlere hevder at de må ringe til leverandør i hvert tilfelle for å sjekke kapasiteten, oppgir andre at fylkesnivået til enhver tid holder dem oppdatert over intern-systemene på de ulike leverandørenes kapasitet. En tredje variant er at leverandør til enhver tid sørger for å holde saksbehandlerne direkte oppdatert. Blant annet viser en leverandør til at de har skaffet seg tilgang til mailadressene til alle aktuelle saksbehandlerne og kontinuerlig oppdaterer dem om ledig kapasitet.

8.5. Hfene og operasjonalisering av styringssignaler

Helseforetakene har oversatt og tolket sentrale styringssignaler på ulike måter, også prioritert implementeringen av ‘Raskere tilbake’ i ulik grad. Det er særlig interessant i denne

sammenhengen å se på helseforetakenes ulike praksis når det gjelder ansettelse av prosjektkoordinatorer, samt oversettelsen av kravet om ”skjermede enheter”.

Ansettelse av prosjektkoordinator

I løpet av 2007 ble det definert som et suksesskriterium for ordningen at det ble etablert henvisningsenheter for ‘Raskere tilbake’ på hvert helseforetak. Henvisningsenhetene og prosjektkoordinatorer kom på plass i de fleste HFene på forskjellige tidspunkt i løpet av 2007/våren 2008. Mens enkelte av helseforetakene tidlig ansatte prosjektkoordinatorer i full stilling, er det andre som først i løpet av våren 2008 ansatte egne prosjektkoordinatorer. Flere av prosjektkoordinatorene er også ansatt i mindre stillingsprosenter.

Prosjektkoordinatoren har hatt ansvar for å skape strukturer og kanaler for samhandling med NAV og fastlegene, for å informere de ulike avdelingene på helseforetaket om raskere tilbake, samt for å utarbeide systemer for henvisning og rapportering. Flere av prosjektkoordinatorene som har vært ansatt i mindre stillingsprosenter hevder at deres arbeid har fått karakter av ”venstrehåndsarbeid”. En informant sier for eksempel:

”Vi har ikke ansatt prosjektleder, men det er noe på gang nå. Vi har dette i tillegg til annet arbeid. Vi har ingen aktiv kontakt ut mot fastleger og den type ting, og det er det som skal bedres i den prosjektstillingen” (Koordinator 9)

Som vi vil komme nærmere tilbake til nedenfor, synes ansettelsen av prosjektkoordinatorer å være en kritisk faktor i implementeringen av ordningen. Dette gjelder både i forhold til å få på plass rutiner for rapportering og henvisning, og i forhold til et effektivt og godt samarbeid med NAV og fastlegene.

Skjermede løp – ulike tilpasninger og oversettelse av styringssignalene

Som beskrevet, var et av premissene i ‘Raskere tilbake’ at tilbudene skulle organiseres gjennom ”skjermede enheter”. Dette kravet er grunnet i den forutsetningen at ‘Raskere tilbake’ skal komme i tillegg til den kapasitet RHFene må ha for å oppfylle ”sørge-for ansvaret” og ivareta pasienters rettigheter i forhold til prioriteringsforskriften. Kravet om ”skjermede” enheter er i praksis blitt tolket og operasjonalisert ulikt av helseforetakene. For å forstå de ulike beveggrunnene helseforetakene kan ha for forskjellige tolkninger, kan det

nevnes at kravet om skjermede enheter innebærer logistiske utfordringer, etablering av egne henvisnings- og rapporteringsrutiner, samt ansettelse av personell i prosjektene som opprettes.

På bakgrunn av intervjuene, er det mulig å identifisere noen hovedmåter helseforetakene har operasjonalisert skjermede løp på. For det første er det noen som har *forholdt seg "strengt" til styringssignalene* og etablert helt skjermede enheter og egne prosjekt for behandling og utredning av 'Raskere tilbake' pasienter. I disse tilfellene er det etablert systemer "utenpå" ordinære systemer, kun for pasienter som er henvist til 'Raskere tilbake'. Sitater fra koordinatorene og klinikk-/avdelingsledere kan synliggjøre hvordan informantene har tolket styringssignalene på dette punktet:

"Ta pasienter i ledige luker? Nei, nei det kan vi ikke" (Koordinator 10); "Vi har organisert dette som et eget prosjekt, og egen kode i økonomisystemet, slik at dette er sporbart både i pasientløp og den økonomiske inntektssida av prosjektet" (Klinikk 4); "Vi har en strikt definert poliklinikk som kommer i tillegg til annen virksomhet. Vi har vært svært lydlige, og det gjør at prosjektet vårt er veldig kontrollerbart også, og risikoen for å gå i minus eller få økonomiske problemer er svært liten. Det er nok en del andre som har vært mer spenstig eller modig i sin utforming av prosjektet" (Klinikk 5).

En annen variant representeres av de tilbudene som er etablert gjennom "*lucker*" i *det ordinære løpet*, det vil si for eksempel ved avbestillinger eller ledig kapasitet. Informantene hevder at dette er å forstå som "skjermede" løp i den forstand at det er egne henvisnings- og rapporteringssystemer for 'Raskere tilbake' pasientene, og at disse er fullstendig sporbare. To informanter sier at:

"Vi behandler sykmeldte i hull i ordinær drift ved avbestillinger og vi tar det på slutten av dagen/morgenen. Og vi har vært veldig klar over at dette ikke skal gå ut over ordinær drift" (Koordinator 1); "Vi har etablert en prosjektstilling for å holde styr på dette, og bruker av våre etablerte ressurser for å gjøre dette og tanken var å få en oversikt over volumet for å finne ut om vi hadde kapasitet eller om vi måtte lage noe på sida. Foreløpig har vi klart å unngå fristbrudd og samtidig putte disse ['Raskere tilbake'- pasienter] fra egen venteliste og fra henvisninger innenfor eksisterende system" (Klinikk 6).

En tredje variant er etableringen av egne prosjekt for 'Raskere tilbake' "utenpå" de ordinære systemene, men at det *likevel også behandles pasienter som ikke er henvist inn via 'Raskere tilbake' i dette tilbudet*. To sitater kan illustrere dette:

"Det blir feil når vi kommer opp med et slikt tilbud at det skal reserveres for personer som er sykmeldt, det blir vanskelig altså... vi må gi det til pasienter med et medisinsk behov først og fremst. Men vi tror jo at mange av disse er sykmeldte da " (Koordinator 4); "Vi tar først og fremst 'Raskere tilbake' - pasienter, men også noen andre for å fylle opp kurset" (Klinikk 1).

I tillegg til disse tre ulike hovedvariantene å organisere prosjektene på, viser flere informanter til at 'Raskere tilbake' og det ordinære tilbudet i noen grad "glir litt over i hverandre". Dette gjelder også prosjektstillingene som ble muliggjort av prosjektmidler, og det vises blant annet til at disse har gått inn i den ordinære driften i poliklinikken. To informanter sier i denne sammenhengen at:

"Vi fikk noen midler på legesida og psykologsida for å drive 'Raskere tilbake', men alt i alt nå så er det gått inn i poliklinikken (...) Det er sagt at det ikke skal gå på bekostning av den vanlige driften, så vi driver og sonderer terrenget i forhold til ledige timer" (Klinikk 7); "Vi har et eget prosjekt som heter 'Raskere tilbake', men vi har også drevet en poliklinikk tidligere og vi driver en vurderingsenhet i det ordinære løpet, så vi har nok tatt en del av arbeidsoppgavene våre inn i det nye 'Raskere tilbake' - opplegget og vi er stasjonert på samme plass, slik at vi bruker litt fleksibelt fagfolk etter hva som er behovet for pasienten. Vi har noen som har ansvar for 'Raskere tilbake' - poliklinikken, men her bruker vi de andre spesialistene selv om de ikke er tilknyttet 'Raskere tilbake' poliklinikken" (Klinikk 8).

Hvordan legitimerer så informantene sine ulike tolkninger og oversettelser av styringssignalene på dette punktet? Ulike oversettelser begrunnes både i forhold til hva som er *mulig* og gjennomføre og i forhold til hva helseforetakene/klinikkene mener er mest *hensiktsmessig*. Vi presenterer noen av hovedbegrunnelsene fra informantene.

For det første vises det til sykehusets geografiske beliggenhet, det vil si sentralitet. En informant fra et sykehus i distriktet hevder i denne sammenhengen at små lokalsykehus ikke har et pasientgrunnlag som gjør det økonomisk mulig eller hensiktsmessig å opprette reine behandlingsløp. En annen informant viser til et forsøk på å opprette en skjermet tverrfaglig

enhet og hevder at sykehusets usentrale beliggenhet gjorde det svært vanskelig å rekruttere et tverrfaglig team til en slik enhet:

”Det står at det skal være skjermede behandlingsløp, men da er det ikke mulig for alle de små lokalsykehusene og være med (...) vi har ikke laget noen reine behandlingsløp, fordi vi har såpass få henvisninger at vi aldri ville fått det til å gå rundt” (Koordinator 6); ”Et sykehus satt opp en prosjektskisse med et skjerma løp med tverrfaglig vurdering og måtte rekruttere forskjellige kategorier fagpersoner for å få 3-5 fagpersoner til å gjøre vurderinger og gi behandling. Og det ble en utfordring å rekruttere disse fagpersonene og holde på dem” (Klinikk 6).

For det andre viser flere informanter til at tilskuddsordningens forutsetning om skjermede behandlingsløp ikke er like godt tilpasset alle sykehusavdelingenes og fagområdenes særegenheter:

”Det er ikke alle fagområdene der pasientgruppen er så stor eller det ligger til rette for å lage skjerma tilbud på dagtid. Jeg tenker på for eksempel kirurgisk virksomhet, ortopedisk virksomhet. Da vil det gjerne måtte foregå på kvelden og det er vanskelig” (Koordinator 3); ”Enkelte avdelinger har ikke nok pasienter, for eksempel gynekologisk avdeling, så hvis vi har pasienter der kan vi få det til ved å behandle dem når ledig kapasitet oppstår.(Koordinator 7).

For det tredje viser en informant til ønsket om å beholde kontrollen over tilbudet ved poliklinikken. Dette grunngis ved å vise til tilbudets tverrfaglige karakter, og at det er et tilbud for pasienter med mer sammensatte og diffuse lidelser:

”Det ble bestemt at det skulle bli tatt inn i selve poliklinikken her og ikke på utsiden. Vi ville bestemme selv hva slags pasienter vi ville ta og når vi ville ta dem. Det er litt spesielt med pasienter på vår avdeling (Klinikk 7).

På bakgrunn av intervjuene synes det å være grunnlag for å hevde at det her foregår en *mer eller mindre bevisst tilpasning og siling av styringssignalene*. Grunngivningen for kravet om skjermede enheter er at ‘Raskere tilbake’ ikke skal påvirke behandlingsskapasiteten eller oppfølgingen av andre pasienter. Et flertall av informantene hevder å ha oppfylt denne forutsetningen gjennom sin måte å organisere ‘Raskere tilbake’ på, og henter slik legitimitet til sitt valg av organiseringsmåte.

Det er naturligvis slik at de private tilbyderne som har fått avtaler med RHFene innen 'Raskere tilbake' ikke har det samme kravet til "skjermede enheter" som det offentlige. Det betyr at de RHFene som satser relativt mer på private (under)leverandører heller enn egne RT prosjekt i skjermede løp oppnår større fleksibilitet i bruk av RT midlene. Risikoen for "underskuddsprosjekt" er mindre. Hovedutfordringen for de som satser tungt på private leverandører blir trolig å unngå at budsjetttrammene overskrides. Tett oppfølging og styring av aktivitetsnivået må til for å ha kontroll med ressursbruken.

Det er påfallende at det per april 2008 finnes og praktiseres såpass ulike tolkninger av pålegget om "skjermede løp" - også etter de presiseringer som ble gitt i brev per. 19.11.07 (se kapittel 3). Vi tar ikke stilling til om tilpasningen kan være fornuftige eller ikke sett fra et kapasitetsmessig synspunkt eller andre forhold. Vi registrer imidlertid at noen HF rekrutterer pasienter fra ordinære ventelister inn på prosjekter, og at ledig kapasitet i ordinært løp brukes til å behandle sykmeldte pasienter. Vi har ikke grunn til å tvile på at det økonomisk-administrative systemet i bunn er i stand til å holde rede på pasientflyten. I så måte kan man være mer opptatt av de HFene som strengt holder seg til skjermede løp og som dermed eventuelt ikke får utnyttet kapasiteten, selv om de kunne. Sett fra myndighetens side har vi oppfattet to hensikter med skjermede løp. For det første at man ikke skal kunne hevde at sykmeldte fortrenger andre pasientgrupper. Tilskuddsordningen skal bidra til tilleggskapasitet, som rett nok er eksklusiv rettet mot sykmeldte. Ventetider for øvrige helsetilbud skal ikke påvirkes, selv om de kan påvirkes i riktig retning. Her kunne man trekke fram pasienter med muskel-skjelettlidelser. For det andre er man opptatt av sporbarhet av midlene som ordningen stiller til disposisjon. Midlene skal brukes utelukkende til det formålet de er tiltenkt.

9. Evne og vilje til samhandling

9.1. Innledning

I kapittel 4 omtalte vi kortfattet hvilke hovedfunksjoner de ulike aktørene kan sies å ha. En viktig forutsetning for at 'Raskere tilbake' skal bli en suksess er at de ulike aktørene koordinerer sin innsats, dvs. viser vilje og evne til samhandling. Fastlegene og de lokale saksbehandlere er sentrale som tilretteleggere slik at sykmeldte og behandlende institusjoner

”finner hverandre”. Samtidig er fastlegene og saksbehandlerne avhengig av gode samarbeidsrelasjoner med de institusjonene som tilbyr behandling innenfor ‘Raskere tilbake’.

9.2. NAV lokal - kritiske faser i henvisningsprosedyren

På bakgrunn av drøftingen ovenfor, som viser til ulike kilder til ”støy” i implementeringsarbeidet og ulike faktorer som oppleves som frustrerende og tidkrevende, har vi forsøkt å lage en stilisert kategorisering over ulike ”kritiske faser” i henvisningsprosedyren. Samhandling er et viktig stikkord for disse fasene. Med fare for å være noe reduksjonistisk, kan vi si at dette er faser der det er fare for at de opplevde vanskelighetene ved å henvise blir sterkere enn viljen/ønsket om å ta ordningen i bruk:

1. Identifisering av kandidater for tiltaket/utvalg av tiltak til bruker.
2. Innsalg av tjenesten til pasient, arbeidsgiver og fastlege.
3. Identifisering av leverandør og dens kapasitet.
4. Henvisningsprosedyren (data).

Den første kritiske fasen er *identifiseringen av kandidater for tiltaket/utvalg av tiltak til bruker*. Dette har vi vært inne på ovenfor og har å gjøre med det faktum at ordningen oppleves som kompleks og vanskelig å ta i bruk. Saksbehandlerne selv presenterer ulike forslag til løsninger. Enkelte trekker fram *tiden og det gode eksemplets makt*: Gode eksempler vil komme med tiden og gjøre det lettere å henvise og dermed kunne demme opp for tiltakenes uklare innhold og uklare avgrensning mot hverandre – slik forskriften oppleves av flere informanter. Man etterlyser i denne sammenhengen mer *erfaringsbaserte* seminarer eller informasjon som gir en slik kjennskap til gode eksempler og praksis. Andre hevder at ordningen burde ha vært redusert til et eller to tiltak. De mener at de tre tiltakene er for snevre slik de er i dag, og forutsetter at det etableres noen kunstige skiller mellom kandidatenes tilstander.

Den andre fasen er innsalg av tjenesten til pasient, arbeidsgiver og fastlege. Ordningen er avhengig av en viss grad av pasientinitiativ og motivasjon. Initiativ fra bruker og arbeidsgiver vil samtidig kunne øke bruken av ordningen. Fastlegen er viktig som initiativtaker og tilrettelegger, og fastlegen er sentral blant annet i å legitimere tiltaket ovenfor bruker. Flere av

saksbehandlerne fremhever at det er vanskelig å ”selge inn” tiltakene til disse aktørgruppene fordi de selv synes det er vanskelig å forstå. To informanter sier i denne sammenhengen at:

”Vi har problemer med å fortelle brukerne hva dette er”(Saksbehandler 6); ”Når vi er i kontakt med legene og prøver å gi de en forklaring på sånn og sånn så forstår de ikke hva vi snakker om. De blir mer forvirret enn de ser mulighetene” (Saksbehandler 9).

Dette har nær sammenheng med momentene som er beskrevet ovenfor i forhold til ordningens kompleksitet, og at man i ordningen ikke henviser i forhold til klart definerte lidelser. Også i denne sammenhengen hevder flere av saksbehandlerne viktigheten av gode eksempler for å greie å motivere pasienter til å delta på tiltakene, eller ”selge inn” tiltakene til arbeidsgiver og fastlege, og enkelte viser til at de allerede har merket en forskjell i dette henseende. Flere saksbehandlere fremhever informasjonen fra leverandørene som sentral i denne sammenhengen.

Den tredje kritiske fasen er *identifisering av leverandør og leverandørs kapasitet*. I enkelte fylker må saksbehandlerne selv ringe til leverandør for å sjekke hvorvidt leverandør har ledig kapasitet. Flere informanter viser, som beskrevet ovenfor, til at dette oppleves som ”slitsomt” og tidkrevende. I andre fylker har leverandørene selv laget opplegg som gjør det lettere for saksbehandlerne å holde oversikten. Flere av saksbehandlerne trekker fram viktigheten av en god dialog mellom saksbehandlere og leverandører.

Den fjerde kritiske fasen er selve *henvisningsprosedyren*.. Enkelte saksbehandlere viser til at de oppfatter prosedyrene som tidkrevende og tungvinte. Mange av informantene hevder imidlertid likevel til at dette blir enklere etter førstegangsbruk, og anser ikke de administrative rutinene som noe problem. Flere kontorer har også laget interne ”oppskrifter” som de har distribuert til sine medarbeidere. Videre viser flere kontorer til at saksbehandlerprosedyren vil bli enklere når flere kontorer etter hvert vil ta i bruk saksbehandlingsverktøyet ”Arena”. Etter vår vurdering synes det ikke som om de administrative rutinene nødvendigvis er et hinder for en effektiv bruk av ordningen, i og med at flere av de kontorene som har henvist mange, også er blant de som fremhever henvisningsopplegget som tungvint. Slutningen baserer seg også på at et flertall av informantene hevder at forholdsvis ”enkle” løsninger som en ”oppskrift” laget av saksbehandlerne selv, eller erfaring gjør at disse vanskelighetene kan overvinnes.

9.3. HFene - eksempler på organisering av samarbeid

Helseforetakene har selv en helt sentral rolle i å skape arenaer for samhandling med de ulike aktørene, samt å bidra til en effektiv koordinering (i implementeringen) av tilskuddsordningen. Det kan således være interessant å vise til eksisterende arenaer for samarbeid og hvordan helseforetakene har organisert sitt samarbeid med henholdsvis NAV og fastlegenes. Det er store variasjoner i både *grad* og *type* samarbeid.

Samhandling med fastlegene.

Mens enkelte prosjektkoordinatorer og klinikk-/avdelingsledere har ført en aktiv markedsføring ut mot fastlegene har andre i mindre grad gjort dette. Ulike kanaler for samhandling har vært:

- informasjon på faste legemøter,
- mail og telefonkontakt,
- oppsøkende virksomhet ut mot legekantorene,
- brev og informasjonsskriv (i enkelte tilfeller i samarbeid med NAV),
- informasjon via praksiskoordinatorene (fremheves som svært vellykket av de helseforetakene som har en slik ordning).

Samhandlingen med og informasjonen til fastlegene fremheves som en kritisk faktor for en vellykket implementering og effektiv bruk av ordningen. Som beskrevet synes grad av samhandling med legene å ha sammenheng med hvorvidt helseforetaket har prioritert å opprette en stilling for en prosjektkoordinator. På tidspunktet for intervjuene med koordinatorene (jan 08) formidles et inntrykk av at fastlegene i for liten grad er informert om ordningen, og at samarbeidet og informasjonen ovenfor fastlegene fortsatt bør styrkes. Samtidig hevder flere av koordinatorene at de ser at informasjonsarbeidet bærer frukter. Intervjuene ble gjort på et tidspunkt da flere helseforetak var i ferd med å ansette prosjektkoordinatorer i egen stilling/utvide stillingsprosjenter, og det er grunn til å tro at dette har bidratt til en styrking av arbeidet ovenfor fastlegene på dette nivået.

De fleste klinikk-/avdelingsledere som ble intervjuet i løpet av april 2008, ett år etter at første RT-pasient ble henvist, hevder at de har et velfungerende samarbeid med legene, men de formidler samtidig et inntrykk av at legene fortsatt er for lite informert om ordningen.

Samhandling med NAV

Noen helseforetak/tilbud har etablert et nært samarbeid med NAV. Man har for eksempel gjennomført felles informasjonstiltak rettet mot fastleger og arbeidsgivere, samt forsøkt å legge til rette for at NAV er behjelpelig med å finne aktuelle kandidater. Som en saksbehandler i NAV sier:

”Den [‘Raskere tilbake’] bruker vi sånn at hvis legen skriver at denne pasienten står på venteliste enten til spesialist eller operasjon, så kontakter vi legen og ber de om å sende henvisning til ‘Raskere tilbake’” (Saksbehandler 5).

Noen sitater kan illustrere merverdien og effekten av et positivt og velfungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og NAV:

”Vi jobbet i begynnelsen veldig tett med NAV, som også kunne si noe om hva som er nyttig å gjøre, hvilke problemstillinger som er realistiske og den typen ting (..) samtidig har NAV og helseforetaket laget en samarbeidsavtale på direktørmøte i høst, hvor vi forplikter oss til å ha samarbeidsmøter hvor ‘Raskere tilbake’ er et av samarbeidsområdene (Koordinator 7); ”Vi ser på deres tilbud og vårt tilbud og gir gjensidig informasjon til hverandre. Der ser vi på pasienter som er aktuelle for prosjektet, fordi NAV kan gå inn og se hvilke pasienter som er sykmeldte, og det kan jo ikke vi gjøre. Avdelingene som har opprettet tilbud kan plassere bestillingene sine hos NAV - altså de kan si ‘nå har vi opprettet det og det tilbudet og NAV må kjøre ut på de diagnosene og se’. NAV sitter med sykemeldingsstatistikk og kan ta kontakt med pasientene og si ‘du må ta kontakt med fastlegen’” (Koordinator 3).

Som vi var inne på ovenfor, viser flere av koordinatorene at de på grunn av manglende kapasitet har hatt liten grad av samarbeid med NAV. Sitatene ovenfor synliggjør viktigheten av en god samhandling med NAV på dette nivået, og dermed også den helt sentrale rollen prosjektkoordinatorene har å spille i implementeringen av ordningen.

”Systemet på utsiden er ikke klart”

En av de mest sentrale utfordringene for helseforetakene, men også i implementeringen av tilskuddsordningen generelt, er at *en effektiv implementering og bruk av ordningen er avhengig av at ulike institusjoner blir operative på samme tid og evner å koordinere tiltakene sine og samhandle både på system og personnivå*. Dette er et moment som gjør at denne tilskuddsordningen både kan kalles nyskapende og dristig. Tilskuddsordningen forutsetter en koordinering primært mellom NAV-systemet, spesialisthelsetjenesten og fastleger, men også leverandører som har inngått kontrakt med NAV og arbeidsgivere må taes med i dette aktørgalleriet, og er således intersektoriell og interdepartemental. Slik sett kan tilskuddsordningen forstås som et forsøk på å defragmentere helse- og rehabiliteringsfeltet, og beveger seg på noen måter *motstrøms* i forhold til rådende oppfatninger av NPM ånden, jf. henvisningen til Christensen i kapittel 6.

Flere av informantene på klinikk-/avdelingsledernivå i helseforetakene viser til at det er en utfordring at systemene rundt ikke er klare til å ta i mot pasientene etter endt behandling på sykehuset. Dette gjelder spesialisthelsetjenesten selv, som en informant her viser til:

”Det vi opplever er at når vi henviser videre så kan det stoppe opp, i alle fall hvis vi henviser inn i det ordinære systemet, om det skal være en nevrologisk eller en ortopedisk så er ikke systemet på utsida like godt rusta som vi (...) Det nytter ikke for oss å drive vår lille ‘Raskere tilbake’ - poliklinikk om ikke miljøet rundt oss følger opp med sine ting”(Klinikk 8);

Og det gjelder NAV, som disse sitatene illustrerer:

”Vi mener det er litt svikt hos NAV også, for vi har opplevd at det noen henvisninger som har gått fra fastlegen til NAV og blitt liggende der et par måneder før de blir videresendt til oss” (...) I de sakene har jeg tatt det opp via henvisende lege og sagt at de må sende det direkte til oss og ikke via NAV fordi det går så tregt” (Koordinator 9); ”Vi gjør en jobb fra a til h og så føler jeg at da må NAV stå klar til å overta og ikke gå gjennom sine vante rutiner så det tar måneder å ta en avgjørelse (...) Jeg vil vite hvor forsinkelsen er” (Klinikk 5); ”Oppfølginga etter at dette tiltaket har vært gjennomført og hvem som har ansvaret for å dokumentere det og gi tilbakemelding til arbeidsgiver; det har skapt problemer (...) For eksempel har pasienten fått en ortopedisk operasjon og fått opptrening som følge av behandling. Og så har NAV og opptreningscenteret og arbeidsgiver hatt en såkalt avsluttende samtale i forhold til det tiltaket, uten at fastlegen som henviste har vært en part. Og da blir det hengende i løse lufta og det har også vært

tilbakemeldinger på at de lokale NAV kontorene har lite kunnskap om ordningen og det har det vært mye forvirring rundt” (Klinikk 6).

Videre viser informantene til at manglende informasjon og koordinering skaper forvirring i forhold til

- i) hvem som skal henvise til ordningen; (er det NAV eller fastlegene?); og
- ii) hvor legene skal henvise; skal de henvise til rehabiliteringsinstitusjonene eller til helseforetakene? Noen sitater kan illustrere denne forvirringen:

”Jeg tror systemene der ute sliter når det gjelder hvem som har ansvar for å henvise til denne ordningen. Er det bare spesialisthelsetjenesten eller er det NAV eller er det en fordeling? Og skal det være ulike målgrupper de henviser videre? Sann som i dag oppfatter jeg at målgruppen i stor grad er den samme, også er det bare avhengig av hvem som kommer først på ideen hvem som henviser” (Koordinator 11)¹⁷; ”Jeg synes de har vært for dårlige til å rydde og sortere i forskjellen på hva som er raskere tilbake og hva som er kjøp av helsetjenester. Det har skapt frustrasjoner der ute. Vi har fått tilbakemeldinger på: ”Hva er dette? Er dette noe annet?”. Leger som ringer og spør: ”Hva skal vi bruke? Når skal vi sende til dere og når til kjøp av helsetjenester?” Så har vi avklart at vi er i et konkurranseforhold” (Koordinator 10, privat klinikk).

Sitatene ovenfor illustrerer etter vår vurdering at manglende koordinering av implementeringen av tilskuddsordningen i de ulike instanser og institusjoner kan føre til en *mindre effektiv bruk av midlene* og bidra til å svekke graden av *måloppnåelse*:

- Påbegynte løp for pasienter kan bli avbrutt. Dette kan føre til at iverksatte tiltak får mindre virkning, og på denne måten svekkes også sjansene for måloppnåelse (det vil si at pasienten/brukeren kommer raskere tilbake i jobb).
- Fastlegene vil henvise i mindre grad fordi de er usikre på hvor de skal henvise og hva de skal henvise til.
- Ordningen kan miste legitimitet hos brukerne/pasientene som er viktige initiativtakere i denne sammenhengen.
- Ordningen kan miste legitimitet hos fastlegene, som opplever at ”ingenting skjer” når hun henviser.

¹⁷ Denne informanten er leverandør både til spesialisthelsetjenesten og til NAV

Det kan synes som om koordinering fortsatt bør være et klart prioritert område i det videre implementeringsarbeidet. Vi kan til slutt nevne et eksempel som av informanten fremheves som et eksempel på et velfungerende samarbeid og overlapping mellom tilbudene innen 'Raskere tilbake' og kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. En avdelingsleder på et sykehus viser til at de har inngått en intensjonsavtale om samarbeid med en av leverandørene av helse- og rehabiliteringstjenester til NAV. Pasientene fra denne bedriften er prioritert i forhold til plassene på mestringskurset som helseforetaket har opprettet.

9.4. Private leverandører – samhandling med leger og arbeidsgivere viktig

Flesteparten av leverandørene vektlegger nødvendigheten av samhandling med leger og arbeidsgivere for at tiltaket skal fungere effektivt. Et flertall av leverandørene hevder at de har en god samhandling med fastlegene. Samhandlingen med fastlegene foregår for det meste i det daglige arbeidet med konkrete brukere. Enkelte leverandører sender kopi av henvisningene til fastlegen, for å holde legen informert.

Leverandørene viser ellers til at samarbeidet med arbeidsgiverne, ikke overraskende, varierer stort fra arbeidsgiver til arbeidsgiver. Flere fremhever imidlertid at leverandørene kan spille en viktig rolle som en nøytral part eller "megler" mellom arbeidsgiver, arbeidstaker, fastlegen og NAV.

10. Hovedkonklusjoner

Hovedhensikten med denne delrapporten er å gi en vurdering av arbeidet som er gjort knyttet til implementeringen av tilskuddsordningen. Flere styringsnivåer er involvert i implementeringen. Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er de sentrale pådriverne, i første rekke gjennom sine respektive direktorater Arbeids- og velferdsetaten og Sosial- og helsedirektoratet. Ansvar for iverksettelsen er likevel langt på vei desentralisert til de regionale helseforetakene (RHF) og NAV på fylkesnivå, som begge har funksjon som pådrivere innen sine respektive geografiske områder. Verken RHFene eller NAV fylke kan imidlertid fylle rollene som tilretteleggere, dvs. sørge for at sykmeldte arbeidstakere finner et egnet tilbud. ”Raskere tilbake” er i så måte avhengig av at saksbehandlerne lokalt og fastlegene (eller andre som kan sykmelde) engasjerer seg i bruken av ordningen.

I denne rapporten har vi vært opptatt av om implementeringsprosessen bak ‘Raskere tilbake’-ordningen har vært vellykket. Kriteriene som er lagt til grunn for vurderingen av ordningen er

- (i) implementeringsviljen blant sentrale aktører,
- (ii) informasjonsformidlingen og oversettelsen av styringssignaler blant de samme aktørene,
- (iii) evnen og viljen til samhandling mellom ulike nøkkelaktører.

Det som først og fremst kjennetegner implementeringen av ‘Raskere tilbake’ er at ordningen har blitt tatt i bruk raskere og i større grad av spesialisthelsetjenesten sammenliknet med NAV-systemet, selv når man tar hensyn til de ulike økonomiske rammene. Denne asymmetrien har flere forklaringer. Vi finner at lokale saksbehandlere innen NAV uttrykker at de har for liten kunnskap til å benytte ordningen i den utstrekning de selv ønsker. Spesialisthelsetjenestene er volummessig i en annen stilling enn NAV, og dette kan tyde på at ordningen oppleves som enklere å ”drifte” for sykehusene enn for lokale NAV-kontorer. Man skal i denne sammenheng merke seg at ‘Raskere tilbake’-prosjektene innenfor sykehussektoren framstår som kjente tiltak for de fagpersonene som er knyttet til prosjektene, mens ‘Raskere tilbake’-tiltakene innen NAV-systemet framstår som tiltak som krever en ny form for tilrettelegging og ny kunnskap fra saksbehandlerne side.

Det andre som kjennetegner implementeringsprosessen er at ordningen ønskes varmt velkommen av de ulike aktørene som et nytt og viktig tiltak til en utsatt målgruppe.

Det er mye som tyder på at hovedsvakheten så langt i implementeringsprosessen er en kunnskapsspredning og ikke treffsikker nok informasjonsformidling. NAV lokalt oppfatter ordningen som komplisert, at det er vanskelig å anvende ordningen på en måte som oppfattes som fornuftig. Det er også tydelig at informasjon om ordningen ikke treffer de rette aktørene på helsesiden. Basert på intervjuene, sitter vi igjen med et inntrykk av at fastlegene som gruppe fortsatt ikke er informert godt nok. Det er et poeng å bemerke at informasjonsformidlingen fra sentralt hold har gått linjevei innen NAV-systemet, mens man på helsesiden har kunnet gå direkte mot de ulike 'Raskere tilbake' prosjektene i regi av helseforetakene. Dette kan være en medvirkende årsak til at saksbehandlere i NAV-systemet uttrykker frustrasjoner knyttet til informasjonsformidlingen internt.

En forutsetning for at 'Raskere tilbake' skal bli en suksess, er at de ulike aktørene koordinerer sin innsats, dvs. viser vilje og evne til samhandling. Fastlegene og de lokale saksbehandlerne er sentrale som tilretteleggere slik at sykmeldte og behandlende institusjoner "finner hverandre". Samtidig er fastlegene og saksbehandlerne avhengig av gode samarbeidsrelasjoner med de institusjonene som tilbyr behandling innenfor 'Raskere tilbake'.

Etter vår oppfatning er koordineringen mellom ulike aktører uten et samlet perspektiv. En av de mest sentrale utfordringene for helseforetakene, men også i implementeringen av tilskuddsordningen generelt, finner vi i det faktum at en effektiv implementering og bruk av ordningen er avhengig av at ulike institusjoner blir operative på samme tid og evner å koordinere tiltakene sine og samhandle både på system- og personnivå. Økt grad av koordinering bør etter vår mening fortsatt være et klart prioritert område i det videre implementeringsarbeidet.

Referanser

Christensen, T, ”Staten og reformenes forunderlige verden”, Nytt norsk tidsskrift, årgang 2006, nr. 3.

Christensen, T. og P. Lægreid, 2002, New Public Management: The transformation of ideas and practices, Asgate Publishning Group.

Christensen, T. og P. Lægreid, 2006, Transcending New Public Management: The transformation of public sector reforms, Asgate Publishning Group.

Christensen et.al 2004: Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget.

Johnsen, A. og B. Paulsen, 2001, Pasientbro til utlandet: fire fylker-fire utfall, Helsetjenesteforskning, oktober 2001.

Johnsen, A. og K. I. Johansen, 2003, Prosjekt Kjøp av helsetjenester i utlandet – en sluttevaluering, Unimed Helsetjenesteforskning, oktober 2003.

Mintzberg, H. , 1983: Structure in fives : designing effective organizations, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall

NAV Statusrapport nr. 4: Tilskudd til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester.

NAV Statusrapport nr. 5: Tilskudd til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester.

Skjöld-Johansen, M., 2005: Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet, Notat 16, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.