

Omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

av

Knut Fossestøl

AFI-notat 10/2010

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCATIONAL PAPERS

© Arbeidsforskningsinstituttet 2010
© Work Research Institute
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-272-1

ISSN 0801-7816

Notatet kan lastes ned fra hjemmesiden eller bestilles fra:/Distribution by:

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
Webadresse: www.afi.no

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

Temaområde:

Medvirkning, inkludering, organisering

Notat nr.:

10/2010

Tittel:

Omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Dato

Mai 2010

Forfatter:

Knut Fossestøl

Antall sider:

31

Resymé:

Notatet redegjør for omstillingstilskuddet for utviklingen av institusjonsbasert opptreningstilbud innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering, forvaltet av Helsedirektoratet. Vi gjennomgår de generelle rammene for politikken, finansieringen og organiseringen av anskaffelsene fra institusjonene, samt 4 institusjoners erfaringer med tilskuddet.

Emneord:

Arbeid	Arbeidsrettet rehabilitering
Helse	Helsedirektoratet
Helseforetak	NAV
Omstilling	Opptrening
Organisering	Privat tjenesteyting
Raskere tilbake	Rehabilitering
Styring	Tilskudd

FORORD

Notatet ble oversendt Helsedirektoratet, mai 2009. Den viktigste forskjellen mellom dette notatet og det som tidligere ble oversendt er at litteraturliste manglet i det første notatet.

Notatet kan leses i sammenheng med et tidligere notat om erfaringene med omstillingstilskuddet (Fossestøl, 2007), en artikkel publisert i Sosiologi i dag som henter sin empiri fra norsk rehabiliteringspolitikk (Fossestøl, 2009), notat om helse-arbeidsaksen i komparativt perspektiv (Skarpaas, 2010), samt et notat om et organisatorisk perspektiv på rehabilitering med arbeid som mål av undertegnede og Tone Alm Andreassen (Fossestøl, 2007, Fossestøl, 2009, Fossestøl and Alm Andreassen, 2010).

Arbeidsforskningsinstituttet,

Knut Fossestøl

Mai, 2010

FORORD	IV
1. OPPDRAGET.....	1
2. FREMGANGSMÅTE	2
3. OPPBYGNING	3
4. POLITISKE OG ADMINISTRATIVE RAMMER.....	4
4.1 POLITISK ENIGHET OM SATSINGEN PÅ REHABILITERING.....	4
4.2 USIKKER KUNNSKAP OM BEHOV OG KVALITET.....	4
4.3 ADMINISTRATIV UKLARHET OM ANSVAR OG ROLLER	5
4.4 POLITISK STRID OM PRIVATES ROLLE I TJENESTEYTINGEN	6
4.5 ØKER ELLER MINSKER BRUKENE AV PRIVATE INSTITUSJONSPASSER.....	6
4.6 KONKLUSJON	7
5. FINANSIERING AV PRIVATE OPPTRENNINGS- OG REHABILITERINGSINSTITUSJONER	8
5.1 INNETEKSKILDER FOR PRIVATE REHABILITERINGSINSTITUSJONER	8
5.2 KJØP AV ORDINÆRE TJENESTER	8
5.3 OMSTILLINGSTILSKUDD	9
5.4 OPPSUMMERING	9
6. ORGANISERING AV ANSKAFFELSENE FRA PRIVATE OPPTRENNINGS- OG REHABILITERINGSINSTITUSJONER	10
6.1 INTERN ORGANISERING AV ANBUDSPROSESSENE – RHF SØR-ØST.....	10
6.2 INTERN ORGANISERING AV ANBUDSPROSESSENE – NAV	12
6.3 OMSTILLINGSTILSKUDD	14
6.4 OPPSUMMERING	14
7. INSTITUSJONENE	16
7.1 GODTHAAB (INTERVJU MED DAGLIG LEDER OG PROSJEKTANSVARLIG).....	16
7.2 FRAM (INTERVJU MED DIREKTØR OG EIER).....	18
7.3 FRON (INTERVJU MED STYRLEDER, SAMT ANSATT)	22
7.4 FRYDENBERG REHABILITERINGSSENTER (INTERVJU MED GENERALSEKRETÆR OG ØKONOMISJEF I KIRKENS SOSIALTJENESTE)	23
7.5 OPPSUMMERING	25
8. NOEN AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER.....	27
LITTERATUR.....	31

1. OPPDRAGET

Helsedirektoratet har siden 2006 forvaltet en tilskuddsordning (omstillingstilskudd) for utvikling av institusjonsbaserte opptreningstilbud/tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene. Tilskuddet gikk til 4 opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som ikke fikk fornyet sin driftsavtale med de regionale helseforetakene. Omstillingstilskuddet er seinere blitt landsomfattende.

På tross av at omstillingene organisasjonene gjorde i forbindelse med tilskuddet, har blitt vurdert som vellykkede (Fossestøl, 2007), og markedet for salg av rehabiliteringstjenester burde være bedret i løpet av omstillingsperioden, har flere av institusjonene som tidligere har mottatt omstillingstilskudd fra Helsedirektoratet hatt økonomiske problemer.

Av til sammen fire institusjoner er en institusjon nedlagt, en annen har varslet økonomiske problemer i 2009, den tredje institusjonen mener at "de er over kneika", men beskriver den økonomiske situasjonen som anstrengt. Sistnevnte institusjoner beskriver seg som avhengig av omstillingstilskuddet for å klare seg økonomisk også i 2009. I den fjerde institusjonen synes den økonomiske situasjonen noe bedre, men også her beskrives omstillingstilskuddet som sentralt for videre drift.

Helsedirektoratet ønsket å få en formening om hva som har skapt denne uheldige utviklingen: Er det interne forhold ved institusjonene (styre, leder, ansatte); forhold ved oppdragsgiverne (eksterne oppdragsgiveres vurdering av behov/kompetanse innen rehabiliteringsfeltet og/eller evne/vilje til å effektivere kjøp av slike tjenester); eller forhold knyttet til innrettingen/bruken av omstillingstilskuddet, som ligger bak situasjonen?

Problemstillingene er viktige fordi Stortinget vurderer at det er udekkede behov for rehabilitering, fordi de ønsker at RHF-ene skal opprettholde volumet på kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner, og fordi Stortinget har vedtatt en omfattende ordning for kjøp av helsetjenester knyttet til sykefravær som antakeligvis vil føre til økt behov for tjenester fra rehabiliteringsinstitusjonene.

For å sikre en fornuftig innretting på tilskuddet er det også viktig å forstå karakteren av og årsakene til de økonomiske problemene de institusjonene som har fått tilskudd lengts står overfor. I dag er det 38 institusjoner som mottar slik støtte, i størrelsesorden fra 180 000 kr til 4 millioner. Samlet stønadsbeløp for 2008 er 45 millioner kr. I dette notatet vil vi se særlig på de fire første institusjonene som fikk støtte. I 2008 mottok Fron rehabiliteringssenter mottok 3.8 mill kr i 2008, Godthaab 2.650 millioner og Fram 3.120 millioner kroner. Frydenberg rehabiliteringssenter mottok også midler, men meldte seg konkurs i juni 2008.

2. FREMGANGSMÅTE

For å besvare direktoratets spørsmål har jeg intervjuet representanter eiere, styre og ansatte/prosjektledere for Godthaab, FRAM og Fron rehabiliteringssenter. Når det gjelder Frydenberg, som har gått konkurs, har det ikke vært mulig å få fatt i tidligere daglig leder på som kjenner detaljene rundt nedleggelsen. Her har vi intervjuet representanter for Kirkens sosialtjeneste, som har sittet i stiftelsens styre. I tillegg har vi intervjuet representanter for kjøperne av tjenestene institusjonene leverer. Vi har intervjuet RHF Sør-Øst, med NAV drift og utvikling, representanter for NAV fylke i Buskerud og Oppland (som innsøkende instanser). I tillegg har jeg hatt samtaler og fått kommentarer på notatet fra Helsedirektoratet.

Videre har jeg basert notatet på ulike former for offentlige dokumenter.

Jeg har ikke valgt å gå inn i RHFenes og NAVs vurderinger av de enkelte institusjoner i forhold til kravspesifikasjoner, og oppdragsgivers vektning av deres oppfyllelse av dem. Dette er spørsmål som naturlig nok tillegges stor betydning av institusjonene. Samtidig er dette spørsmål av stor vanskelighetsgrad, og som krever inngående kunnskap om lov om offentlige anskaffelser, og detaljer i anvendelsen av denne, som jeg ikke har kompetanse/ressurser til å gå inn i.

I Helse Sør-Øst spiller Sentralenheten for evaluering (SER) en sentral rolle for innsøkingen til institusjonene. SER evalueres av andre, og jeg har ikke hatt anledning til å intervju dem.

Det er levert en egen utredning om myndighetenes relasjon til private rehabiliteringsinstitusjoner (Gjønnes and Holte, 2009). Den fokuserer i liten grad på de organisatoriske og økonomiske betingelsene for institusjonenes virksomhet, og som står i fokus i dette notatet.

3. OPPBYGNING

Jeg vil først (kapittel 4) si noe om de generelle politiske, administrative og faglige rammene for politikken vis av vis private opptreningsinstitusjoner. Det er i hovedsak dokumentanalyser (statsbudsjett, budsjettinnstillinger og spørretimedebatter) som ligger bak dette avsnittet.

Jeg vil deretter (kapittel 5) si noe om den konkrete situasjonen som berører finansieringen og bestillers vurdering av behov, kompetanse og organiseringen av relasjonen til (kapittel 6) institusjonene. Her er det vurderingene fra bestillere/kjøpere og tilskuddsansvarlige som står sentralt.

Jeg vil så (kapittel 7) komme inn på institusjonenes egne vurderinger av egen økonomisk og faglig situasjon, og hvilke forhold de mener påvirker denne. Her er det informantene fra institusjonene som snakker.

Avslutningsvis (kapittel 8) vil jeg komme med noen oppsummerende analyser og refleksjoner.

4. POLITISKE OG ADMINISTRATIVE RAMMER

4.1 Politisk enighet om satsingen på rehabilitering.

Det er tverrpolitisk enighet om betydningen av rehabilitering for den enkelte (mindre invalidisering, medikamentbruk og bedre fysisk tilstand) og for samfunnet, blant annet gjennom redusert behov for sykehusopphold (selvhjulpenhet), og flere i arbeid. Behovene både innenfor habilitering og rehabilitering er større enn tilbudet hevdes det, og rehabilitering bør bli det neste satsingsområdet innenfor helsetjenesten. Det er videre et fokus på betydningen av samarbeid mellom ulike nivåer og etater når det gjelder "svingdørs-pasienter" og "gråsoneklienter", og å utvikle et finansieringssystem som understøtter et slikt samarbeid.

Det er enighet om at arbeidet med den institusjonsbaserte rehabiliteringen må styrkes og forbedres. Oppbygging av kvalitet og kompetanse krever langsiktige investeringer og forutsigbare rammevilkår for de private institusjonene, blant annet gjennom langsiktige avtaler. Kjøpene må håndteres likt uavhengig av hvilken region innkjøpene skjer i.

På tross av denne tilsynelatende enigheten er det en rekke politiske, organisatoriske og kunnskapsmessige forhold som påvirker rehabiliteringspolitikken kjøp av institusjonsbaserte plasser i private helse- og rehabiliteringsinstitusjoner, og følgelig deres omstillings- og overlevelsessevne.

4.2 Usikker kunnskap om behov og kvalitet

Det er en grunnleggende utfordring å fastslå omfanget av behov for slike tjenester/tilbud på ulike nivå, intensitet og faglige krav (NOU, 2001:22), Nasjonal plan for rehabilitering, Kartlegging av behov, (Hem and Kvam, 2005, NOU, 2001:22) fastslår, basert på intervjuer med brukerorganisasjonene, store udekkede behov innenfor habilitering og rehabilitering.

Stortinget kobler dette til et behov for institusjonsbasert rehabilitering, og et ønske om å ta i bruk ubrukt kapasitet i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Faginstanser i NAV eller RHFene synes begge å mene at det er overkapasitet i institusjonsmarkedet. RHFene understreker at denne overkapasiteten dreier seg om senger/plasser, og ikke om fagbemanning. Det er behov for utvikling av rehabiliteringspoliklinikker, lokalbaserte tjenester (dagtilbud) i samarbeid med kommunene og intensive rehabiliteringstilbud i tidlig fase etter sykdom/skade, ofte mens det fremdeles er behov for avansert medisinsk utstyr og høyt spesialisert kompetanse. Enkelte av disse tjenestene kan kjøpes privat.

Det mangler videre systematisk kunnskap om effekten av og kost-nyttebetraktninger av ulike former for rehabilitering for ulike grupper. Helse Sør Øst RHF hevder at man for enkelte grupper, for eksempel hjerneskader og slagpasienter, har forskning som viser betydningen av intensiv behandling. For pasienter med smerteproblemer, for eksempel grupper av reumatikere handler det mer om livskvalitet, mestrings, trening og kosthold etc. For mange

pasientgrupper vil det antakeligvis være vanskelig å fremskaffe slik kunnskap fordi brukerne er så forskjellige, og deres problemstillinger så sammensatte. Dette vanskeliggjør utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer/kvalitetsregistre¹. Usikkerheten om hva slags intervensjoner som er egnet for ulike grupper, handler også om hva slags kompetanse som bør etterspørres hos leverandørene.

Både NAV og RHFene ønsker mer kunnskap om betydningen av døgnbaserte opphold versus tverrfaglige og tverrspecialiserte polikliniske og dagbaserte intervensjoner, mens NAV generelt reiser spørsmål om den institusjonsbaserte rehabiliteringen bringer brukerne for langt unna arbeidsplassen og arbeidsgiverne.

4.3 Administrativ uklarhet om ansvar og roller

Det er en pågående diskusjon om hvem som har ansvar for hva knyttet til rehabilitering. Hva er primærhelsetjenestens ansvar, og hva er spesialisthelsetjenestens ansvar? Spørsmålet er knyttet til hvem som skal finansiere hvilke tjenester for hvilke brukere, og hva slags kvalitetskrav og krav til spesialisering som kan stilles til tjenestene.

Det er også en uavklarhet mellom Storting, regjering og RHFene. Helseforetaksreformen tok sikte på å gi Stortinget bedre styring med sykehusene. Stortinget skulle bestemme hovedprioriteringer og hovedvalg, og så overlate til RHFene og sykehusene hvordan man innenfor disse rammene disponerte pengene. Dette innebærer at det er opp til RHFene å fastsette behov, kvalitet, pris og egenkapasitet, og så kjøpe tjenester i det omfang de synes ønskelig. Denne arbeidsdelingen viser seg imidlertid i praksis vanskelig å opprettholde når RHFene gjør vurderinger som Stortinget ikke deler, for eksempel knyttet til manglende fornyelse av avtaler med institusjoner som ikke vurderes til å ha tilstrekkelig kvalitet.

Det er også en uavklarhet knyttet til relasjonen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, og helsetjenestens ansvarsområder. Særlig gjelder dette for arbeidsrettede tiltak, og hvor det kan være vanskelig å forankre tiltak som både ivaretar medisinsk utredning, fysisk opptrening og arbeidsrettede tiltak. Særlig rammer dette "gråson brukere" hvor spørsmålet om de trenger spesialisert behandling i sykehus, spesialisert rehabilitering eller mestrings-tiltak kan stå sentralt. Hvem skal finansiere slike tjenester for hvilke brukere, hva slags kvalitetskrav og krav til spesialisering, om noen, kan stilles til tjenestene? Hvordan skal relasjonen mellom de mer arbeidsrettede og medisinske aspektene vektet?

Det er også en uklarhet knyttet til statens dobbeltrolle som eier og bestiller av spesialisthelsetjenester. Hvordan behandle private og offentlige aktører uavhengig, når

¹ Det er grunn til å tro at det vil være lettere å prioritere tjenester til grupper hvor det finnes kunnskap om effekten og kostnadene av ulike intervensjoner, enn for grupper/intervensjoner som er dårligere dokumentert.

statens selv både eier (og produserer) slike tjenester, og er de som skal bestille dem av private leverandører?

4.4 Politisk strid om privates rolle i tjenesteytingen

Stoltenberg II regjeringen har gitt signaler, blant annet til RHFene, om å begrense omfanget av avtaler med private kommersielle aktører (i forlengelse av Soria Moria-erklæringen). Private, ideelle institusjoner skal derimot sikres langsiktige avtaler (gis fortrinnsrett). Privat kommersiell virksomhet utgjør et supplement til offentlig virksomhet, hevdes det, og hovedsvaret må ligge i å utnytte eksisterende kapasitet i foretakene bedre. På den andre siden (fra høyresiden) hevdes det at skille mellom ideelle og ikke-ideelle institusjoner er kunstig²; at offentlige plasser er dyrere en private; at mange står i helsekø, og at den ideologisk motiverte kampen mot private kommersielle institusjoner fører til redusert tilbud av tjenester, lengre køer og ventetider for pasientene, samt mindre mangfold og valgfrihet. Tross denne kritikken har regjeringen opprettholdt volumet på kjøp av plasser fra private institusjoner på samme nivå som tidligere.

4.5 Øker eller minsker brukene av private institusjonsplasser

Det synes imidlertid også å være uenighet mellom regjering og opposisjon, om det faktiske omfanget av anskaffelser av private plasser. Det kan slik sett være vanskelig å finne ut om bruken av private institusjonsplasser øker eller minsker.

I den muntlige spørretimen på Stortinget viser Inge Lønning til Norsk pasientregister (NPR) som viser en nedgang 16 % i antall plasser kjøpt av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra 2005-2006. Statsråd Brustad viser i sitt svar til at overføringene til private opptreningsinstitusjoner har økt med 14.2 % fra 2005-2007 (23 mai 2007).

I en annen muntlig spørretime hevder Inge Lønning at fasiten 3 år etter Soria Moria at det er kuttet i private opptreningsinstitusjoner med 53 700 døgn. Statsråd Hansen hevder i sitt svar at tilbudet er styrket fordi den samlede økonomien til spesialist – og kommunehelsetjenesten er styrket, noe som også gjør at man vil få betydelig flere tjenester og tilbud innen rehabiliteringsfeltet og gjennom helseforetakene. (26.11.2008)

Ifølge st.prp. nr 1 2007-2008 har antall plasser i private institusjoner gått ned med 434 plasser fra 2005 til 2007. Nedgangen i faktisk bruk er antakeligvis mindre fordi tallene for 2007 er beregnet ut fra inngåtte avtaler og ikke beleggprosent, som i 2005.

I helse- og omsorgskomiteens budsjettinnstilling hevder regjeringens representanter at antall opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner totalt sett økte med

² Spørsmålet om hva som er en ideell og hva som er kommersiell virksomhet er imidlertid ikke alltid enkel å besvare. Man kan definere en ideell organisasjon som en organisasjon hvor eier ikke har anledning til å ta ut overskudd. Flere ideelle organisasjoner er imidlertid organisert som aksjeselskaper, og har anledning til å ta ut overskudd.

12,3 % fra 2006 – 2007 i aktivitet knyttet til regionale helseforetak (Budsjett innst. S. nr 11 2008-2009).

Ifølge aktivitetsdataene fra NPR for perioden 2007-2008 er antall opphold på private institusjoner økt med 12,3 % mens antall oppholdsdøgn har økt med 8,8 %. Holdes ordningen Raskere tilbake utenfor, er økningen på henholdsvis 9,7 % og 6,6 %. Tallene må imidlertid tolkes med forbehold. Tallene fra NPR bygger bare på data fra institusjoner med avtale med Helseforetakene og som må rapportere data til dem. Det er en rekke institusjoner som har avtaler med NAV knyttet til ordningen "raskere tilbake" og som ikke rapporteres til NPR. Det synes derfor riktig å hevde at aktiviteten på området har økt, og ikke minsket i hvert fall hvis vi bygger på data fra NPR og ser på perioden 2006-2007 (NPR, 2007).

4.6 Konklusjon

Den politiske styringen av feltet må karakteriseres som mangfoldig. Vi finner foretaksstyring, tradisjonell hierarkisk styring, bestiller-/utførerstyring og styring gjennom utviklingstilskudd, og alt på samme tid. I tillegg innebærer den faglige usikkerheten knyttet til behov og effekt/nytte at feltet vanskelig kan kunnskapsbaseres, og åpner for politisering. Uklare ansvars- og rolledelinger skaper usikkerhet om finansiering og faglig ansvar mellom primærhelsetjeneste, RHFer og NAV. Forholdet mellom politikk, administrasjon og fag er uoversiktlig. Politikerne har søkt å binde seg til masten ved å gi RHFene stor grad av faglig administrativ selvstendighet, men overstyrer likevel dette når det oppleves som faglig nødvendig og/eller politisk opportunt. Tjenestene leveres (til dels) av private tjenesteytere som regjeringen har et politisk ambivalent forhold til, og som høyresiden ser som et bidrag til kostnadseffektivitet og variasjon. Regjeringen ønsker fortrinnsrett for ideelle organisasjoner, uten at det er klart hva denne fortrinnsretten skal bestå i eller hva som er en ideell virksomhet. Diskusjonene om behovet for å utvide rehabiliteringstilbudet blir en ideologisk kampplass hvor kampen for å opprettholde private institusjonsbaserte løsninger, settes opp mot politisk styring og effektivisering av det offentlige tilbudet, i tillegg til eller i stedet for en diskusjon om omfang, kvalitet og innretting på rehabiliteringstilbudet. Slik sett har feltet mye til felles med styringen av andre velferdsstatlige tjenesteytingsområder: En instrumentell styringsforståelse synes utilstrekkelig fordi styringen i begrenset grad kan/er kunnskapsbasert og fordi en effektiv implementering av politikken vanskelig gjøres fordi implementeringsapparatet er så differensiert og oppfatningene av egnede virkemidler så mangfoldige.

5. FINANSIERING AV PRIVATE OPPTRENINGSG- OG REHABILITERINGSINSTITUSJONER

5.1 Inntektskilder for private rehabiliteringsinstitusjoner

Det er i dag i hovedsak 3 inntektskilder for private rehabiliteringsinstitusjoner. Ordinære anskaffelser, ordningen Raskere tilbake samt Helsedirektoratets omstillingstilskudd. I tillegg kommer privatmarkedet. Det består i dag i hovedsak av eldre brukere (seniorferie), og har et lite omfang. Potensialet beskrives av rehabiliteringsinstitusjonene, som begrenset. Tilsvarende gjelder for kommunen som kjøper av tjenester, som så langt synes lite interessert i å kjøpe rehabiliteringstjenester.

5.2 Kjøp av ordinære tjenester

Regionale helseforetak kjøper rehabiliteringstjenester på spesialisthelsenivå som del av sitt "sørge for ansvar", dvs. for dem med rett til rehabilitering jf pasientrettighetsloven. Ordningen er i hovedsak diagnosespesifikk, men det er også ikke-diagnosespesifikke avtaler, dvs avtaler hvor institusjonene leverer tjenester på tvers av enkeltdiagnoser eller blander diagnosegrupper. Institusjonene forventes å kunne levere både et døgn- og et dagtilbud, og å utvikle et individuelt tilrettelagt tilbud og et gruppetilbud. RHFene stiller krav om at institusjonene skal ha medisinsk kompetanse på spesialistnivå. Kjøp av arbeidsrettet rehabilitering står ikke i RHFenes oppdragsbrev. Likevel kjøper RHF Sør-øst slike tjenester ordinært (og gjennom ordningen "raskere tilbake"). RHF Nord har, ifølge direktoratet, ikke bevilget penger til kjøp av arbeidsrettet rehabilitering, med henvisning til ordningen "raskere tilbake".

Samlet sett bevilges det ca 1.1 milliard kroner "øremerket" kjøp av private rehabiliteringstjenester i 2007. Det er stor geografisk ulikhet knyttet til hvordan disse midlene fordeles mellom helseregionene (St.prp.Nr.1, 2008-2009, NOU, 2008). De fordeles etter institusjonens geografiske lokalisering. Særlig er helse Vest RHF forfordelt. Fra 2009 endres dette ved at de øvrige RHFene får større økning i sine rammer enn Helse Sør-Øst.

NAV kjøper også arbeidsrettede tjenester (avklaring, arbeidsrettet rehabilitering, arbeidspraksis, oppfølging etc.) for sine brukere (jf forskrift om arbeidsrettede tiltak mv), ordinært. Tjenestene er dagbaserte, men arbeidsrettet rehabilitering kan tilbys som døgnbasert tilbud. Tjenestene skal ikke være av behandlingmessig art, og forutsetter ikke medisinsk personale. Noen av disse anskaffelsene leveres av private rehabiliteringsinstitusjoner.

"Raskere tilbake". Både regionale helseforetak og NAV kjøper rehabiliteringstjenester gjennom ordningen "Raskere tilbake" som ble iverksatt høsten 2007. Ordningen er midlertidig, og er utviklet for sykmeldte, og som et resultat av sykefraværutvalgets rapport. Formålet med ordningen er å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Delvis sykemeldte kan inngå i målgruppen. Videre omfatter ordningen

arbeidstakere som alternativt ville blitt sykemeldte om de ikke ble omfattet av ordningen og de som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører. Det er et krav at de personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen som tilbys. Det ble bevilget 742 millioner kr til denne ordningen i 2008, hvorav 458 mill kr til de regionale helseforetakene. Om lag 50 % av disse midlene ble brukt til kjøp av tjenester fra private institusjoner (St.prp.Nr.1, 2008-2009).

Det er intet formalisert samarbeid mellom regionale foretak og NAV drift og utvikling knyttet til disse innkjøpene.

5.3 Omstillingstilskudd

Endelig har det siden 2006 vært opprettet et tilskudd til omstilling og utvikling av private rehabiliteringsinstitusjoner, i første omgang til fire institusjoner som mistet avtale med regionalt helseforetak. Fra 2008 har tilskuddsordningen blitt utviklet til å gjelde samtlige private rehabiliteringsinstitusjoner som har hatt avtale med regionalt helseforetak, og har et omfang på 45 millioner kr. Flere av institusjonene som fikk tilskudd har i tillegg fått avtale med regionalt helseforetak, eller NAV gjennom ordningen "Raskere tilbake".

Formålet med ordningen er å gi bedre mulighet for omstilling og utvikling av tilbudet i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Ifølge regelverket for 2009 prioriteres prosjekter innen følgende områder:

- Prosjekter/tiltak som innrettes mot arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene.
- Prosjekter/tiltak som er knyttet opp mot overordnede statlige planer.
- Prosjekterrettede tiltak som faller inn under de regionale helseforetakenes ansvarsområde.
- Prosjekter/tiltak som kan bidra til å styrke opptrenings-/rehabiliteringstjenester på områder der tilbudet synes mangelfullt i regionen.
- Prosjekter/tiltak som vektlegger pasientforløp og samhandling med helseforetak og/eller med kommuner/NAV.
- Prosjekter/tiltak for å utvikle rehabiliteringstilbud til nye brukergrupper.

Ordningen er midlertidig.

5.4 Oppsummering

Både Raskere tilbake og omstillingstilskuddet er midlertidige ordninger og har et omfang på henholdsvis 250 mill kr og 45 mill kr. I tillegg har vi ordinære anskaffelser på ca 1.1 milliard fra RHFene. I RHF Sør øst finner vi 31 institusjoner med avtale.

6. ORGANISERING AV ANSKAFFELSENE FRA PRIVATE OPPTRENINGSG- OG REHABILITERINGSINSTITUSJONER

Anskaffelsene fra NAV og RHFene er underlagt lov om offentlige anskaffelser. Lov om offentlige anskaffelser sier at rammeavtaler ikke kan inngås for mer enn fire år "med unntak av tilfeller som er særlig berettiget ut fra rammeavtalens gjenstand" (forskriftens § 6-1). Det er anledning til direkte anskaffelser på helse- og sosialtjenesteområdet fra ideelle organisasjoner. En slik adgang har de også for utførelse av opptrenings- og rehabiliteringstjenester som ytes utenfor sykehus, selv om tjenesten ikke leveres av en ideell organisasjon (§ 2-1 tredje ledd). Dette innebærer at de kan gå til anskaffelser uten forutgående kunngjøring, krav om forhandlinger og begrunnelser, selv om verdien av anskaffelsen overstiger terskelverdien på 500 000 kr inkl mva. Det midlertidige unntaket fra anskaffelsesreglementet for opptrenings- og rehabiliteringstjenester tar sikte på å sikre "at de faglige og økonomiske ressursene som er bygget opp", ikke "skal gå tapt for samfunnet" i en omstillingsperiode hvor regionale helseforetak har overtatt ansvaret for anskaffelsene av kjøp av spesialisthelsetjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner.

Konkurransetilsynet har ikke ønsket slike unntak, og hevder at strategien burde være å utvikle bestillerkompetansen, fremfor å unnta kjøp av rehabiliteringstjenester fra forskriftens prosedyreregler. Lignende resonnementer gjennomføres fra interesseorganisasjonene HSH og NRI (Norske rehabiliteringsinstitusjoner), som organiserer rehabiliteringsinstitusjoner. (Jf. høringsuttalelser i forhold til endring i forskrift om offentlige anskaffelser – kjøp av rehabiliteringstjenester).

6.1 Intern organisering av anbudsprosessene – RHF Sør-Øst

Ifølge RHF er det politikerne som gjennom statsbudsjettet og oppdragsdokumenter bestemmer hvor mye man skal kjøpe av private institusjoner. De skal gi fortrinn til ideelle leverandører, heter det, men samtidig skal alle behandles likt. Midlene er ikke lenger øremerket, men det forutsettes at kjøper private rehabiliteringstjenester i samme omfang som tidligere år. Samtidig heter det, at det er RHFene som vurderer hva som er hensiktsmessig å legge til helseforetakene (utnytte kapasiteten bedre der) og hva som skal kjøpes privat. For RHFene og for mange av institusjonene er anbudssystemet og bestillerutfører modellen relativt ny. Kompetansen til å håndtere anskaffelsesreglementet hos RHFene har økt etter hvert som man har fått erfaringer med ordningen. RHFenes anskaffelser fra private institusjoner har skjedd gjennom direkte anskaffelser. Ifølge RHF Sør-Øst har likevel anskaffelsene skjedd på en måte at de ligger nært opp til reglene i lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

Internt i RHF Sør-Øst skilles det mellom det innkjøpsfaglige ansvaret, og ansvaret for vurderinger av behov/faglig kvalitet. I RHFene (Sør-Øst) er det avdelingen for kjøp av helsetjenester som har det innkjøpsfaglige ansvaret. Det er ikke krav til juridisk kompetanse i

avdelingen. Avdelingen for tjenesteutvikling og samhandling utarbeider de faglige dokumentene i et tett samarbeid med Sunnaas sykehus og SER som rådgivende instanser. Avdeling for bestilling og rapportering fatter endelig beslutning og foretar vurderingene av hva som skal leveres av egne helseforetak og hva som leveres av private. Avdelingene er bestiller-utfører organisert, men samarbeider tett.³

Det har vært hevdet at de regionale helseforetakene har en dobbelrolle som bestiller og utfører, ved at de både har ansvaret for å finansiere og å bestille tjenester fra private rehabiliteringsleverandører, og ved at de selv yter lignende tjenester gjennom egne foretak (Gjønnnes and Holte, 2009). RHF Sør-Øst understreker at de finansierer og bestiller helsetjenester, men at det er helseforetakene som yter slike tjenester. Praksis har vært at fagfolk fra helseforetakene har vært benyttet som rådgivere, men også at det benyttes fagfolk fra andre RHFer i forbindelse med vurderinger av de enkelte kjøpene. Avgjørelsen av hva som skal kjøpes fattes imidlertid på regionalt nivå. Prinsipielt sett kan det imidlertid tenkes at fagfolk fra helseforetakene som er involvert i vurderingene av de private tiltakene vil kunne ha interesse av at midlene fordeles til foretakene.

RHFene skiller mellom rammeavtaler og ytelsesavtaler, hvor rammeavtalen beskriver overordnede forhold, mens ytelsesavtalen spesifiserer innholdet i anskaffelsen mer detaljert (for eksempel fordeling av diagnoser og funksjonsområder til den enkelte institusjon). Sistnevnte avtale evalueres i årlige samtaler med leverandørene.

For RHFene står de helsefaglige aspektene ved anskaffelsene sentralt. Tjenestene som kjøpes skal være spesialisthelsetjeneste, og er regulert av de kravene som stilles i spesialisthelsetjenesten og pasientrettighetslovgivningen. Dette innebærer høyere krav til faglig kvalitet – til behov for spisskompetanse, komplekse problemstillinger og intensiv trening. RHFene påpeker at det er behov for mer forskning på effektene av døgnplasseringer, og oppgir at det er behov for flere tverrfaglige og tverrspecialiserte polikliniske tilbud.

Ifølge RHFene er det ingen mangel på private aktører på markedet. Det er stadig henvendelser fra hoteller, gårdsbruk og treningsentra etc som ønsker å utvikle tilbud i dette markedet. I tillegg kommer det stadig nye aktører på banen, dels nasjonale og dels internasjonale. Mange av de nye har også høy kompetanse og beskrives som "veldig gode". Hovedutfordringen beskrives likevel som å få nok plasser (som er færre enn i dag) med høy kvalitet. Dette er i større grad en utviklingsoppgave, enn et spørsmål å presse institusjonene på pris/kvalitet. Institusjonene er videre svært ulikt geografisk fordelt.

I RHF Sør-Øst går henvisningene i hovedsak enten via de offentlige sykehuslegene (dvs foretakene) eller via fastlegene/privatpraktiserende spesialister. Det er de som her er henvisende instans og som fatter de faglige og skjønnsbaserte avgjørelsene knyttet til retten til helsehjelp. Dette forutsetter at foretakene kjenner til rehabiliteringsinstitusjonene, og

³ Det er viktig å være oppmerksom på regionale variasjoner knyttet til anskaffelsesrutinene.

deres tilbud, noe enkelte av institusjonene hevder ikke er tilfelle. Fastlegene henviser sine pasienter (også knyttet til ordningen "Raskere tilbake") til SER⁴ (Sentralenhet for rehabilitering). De vurderer henvisningene i forhold til pasientrettigheter, nasjonale retningslinjer etc. De ser på behov, på om det finnes dokumentasjon for hva som virker og på forholdet mellom kost-nytte (som i liten grad er aktuelt i forhold til rehabilitering).

Hovedintrykket i dag er at henvisningspraksis til institusjonene innenfor RHF Sør-Øst fungerer, og at de fleste institusjonene får fylt opp plassene sine.

I RHF systemet vil institusjonen for ordinære avtaler få utbetalt 1/12 av summen per måned. Hvis plassene ikke brukes kan pengene kreves tilbakebetalt. I hovedsak fylles imidlertid plassene opp. Institusjonene rapporterer hvert tertial, og det vil også være mulig å drøfte slike spørsmål i de årlige evalueringssamtalene. For ordningen raskere tilbake vil betalingen skje per behandling.

Det er opprettet egne koordinatører for Raskere tilbake-ordningen i helseforetakene. I følge NAV Oppland samarbeider de med koordinatør på sykehuset i Innlandet, og det skjer også et samarbeid gjennom de koordinatormøtene som Helse Sør-Øst organiserer.

6.2 Intern organisering av anbudsprosessene – NAV

I NAV er det AVdir som tenker strategisk og bestiller tjenester fra Nav Drift og Utvikling (NDU). Det er avdeling for anskaffelser og økonomi, seksjon brukerrettede anskaffelser i NDU som er innkjøpsfaglig ansvarlig. Avdeling for fag, drift og utvikling lager kravspesifikasjonene. I tillegg samarbeides det med avdeling for administrative tjenester om juridiske aspekter ved anskaffelsene. Både relasjonen mellom AVdir og NAV drift og utvikling og relasjonen mellom avdelingene er organisert etter en bestiller-utfører modell.

Ifølge NDU handler arbeidsrettet rehabilitering i utgangspunktet (første anbud i 2007) primært om et fokus på den sykmeldte, på arbeidsgiverne og arbeidsplassen. Målet var i dialog med brukeren, å utvikle tjenester som, gjennom mestring, motivasjon og læring, kunne gjøre henne i stand til gå på jobben på tross av at man hadde vondt. Fokuset skulle ikke være på mer behandling, eller på døgnplasser. Det utviklet seg imidlertid til å bli mer behandling, ved at anbudet også skulle dekke døgnplasseringer. Det sentrale er imidlertid fokuset mot arbeidsretting. "De må ut av institusjonene, jobbe med arbeidsgivere og arbeidsmarkedsorientering, for der blir arbeidsforholdet lett utydlig". Representantene for NAV fylke deler disse vurderingene⁵.

⁴ Bakgrunnen for opprettelsen av SER beskrives som et ønske om å sikre større grad av likebehandling og kvalitet. De vil, som sykehuslegene, fungere som et prioriteringsorgan, i den forstand at de både avgjør hvilke pasienter som skal få et tilbud, og hvor de sender dem.

⁵ Disse forestillingene om hva som er arbeidsrettet rehabilitering vil ikke stemme overens med den forståelsen av arbeidsrettet rehabilitering (ARR) som finnes blant institusjonene som leverer slike tjenester til spesialisthelsetjenesten. De

Kapasiteten i markedet for arbeidsrettet rehabilitering mv er i dag er for stor. Hypotetisk ville det være et problem hvis kapasitetsutnyttelsen til de institusjonene som får avtale blir så liten, at mange må legge ned. Per i dag er dette ikke tilfelle. De oppfordrer institusjonene til å fylle opp plassene sine fra andre steder enn NAV: "Hvis de så hadde sagt nei til oss mange ganger, måtte vi selvfølgelig vurdere det, men det har ikke skjedd".

Det hevdes at tettheten av institusjoner er for stor i enkelte deler av landet, og særlig på døgnbaserte tilbud. Et av fylkene vi snakket om bruker i dag 40 % av sin kapasitet på døgnbaserte tjenester. Det er en svært stor andel, og som de godt kunne ha redusert. De har imidlertid valgt "å skaffe seg erfaringer med slike tilbud, fremfor ha prinsipielle betraktninger om slike tilbud på forhånd".

Innenfor NAV-systemet inngås det rammeavtaler med institusjonene, men utbetalingene skjer per behandlet bruker. Det vil si at hvis institusjonene ikke får henvist søkere, så vil det økonomiske grunnlaget for dem forsvinne. Dette gjelder både ved ordinære avtaler, og knyttet til ordningen Raskere tilbake. NDU beskriver en kapasitetsutnyttelse på ca 75 % som god, de fleste vil få færre plasser enn dette.

Det opereres med fordelingsnøkler (prioriteringer) etter pris (hvor reiseutgifter er inkludert) og hensiktsmessighet, når det gjelder døgnbaserte (nasjonale) tilbud. Det betyr at dyrere institusjoner kan velges hvis det er hensiktsmessig. Når det gjelder dagtilbud er det a, b og c leverandører hvor a leverandører skal brukes først. Hvis a har fylt sin avtalefestede kapasitet, skal man gå videre til b. Dette kan man imidlertid fravike ut fra hensiktsmessighetsgrunner. Disse unntaksbestemmelsene er det informert om, men ikke "overinformert" om, og er lite brukt. Ordningen med 3 leverandører på hver tjeneste (avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging) i hvert fylke, var omfattende, og resulterte i en betydelig overkapasitet, ifølge NDU. Det resulterte i 2008 i at en del leverandører ikke fikk forlenget sine kontrakter.

I NAV skjer innsøkingen gjennom saksbehandlere på lokale NAV-kontor. Fastlegene har ingen henvisningsrett, men kan bruke sykefraværsblanketten til å anmode om eller ta direkte kontakt med saksbehandler. Det er opprettet fylkeskoordinatorer i fylkene for ordningen Raskere tilbake. Disse vil være sentrale for å spre kunnskap om ordningen i fylket. Mange fylker har imidlertid ennå ikke opprettet slike stillinger, og det arbeidet de gjør har ulik kvalitet. Det ligger opplæringspakker på Navet (intranettet til NAV). Her ligger også kravspesifikasjoner og oversikt over de ulike leverandørene. Kunnskapen om ordningene beskrives fra NDU som betydelig større i 2008 enn den var på høstparten 2007. Tiltaksbruken har gått opp.

vil hevde at slik rehabilitering må være a) institusjonsbasert b) leveres av fagfolk med kompetanse på spesialisthelsetjenestenivå c) intervensjonen må være knyttet til bestemte brukergrupper og d) inneholde en tydelig arbeidsorientering.

Ordningene hadde innkjøringsproblemer. Tiltakene var nye, og det var i liten grad avklart hvem som var i målgruppa for tiltaket. Saksbehandlers kunnskap om behov/tilbud vil i siste instans være avgjørende for bruken av institusjonene. Informasjon på fagsamlinger hvor de ansatte blir kjent med leverandørene som gjør det mulig for dem å koble individ og tiltak/leverandør, vil her være særlig betydningsfullt. Fra fylket ble det rapportert om "god dialog med leverandørene, men at enkelte kunne være litt for ivrige på salg, slik at man gikk lei dem". I tillegg hevdes det fra fylket vil brukernes egne oppfatninger, i den grad de har kunnskap og synspunkter om ulike tilbud, tillegges vekt.

Ifølge fylket kan informasjonen på Navet være for vanskelig å sette seg inn i for de ansatte. Dette øker betydningen av den muntlige informasjon, for at tjenestene skal gjøres kjent. I et av fylkene (Oppland) har de definert det at samtlige medarbeidere kan henvise som et suksesskriterium for ordningen. Her har de brukt mye ressurser på å implementere ordningen, på å spre kunnskap om den til arbeidsgivere, fastleger og ansatte. Tilbudet om arbeidsrettet rehabilitering døgnet rundt, blir betraktet som godt kjent i fylket.

Fra 1.1. 2009 vil henvisningene skje via Arena, mot tidligere Infotrygd. Dette beskrives fra fylket som en mer omstendelig prosedyre enn tidlig i forhold til henvisninger og avrop, men vil gi bedre systematikk. Flere av medarbeiderne som har erfaring med kjøp av helsetjenester tidligere, har også liten erfaring med dette saksbehandlingsverktøyet.

6.3 Omstillingstilskuddet

Omstillingstilskuddet administreres av Helsedirektoratet etter søknad, og behandles der av Avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemminger, i et samarbeid med regionale helseforetak, som konsulteres i søknadsbehandlingen. Det er imidlertid direktoratet som alene bestemmer tildelingen. Det har tidligere vært en sak oppe i KOFA hvor det ble konkludert at HOD har brutt lov om offentlige anskaffelser § 5 om konkurranse i forbindelse med tilskudd til Cato-senteret. Tilskuddet ble vurdert som en gjensidig bebyrdende kontrakt, hvor Catosenteret forpliktet seg til å levere en tjeneste som motytelse til støtten. Ifølge KOFA utgjør da det statlige tilskuddet et kjøp av tjenester som er omfattet av lov om offentlige anskaffelser (sak 2005/180).

6.4 Oppsummering

Det er mulig å gå til direkte anskaffelser av tjenester på opptrenings- og rehabiliterings-tjenester. Det er ikke uten videre gitt at dette er til fordel for institusjonene som leverer slike tjenester. I stedet kan det styrke bestillernes makt.

Anskaffelsesreglementet er nytt, særlig for RHFene. Dette har skapt innkjøringsproblemer. I tillegg er flere av de tjenestene som skal kjøpes nye, særlig innenfor NAV-systemet, noe som i en periode kan ha bidratt til et underforbruk. For begge gjelder at bruken av tjenestene henger sammen med henvisningspraksis, og at henvisende instans kjenner til institusjonenes tilbud og kan matche individ og tiltak på gode måter. Dette har så langt ikke alltid vært

tilfelle. RHFene har etter hvert økt sin bestillerkompetanse, og tjenestene er blitt bedre kjent og med økt bruk som resultat.

Utbetalingspraksis varierer, dvs avhengig av om det betales for bruk (NAV), eller om det utbetales et månedlig beløp som avhenger av størrelsen på rammeavtalen som for ordinære avtaler i RHF. Sistnevnte praksis, med rom for forhandlinger ved eventuell manglende kapasitetsutnyttelse, synes å gi institusjonene større forutsigbarhet.

Både RHF og NAV snakker om overkapasitet i institusjonsmarkedet, begge ut fra antakelser om kvalitet. RHFene etterlyser spesialisthelsetjenestekompetanse, og NAV arbeidsgiver- og arbeidsmarkedskunnskap, og det hevdes at kvalitet er en større utfordring enn kvantitet. I tillegg beskrives det som en utfordring at de fleste institusjonene er plassert i Østlandsområdet. Situasjonen beskrives som kjøpers marked. NAV understreker det som viktig at omstillingstilskuddet for fremtiden ikke brukes for å bygge opp en kapasitet i institusjonene, som er større enn behovet. "Institusjonene må satse på andre kunder utover dem, og omstillingsmidler burde brukes til å tilpasse seg et nytt marked", hevder NAV fylke.

Det foregår i dag ikke noe samarbeid mellom NDU og Regionale helseforetak om kravspesifikasjoner behov/kvalitet knyttet til verken ordinære innkjøp eller til innkjøp knyttet til ordningen "raskere tilbake"⁶.

Fra en legmanns synspunkt synes det, med bakgrunn i KOFA dommen om tilskudd til CATO-senteret, mulig å reise tvil om lovligheten av omstillingstilskuddet.

⁶ Dette kan innebære at institusjonene kan sende relativt likelydende tilbud så vel til NAV og RHFene, noe vi vet at skjer, med den administrative uklarhet og mulighet for dobbeltarbeid dette innebærer. NDU presiserer i denne forbindelse at NAV og RHF er to ulike oppdragsgivere, som i utgangspunktet ikke kjøper tjenester med identisk innhold: "Selv om tjenestene har samme navn (raskere tilbake/arbeidsrettet rehabilitering) har de ikke det samme innholdet. Riktig nok er det for begge snakk om sykemeldte arbeidstakere, men skillet går ved at RHFes brukere får behandling. Det skal (i utgangspunktet) ikke NAVs brukere ha. NAVs tilbud går på coaching, motivasjon og mestring. Når det gjelder innkjøpsfaglig samarbeid er det nok noe i det at enkelte kan havne i en gråson". RHFene mener også at tjenestene de og NAV kjøper i utgangspunktet er av helt forskjellig karakter. De kjenner seg ikke i problemstillingene knyttet til administrative uklarheter og dobbeltarbeid

7. INSTITUSJONENE

Det var 4 institusjoner som fikk omstillingstilskudd i 2006 fordi de mistet avtale med regionalt helseforetak når ansvaret for opptreningsinstitusjonen ble overført til dem. En av dem, Frydenberg rehabiliteringssenter, gikk til skifteretten våren 2008.

7.1 Godthaab (intervju med daglig leder og prosjektansvarlig)

Godthaab får størstedelen av sine midler fra Helse Sør-Øst. 12 plasser gjennom "raskere tilbake" og 39 på ordinær avtale. Til sammen 51 plasser. 80-90 % av finansieringen kommer gjennom disse plassene. For den ordinære avtalen på 39 plasser, hadde Godthaab en overdekning på vel 3 %, mens Raskere tilbake hadde en dekning på vel 93 %. Institusjonen har fått anledning til å overføre de ubenyttede døgnene til 2009. Institusjonen, som i alt har 79 rom og 83 senger, definerer 75 senger som 100 %, noe som innebærer at man til enhver tid har 24 ledige plasser ("kalde plasser"). I jula og på sensommeren er det svært stille, og institusjonen vurderte i år å stenge i feriene (tvungen ferie).

Institusjonen mener at de årlige evalueringssamtalene knyttet til ytelsesavtalene i for liten grad åpner opp for forhandlinger og endringer underveis.

Institusjonen leverte tilbud til NAV i 2007 da de åpnet for også å tillate døgntilbud. Godthaab fikk en god faglig vurdering av sitt tilbud, men fikk ikke akseptert tilbudet pga at prisen var for høy.

Institusjonen er også på privatmarkedet, og styret for institusjonen har ønsket at institusjonen skulle satse mer på dette segmentet. Det har imidlertid vist seg utfordrende å kombinere private og offentlige kunder hvor den ene betaler en egenandel på 120 kr og den andre betaler over 1000 kr.

Institusjonen hadde overskudd på ca 700 000 kroner i 2008 og har en god egenkapital-situasjon, etter at man i 2004 solgte en del av eiendommen. De inntektene man får fra Raskere tilbake og den ordinære avtalen med HSØ er sammen med bevilgningen fra Helsedirektoratet sentralt for videre drift.

Omstillingen

Turnoveren i organisasjonen er i dag liten, men den har vært betydelig. Organisasjonen har 48 årsverk. Det er ikke rekrutteringsproblemer på helsesiden, men mer på renhold etc. Organisasjonen har blitt ISO-sertifisert.

Faglig sett har institusjonen styrket bemanningen, og i større grad tatt i bruk mestringsmetodikk i det generelle tilbudet sitt. Mange av tradisjonsbærerne og forvalterne av eldre styrings- og arbeidsformer har sluttet, og åpnet opp for større grad av mestringsmetodikk,

tverrfaglighet og teamarbeid. Institusjonen ønsker å bidra til at brukere av Godthaabs tilbud bedre kan mestre eget liv og trekker inn eksterne ressurser og pårørende for å sikre dette.

Det er blitt klarere ansvars- og rolledelinger internt, og institusjonen har fått en inntaksleder som jobber med innsalg og kontakter med henvisende instanser, og som åpner opp for mer fagbaserte presentasjoner i neste omgang. Dette har bedret relasjonen til viktige samarbeidspartnere. Innsalget knyttes til kunnskap om effektene av ulike institusjoner.

Henvisninger

På ordinære plasser får institusjonen direkte henvisninger fra helseforetakene og fra SER. Når det gjelder "Raskere tilbake" får de på den ene siden henvisninger direkte fra helseforetakene, og fra SER, særlig til "mestringstilbudet" (ARR-kurset som ble utviklet gjennom tilskuddsmidlene fra Helsedirektoratet).

Noen brukere henvender seg direkte til institusjonen, blant annet som svar på annonsekampanjer. De må henvises videre til SER. Institusjonen opplever at pasientene "vil hit", men opplever at SER enkelte ganger sender dem et annet sted. Institusjonen sier at de i en periode har hatt problemer med å få henvisninger gjennom SER. Dette har imidlertid bedret seg, og de får nå også henvist folk som institusjonen ikke selv har rekruttert. Det har skjedd at SER har sendt personer som er på midlertidig uføretrygd. De har imidlertid fått beskjed fra Helse Sør Øst om at disse gruppene faller utenfor "raskere tilbake ordningen". Det reises spørsmål om nødvendigheten av at henvisningene går gjennom SER, som ikke ser pasientene og kan ha mangelfull kunnskap om institusjonenes tilbud.

Både for henviste pasienter og privatpasienter er det en utfordring at de ofte er svakere enn det sykehus og pårørende oppgir og ikke sjelden mottar Godthaab pasienter som har et meget beskjedent rehabiliteringspotensiale, men ikke innen Raskere tilbake.

Tilskuddet

Omstillingsprosjektet har vært og er svært viktig for Godthaab. "Lev lenger bedre!" som er et nytt tilbud til pensjonister har fått god mottakelse, og institusjonen ønsker å videreføre det i 2009-søknaden. "Raskere tilbake til arbeid": Dette prosjektet følger opp tidligere deltakere i mestringkurset. På tross av mange potensielle deltakere i denne målgruppen, er det fortsatt tungt å rekruttere deltakere. "Arbeid og motivasjon": Dette prosjektet handler om arbeid og motivasjon for delvis sykmeldte, beskrives som et sekundærforebyggende tiltak og er en kortversjon av det "ordinære" mestringkurset. Her er det noe lettere å få fylt opp plassene. Institusjonen har ikke lyktes med å få henvisninger fra sykehusene til dette spesielle kurset. Det pågår også et oppfølgingskurs for tidligere deltakere i mestringkurset, med kontrollgruppe.

Institusjonens omdømme

Institusjonen mener fremdeles at en av årsakene til at de sliter med lav kapasitetsutnyttelse skyldes at de gikk til sak mot tidligere Helse Øst. Situasjonen er imidlertid mye bedre enn før. Godthaab opplever fortsatt at det spres opplysninger som er gale. Et eksempel på et slikt rykte er at pasienter på avtaleplass må betale for bruk av bassenget, mens privatpasienter går gratis. Dette stemmer ikke. Godthaab opplever også at de sliter med et rykte om at innsatsen deres fortrinnsvis er knyttet til eldre og dårlige pasienter. Selv om gjennomsnittsalderen fremdeles er høy, (70 år), er den sunket de siste årene pga at man nå også har langt flere yngre brukere. Institusjonen argumenterer for at kombinasjonen av eldre og yngre går fint.

Fremtiden.

Institusjonen vurderer å levere tilbud til NAV i løpet av 2009. Godthaab arbeider hele tiden for å styrke sitt helsefaglige tilbud slik at den mestrings- og arbeidsrettede kompetansen styrkes hos flere av de ansatte. Godthaab besitter i dag en tung helsefaglig kompetanse som kan være sentral om man fremtidig skal kunne utvikle en intermedial post. Mens den arbeidsrettede mestringsmetodikken i stor grad er diagnoseuavhengig, er pasientene som kommer gjennom SER gjennomdiagnostiserte. Det beskrives som en spenning mellom disse perspektivene, faglig, ressursmessig så vel som bemanningsmessig.

7.2 FRAM (Intervju med direktør og eier)

Økonomisk situasjon.

Situasjonen for Fram fra et bedriftsøkonomisk ståsted er vanskelig. Underskuddet var på 1,2 millioner for 2008. Institusjonen hadde et driftsoverskudd på ca. 90 000 i 2007 og hadde et driftsunderskudd på ca. 3 mill. i 2006. Institusjonen har i dag ca 40 ansatte og 33 årsverk.

Institusjonen har ingen avtale med NAV. De har en liten avtale med Helse Sør-Øst på Raskere tilbake (7 plasser, avtale prolongert ut 2009) i tillegg til en ordinær avtale (40 senger), som løper ut 2010. Totalkapasitet er på 60 senger. I tillegg har de 2-3 privatpasienter (seniorferie/behandling) og forsikringspasienter til enhver tid. Privatmarkedet beskrives generelt som vanskelig. Folk/virksomheter er lite interessert i å kjøpe helsetjenester privat, når det kan finansieres via det offentlige.

Prisen per seng, særlig for ortopediske pasienter beskrives som for lav. Blant annet fordi flere av pasientene har et større pleiebehov enn tidligere. Pågangen beskrives som god, med årsbelegg på ca 90 %. Grunnen til at belegget ikke ligger på 100 %, knyttes særlig til uforutsigbarhet i forbindelse med henvisninger fra sykehus (utsettelse, avbestillinger pga. medisinske årsaker i sykehusavdeling osv.), som står for ca. 80 % av henvisningene til Fram, og redusert kapasitetsutnyttelse i jula og på sommeren pga av færre elektive operasjoner og dermed manglende henvisninger.

Institusjonen føler seg presset på pris, samtidig som kravene til tverrfaglighet, kvalitetssertifisering, tilgjengelighet og faglig tyngde fra RHF-systemet er høye. Siste runde av forhandlingene med RHF i 2007 foregikk på telefon og via mail. Da ble prisen på FRAMs tjenester justert ned, men uten at tilbudet (kvalitet/omfang) ble justert tilsvarende. Institusjonen knytter de lave prisene til en argumentasjon hvor kjøper hevdet at de allerede var delvis finansiert med prosjektmidler. Prisene fra Helse Sør-Øst er heller ikke fullt ut pris- og lønnsjustert. Dette innebærer ekstrakostnader for institusjonen og at 2008 var uten lønnsjusteringer. Skal man beholde faglig kvalifiserte ansatte, så må lønnen økes i 2009.

Fordi de økonomiske rammene i den ordinære avtalen med Regionalt helseforetak er låst ut 2010, og tilskuddsmidlene er redusert, innebærer dette at organisasjonen står ovenfor store utfordringer i 2009 og 2010. Institusjonen beskriver seg i dag som avhengig av omstillingstilskuddet, samt tilførsler fra eierselskapet blant annet gjennom nedsatt husleie og avdragsutsettelse. Eier har stått for kostnadene ved oppussing av (pusset opp) 5 leiligheter og hybler i institusjonen, der leieinntektene i sin helhet går til institusjonen.

Budsjettet baseres på forutsetning om omstillingstilskuddet, og deler av bemanningen er også knyttet til disse. Senteret er videre avhengig av kassakredittlån for å sikre driften.

De to nærmeste årene vil avgjøre institusjonens videre skjebne. De vil legge inn et tilbud på NAV utlysningen i juni. Og lykkes de her kan økonomien bedres. RHFavtalen vil først utlyses på nytt i 2010.

Omstillingen

Siste halvår av 2008 har vært preget av permitteringer, relativt høyt sykefravær, oppsigelser og kostnadskutt, og institusjonen har hatt noe gjennomtrekk. Men det er også fortatt en rekke nyansettelser. Samtidig har det vært bygget opp kompetanse på nye områder (ARR), og som man trodde ville bli et satsingsområde både gjennom tilskuddsmidler og Helse Sør-Øst.

I realiteten er avtalen om ARR såpass liten, at det har vært økonomisk utfordrende å opprettholde kravet fra bestiller om et bredt tverrfaglighet tilbud til denne brukergruppen.

Institusjonen ønsket bl.a. å bruke tilskuddsmidlene for 2009 til en utvidet satsing på ARR. Det fikk de ikke. Derimot fikk de tilskudd til prosjekter for tidlig rehabilitering og slagpasienter som de også hadde søkt om (tidlig rehabiliteringstilbudet for ortopediske pasienter fikk imidlertid et så lite volum, at pengene ble brukt til å gi ordinære pasienter tettere oppfølging).

I omstillingsperioden, har det derfor vært nødvendig med noen justeringer av ARR-tilbudet som ble utviklet i prosjektperioden. Inntaket av brukere er gjort om fra hver 4. uke til hver uke, noe som gjør det mer tilgjengelig for brukerne. Tilbudet er modulbasert og dermed mer fleksibelt for nye brukere å komme inn i gruppen. Livsstyrketrening har vært en viktig del av

dette tilbudet. Dette er også blitt modulbasert, med egne mål for hver samling, noe som gjør det mulig for flere å kjøre kursene, og for å ta inn pasienter på ukentlig basis. Aktivitetene og undervisningsmodulene som tidligere kun var tilgjengelige for ARR-brukerne, er nå lagt inn i en aktivitetsbank sammen med de andre tilbudene som tidligere var forbeholdt de andre pasientgruppene. Denne aktivitetsbanken er utgangspunktet for aktivitetsmenyen, som alle pasienter og brukere som kommer til Fram har tilgang til. Når pasienten/brukerne kommer til Fram settes det opp en individuell rehabiliteringsplan med pasientens/brukerens egen mål for oppholdet, og med timeplan der gruppeaktiviteter, undervisningsmoduler og Livsstyrketrening settes opp etter pasientens individuelle behov. Slik blir hele timeplanen tilgjengelig for alle brukerne.

Mens Arr tidligere var "en stat i staten" har ARR-konseptet med sin tverrfaglige tilnærming delvis fungert som en mal i hele senterets omstillingsprosess som startet i 2008 der målet var å oppnå et tverrfaglig, helhetlig og funksjonelt rehabiliteringstilbud. Fokuset generelt på institusjonen er mindre på diagnose, og mer rettet mot funksjon, mestring og kognitiv terapi. Man har teamorganisert seg (tre team), og jobber i mye større grad integrert og tverrfaglig. De gamle skillene mellom sykepleie, fysioterapi og Arr er borte.

Mye har handlet om å strukturere dagene slik at et tverrfaglig tilbud blir mulig, og dermed sikre alle pasienter et godt tilbud, samtidig som fleksibiliteten i forhold til endrede bestillinger kan ivaretas.

Omstillingen har slik sett hatt store omkostninger. "Noen har klart det, andre har ikke". Å være i en presset situasjon skaper imidlertid også rom for å oppnå endringer man ellers ikke ville fått til. I tillegg har en del av tradisjonsbærerne, som har vært skeptiske til omstillingene sluttet. I dag beskrives institusjonen som å bestå av en stabil, motivert og engasjert gruppe ansatte som har tro på framtiden og videreutvikling av Fram, med bred faglig tyngde og vekt på tverrfaglige arbeidsformer/metoder. Institusjonen ser tilskuddsmidlene fra Helsedirektoratet som et viktig bidrag i videreutviklingen av Fram. De opplever også å ha en nær dialog med og få god støtte fra direktoratet.

Samarbeid

Institusjonen har utstrakt samarbeid (benchmarking) med Sølvsjøttberget (søsterorganisasjon med samme eier), med Hovedstadssykehusene, og da spesielt Ullevål Universitetssykehus HF (UUSHF), Sykehuset Asker og Bærum HF (SABHF) og Lovisenberg Diakonale sykehus. Fram har formelle samarbeidsavtaler med UUSHF og SABHF. Samarbeidsavtalen med UUSHF innebærer bl.a. at det kommer lege derfra 1 gang i uka betalt av tilskuddsmidlene for å arbeide med prosjektpasientene i prosjektet Tidlig rehabilitering. Videre samarbeider Fram med primærhelsetjenesten, fastlegene og brukerorganisasjoner som bl.a. Parkinsonforbundet.

Henvisninger

Institusjonen har god dialog med SER. De har vært på Fram, men det er en stund siden, og Fram har vært hos dem. Institusjonen opplever noe frustrasjon hos fastleger og brukere knyttet til SER. Fastlegene har beskrevet at de får søknader i retur fordi de er feilaktig utfylt, og det kan ta lang tid. Da blir det ikke raskere tilbake. I tillegg kommer i liten grad de diagnoseuavhengige til SER, og som Fram sitt ARR-tilbud er rettet mot. I forhold til disse brukerne oppleves SER som en terskel, og rekrutteringen av denne brukergruppen foregår i større grad gjennom NAV til institusjonene som har avtale med NAV.

Fremtiden

I 2009 skal reformene organisasjonen har gjennomført forankres. Fram vurderer å videreføre begge tilskuddsprosjekter, eventuelt utvide med et prosjekt for opererte Parkinson-pasienter. Særlig ønsker de å utvide tilbudet knyttet til ortopedi, samt å legge opp et kontrollgruppedesign for prosjektet "Tidlig rehabilitering". Målet er å få pasientene overført tidligere (etter 3 postoperative døgn) fra sykehuset, men å opprettholde ordinær liggetid - 14 dager. Dette krever mer ressurser og høyere pris. I denne forbindelse har de kontakt med bevegelsesdivisjonen ved Ullevål sykehus, og har egen samarbeidsavtale med dem. Legene på UUSHF kvier seg imidlertid, selv om ledelsen vil ha dem ut. Nå ligger på sykehus opp til 12 dager, mens differansen på døgnprisene mellom sykehuset og Fram er stor og en seng på Fram oppgis til å være ca. 70 % lavere enn sykehusets.

Overordnet vurdering

Den overordnede vurderingen av rammebetingelsene er knyttet til uforutsigbarhet. Myndighetene beskrives som spaltet: De ber institusjonen om å utvikle tilbud som de ikke gir institusjonene mulighet til å opprettholde. Samtidig sies det at det er store behov for rehabiliteringsplasser.

Helse sør øst beskrives som en tøff oppdragsgiver, med lite rom for forhandlinger i økonomisk prekære situasjoner (for eksempel høsten 2008 hvor konkursen truet).

Den usikre økonomien skaper utfordringer med hensyn til å motivere de ansatte til omstilling. Samtidig mener de at de har lært mye, og er blitt mer profesjonelle. De ansatte har stadig tro på framtiden, viser stort engasjement og er motiverte for å drive senteret videre. Senteret oppleves av mange som jobber der som en spennende bedrift under kontinuerlig utvikling. På tross av de utfordringene viser HMS-undersøkelser høy trivsel. På den annen side har noen av de som har jobbet ved senteret i mange år, "valgt ikke å bli med på utviklingen og de endringene som skjer, og forlatt skuta". Fram fortsetter å satse og å videreutvikle, men de avgjørende årene vil bli 2009-2010. Institusjonen er avhengig av fortsatte tilskudd, og nye avtaler med RHFene for å kunne overleve på sikt. De vurderer å sende inn tilbud på NAV-utlysningen i 2009.

7.3 Fron (intervju med styrleder, samt ansatt)

Institusjonen har kontrakt i forbindelse med ordningen "raskere tilbake". 15 plasser fra NAV henvist fra hele landet, og 5 fra RHF (henvist fra SER).

NAV har hatt problemer med å fylle opp plassene, men dette har bedret seg nå. Med forskriftsendringen (Fron har inngått en tileggsavtale med NAV) er også målgruppa utvidet fra sykmeldte til andre grupper. Per i dag er innsøkningen bedre, og de 3 første gruppeopptakene for 2009 fylt opp. Kapasitetsutnyttelsen fra RHF var for 2008 nær 100 %, men så langt i 2009 er den meget lav.

Det har vært et problem at avtalene med NAV ikke har vært justerte for pris- og lønnsvekst. Dette blir alvorlig når gamle avtaler prolangeres. I tillegg oppleves døgnprisen som satt for lav i forhold til kompetanse/kostnader.

2007 var prosjektet 100 % tilskuddsfinansiert. 2008 hadde større innslag av ordinær drift, og endte med et lite underskudd på 170 000 kr. Prisen har imidlertid vært manglende lønnstillegg/justeringer; at vakanser ikke fylles opp og at folk slutter/må slutte, samt forhandlinger rundt husleiereduksjoner. Eier av lokalene har imidlertid gjort betydelige investeringer i eiendommen, utover husleieutgiftene.

Institusjonen virker tross dette konsolidert, og med høy kompetanse etter hvert også på arbeidsrettet rehabilitering. Institusjonen har nettopp fått ny leder med bred faglig og administrativ erfaring.

Det er ARR tenkningen som ligger til grunn for institusjonen, og arbeidet beskrives som tverrfaglig og brukerorientert. Hver bruker har en koordinator som følger brukerne gjennom prosessen, og som fører funksjonsvurderingen i pennen. Den skal syntetisere alle perspektiv på brukeren. Alle Brukerne som ønsker det får individuell oppfølging etter oppholdet. Ofte reiser de også ut og er til stede på møter med NAV hvis brukerne ønsker det. Uansett er det kontakt med NAV i etterkant av møtet. Dette er svært ressurskrevende og må finansieres på sikt.

Institusjonen mener de får gode tilbakemeldinger på funksjonsvurderingene sine fordi de er så konkrete og helhetlige. De inneholder en tverrfaglig vurdering, en konklusjon og forslag til tiltak. Institusjonen har en ambisjon om å lage "prognostiske funksjonsvurderinger".

Institusjonen praktiserer gruppeinntak, og deler 4 ukers oppholdet i fire faser; statusuke; mulighetsuke, konsolideringsuke og livet ut uke. Mottoet er frigjøring til mestring og metoden beskrives som "psykoedukativ", basert på medlevelse/medopplevelse og å ta brukerne på alvor. Undervisningen handler også om å gjøre den enkelte pasient i stand til å kjenne på kroppen sin hva som skjer med dem, og dermed også huske det de lærer når oppholdet er avsluttet. Utgangspunktet er personen ikke diagnosen. En rygglidelse er typisk

knyttet til 6 eller 7 andre lidelser også. Da kan man ikke behandle diagnosen, men bare personen.

Målet for senteret er inntekter gjennom ordinær drift, og at innsparinger ikke går utover brukerne. Å være avhengig av prosjektmidler beskrives som svært ressurs- og tidskrevende, og holder ikke over tid. Prosjekttilskuddet i 2008 gikk også i all hovedsak til ekstern finansiering av et aksjonsforskningsprosjekt knyttet til utviklingen av institusjonen og resultater for brukerne.

Det er ordfører i bygda som er styreleder (som privatperson), og som også i en periode har fungert som arbeidende styreformann. Han beskriver "kampen for tilværelsen" som spennende. Han kjenner systemet, og synes det er morsomt og utfordrende å forme et nytt felt i kaotiske og uoversiktlige omgivelser

Institusjonen beskriver seg som over kneika (hvis tingene utvikler seg normalt), og ser optimistisk på fremtiden. Brukertilfanget er godt, det faglige og tverrfaglige er spisset, institusjonen trenger ikke lenger å tenke på økonomisk overlevelse hver uke. De antar at de vil få videreført sin avtale med NAV i 2009, og at de er såpass synlige vis a vis NAV at dette er sannsynlig.

Samtidig beskrives den økonomiske situasjonen som anstrengt. Prissettingen beskrives som for lav, gitt fullpensjon og den tunge fagligheten institusjonen representerer. Ytterligere tilskudd vil bli bruk til ytterligere å spisse den faglige kvaliteten gjennom videre kvalitetssikringsprosjekter. Det er også mulig å øke kapasiteten noe, men det krever økt bemanning. En utvidelse i retning av tyngre grupper, vil også kreve ekstra ressursinnsats. De tar sikte på ISO-sertifisere institusjonen i 2009.

Fron Rehabilitering har som mål at mer og mer av driften skal innrettes mot ordinær drift. På grunn av den fortsatt usikre brukertilgangen vil bedriften måtte ha noe prosjektfinansiering i 2009 for å overleve.

7.4 Frydenberg rehabiliteringssenter (intervju med generalsekretær og økonomisjef i Kirkens sosialtjeneste)

Frydenberg gikk til skifteretten 20 mai 2008. Alle fagpersoner har per august 2008 fått jobb i forlengelsen av nedleggelsen, 2-3 personer uten fagutdanning står uten jobb.

Frydenberg var egen stiftelse. Hovedstyret i Kirkens Sosialtjeneste oppnevnte styret i Frydenberg som var en egen stiftelse under stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste. I tillegg kjøpte senteret en del tjenester innen overordnet ledelse og økonomi fra Kirkens sosialtjeneste.

Det var daglig leder og styrleder som ledet omstillingsprosessen, og informantene understreker derfor at de ikke kjenner detaljene i historien.

Informantene opplever at dialogen med Helsedirektoratet har vært god og konstruktiv. "De utløste tro på at det skulle være mulig å finne nye arbeidsoppgaver og arbeidsformer. Det var åpen dialog med direktoratet at dersom vi (les Frydenberg) ikke fikk på plass avtaler med RHF eller NAV, så ville det antakelig gå mot nedleggelse". Formuleringene peker mot at omstillingstilskuddet ble tolket som et signal om Frydenberg hadde en muligheter for å overleve.

Anbudsprosessene med RHFene ble opplevd som vanskelig. Anbudsprosessene ble ikke opplevd som forutsigbare og etterprøvbare, og det ble opplevd at fasiten var gitt på forhånd og at Frydenberg ikke sto oppført her. Derfor blir det "ennå mer underlig når RHFene først signaliserte at de ønsker et bestemt prosjekt – et tilbud til kreftpasienter - som Helsedirektoratet ga omstillingstilskudd til, og som de i neste omgang ikke er interesse for i etterkant".

Det reises spørsmål ved vektingen av elementene pris, kvalitet, innhold i tjenestene, tilgjengelighet og leveringssikkerhet. Tidligere leder hevder blant annet at institusjoner med medisinsk personale og ukompliserte lidelser får høyere utelling, enn institusjoner med mindre medisinsk personale, men med mer kompetanse- og ressurskrevende brukere (kreft). Det ble ikke opplevd som mulig å diskutere slike spørsmål med oppdragsgiver. Ved "siste anbudsrunde kom det klart frem at det skulle satses på arbeidsrettet rehabilitering. I forhandlingsmøte og ved tildeling av plasser synes det likevel å ha blitt tillagt mindre vekt enn det vi fant rimelig. I stedet ble plassene spredt rundt til de institusjonene som allerede hadde avtale, og hvor fokuset på arbeidsrettet vurdering" etter informantenes mening, "kom i bakgrunnen".

Det reises spørsmål ved RHFenes uavhengighet som oppdragsgiver gitt deres dobbeltrolle og som eier og bestiller av helsetjenester: "De tildeler midler til private i konkurranse med egne foretak/fagmiljøer". I stedet hevdes det at de offentlige tilbudene også burde "konkurransenutsettes".

Institusjonen fikk rammeavtale med NAV, den har imidlertid ikke blitt brukt. Kirkens sosialtjeneste kjenner ikke de nærmere omstendighetene rundt dette, men mener det kan henge sammen med at; rehabilitering på institusjon ikke var det tilbudet som ble etterspurt, og uklar målgruppeorientering og pris. Forsøket på å gjøre tilbudet kjent blant leverandørene ble opplevd som vanskelig, fordi fylket satte seg imot det. Anbudsrunder med NAV ble videre karakterisert som krevende: "Først var det uspesifisert om anskaffelsen gjaldt dag eller døgn, så var det bare dag og så kom døgn inn igjen på slutten".

Kirkens Sosialtjeneste mener det er "liten vits i at en etat bruker offentlige midler til omstilling hvis de som er tiltenkt å overta driften ikke er enig i satsingen/prioriteringen". Det kan fremstå som "en kritikkverdig bruk av offentlige midler". "Helsedirektoratet innga håp og holdt trykket oppe, men RHFene fulgte ikke opp. Vi stolte på at ting skulle ordne seg.

Hadde vi fått tydeligere beskjed tidligere, hadde institusjonen ikke holdt på så lenge". Kirkens Sosialtjeneste overført også midler til Frydenberg i troen på at ting skulle ordne seg. På mange måter hevdes det, ble de ansatte lurt: Det tar lang tid å bygge et fagmiljø. Og vi utviklet en velstudert, sammensveiset gjeng som utviklet noe nytt. Det førte imidlertid ikke frem.

NDU og NAV Buskerud understreker begge at de regnet Frydenbergs tilbud som faglig godt, og at det ikke er slike vurderinger som ligger bak den manglende bruken av dem.

NDU viser til at de i forhandlingsmøtene aldri lovet at plassene skulle bli fylt, snarere tvert imot. Institusjonene har hevdet at NAV hadde en moralsk forpliktelse til å fylle opp plassene. Vi ba dem imidlertid bare om å oppgi total kapasitet, og i dette ligger ingen forpliktelse til å fylle dem opp. Oppfyllingsgraden på døgnplasser beskrives som å være 55-75 % og 75 % regnes som meget bra.

NAV Buskerud understreker at det tar tid å få nye tjenester opp å stå. "Raskere tilbake" beskrives imidlertid nå som på en helt annen måte å være integrert i fylkets og kontorenes sykefraværssatsing. Videre ble det hevdet at nedslagfeltet for Hokksund rehabiliterings-senter var større, pga av beliggenheten. Kjøp av døgnplasser er dyrt i forhold til andre tilbud, og den rammen Buskerud hadde fått tildelt for 2008 ble brukt opp. I en slik sammenheng må man prioritere dagtilbud, slik at flere får nytte av pengene.

7.5 Oppsummering

De tre gjenværende institusjonene har vært gjennom en betydelig omstillingsprosess, og mener de står bedre rustet nå enn tidligere i forhold til nye anbud. Den helsefaglige og arbeidsrettede kompetansen er styrket, arbeidet foregår i større grad tverrfaglig og team-basert, noe som også gjør dem bedre rustet til å håndtere endrede krav fra omgivelsene. 2 av institusjonene er ISO-sertifisert, den tredje arbeider med å bli det.

Samtidig beskrives den økonomiske situasjonen som anstrengt og til dels kritisk. De beskriver at de strekker seg langt for å overholde ytelsesavtalen, til tross for at de i perioder driver med tap. Det er en rekke forhold som bidrar til å skape denne situasjonen:

Varighetene av og eventuell manglende oppfyllelse av rammeavtalene skaper manglende økonomisk forutsigbarhet og gjør det vanskelig å utvikle nødvendig kompetanse og spisse tilbudet.

Institusjonene presses på pris uten at avtalene endres, og prisene er fullt ut pris- og lønnsjusterte. Dette blir vanskelig når avtaler prolongeres. Dette gjør det på sikt vanskelig å beholde kvalifisert personale.

Det oppleves som krevende å skulle forholde seg til to bestillerregimer hvor krav og innretting varierer. Skal institusjonene ansette flere personer med helsefaglig utdanning (i

den grad de er en del av spesialisthelsetjenesten), eller er det andre kompetanser (mer mestringsorienterte) som må utvikles? Skal institusjonene utvikle seg i retning av diagnosespesifikke pasientgrupper med spesielle behov, eller mot brukerne som ikke trenger et spesialisert diagnostisk tilbud, men en mer funksjons- og mestringsorienterte tilnærming, eller skal de gjøre begge deler? Skal de drive rehabilitering på spesialisthelsetjenestnivå, eller arbeidsrettet rehabilitering med fokus på arbeidsplass, mestring og funksjon? I realiteten opprettholder flere av institusjonene i dag to sett av kompetanser og tenkemåter samtidig, med de kostnader dette innebærer.

Det beskrives som vanskelig å gjøre sitt tilbud kjent ute blant henvisende instanser, og å spre kunnskapen om de tilbudene institusjonen representerer.

Omstillingstilskuddene beskrives som uunnværlige, Helsedirektoratet som en god samarbeidspartner og en redningsplanke. Men det reises spørsmål ved om innrettingen på tilskuddene er riktig, når kjøperne ikke ønsker de tilbudene som utvikles. Dette beskrives som at myndighetene er spaltet: "De (Stortinget/Helsedirektoratet) ber oss om å utvikle tilbud, men gir oss ikke muligheter til å holde i gang". Det er en opplevelse av en "moralsk forpliktelse å satse på de institusjonene som myndighetene har brukt så mye penger på å omstille".

Det reises også spørsmål om roller og ansvarsdeling mellom Helsedirektoratet og RHFene, og på hvilken måte dette påvirker tildelingene.

8. NOEN AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Det eksisterer i dag ca 50 private rehabiliteringsinstitusjoner. Eierne er dels private dels frivillige organisasjoner og er organisert som stiftelser eller aksjeselskap. I teorien fungerer disse på et marked for rehabiliteringstjenester, hvor det er konkurranse om å levere tjenester av riktig kvalitet til en lav pris. I utgangspunktet er det lov og forskrift om offentlige anskaffelser som ligger til grunn, og som skal sikre like rammebetingelser, gjennom kunngjøring og formelle prosedyrer.

Det kan reises spørsmål ved om dette er et fungerende marked: Skal systemet fungere forutsetter det at bestillerne klart kunne definere hva som skal anskaffes, dvs behov (volum), innretting og kvalitetskrav til de tjenestene de bestiller.

Politiske myndigheter og faginstanser og iverksettende organer, synes ikke å ha samme oppfatninger om disse spørsmålene. Dette resulterer i motstridende forventninger til institusjonene: Fra Stortinget gjennom "overstyring" av RHFenes faglige vurderinger gjennom tilskuddsordningen, fra Helsedirektoratet som forvalter tilskuddsordningen, og sender signaler om ønsket utvikling, men ikke kan gi løfter om videre finansiering og fra de instanser som står for anskaffelsene og som snakker om overkapasitet og behov for andre tjenester/institusjoner.

Det forutsettes videre at henvisende instanser har kunnskap om de ulike leverandørene og kan gjøre en vurdering av hvilken tjeneste som er best egnet for den enkelte bruker. Alternativt forutsettes det at denne kunnskapen er mulig å skaffe seg hos brukerne, gjennom ordninger som at pengene følger brukeren.

Særlig innenfor NAV-systemet er det grunn til å tro at kunnskapen om institusjonene er svært ulikt distribuert, fordi tjenesten er ny, og fordi ansatte står midt i en stor omstillingsprosess. Det finnes ingen lett tilgjengelig og oversiktlig informasjon om institusjonenes tilbud på NAVs intranett. Institusjonene opplever at de i stor grad avhengig av "hearsay" og møter med bestillerne. Det reises spørsmål fra institusjonene om hvorvidt henvisningene fra RHFene alltid er bygget på tilstrekkelig kunnskap om og/eller likebehandling av institusjonene. Brukerne har selv begrenset med valgmuligheter, og helhetlig og lett tilgjengelig informasjonen om rehabiliteringsinstitusjonens tilbud, og hvordan man kan henvises ditt er i begrenset grad til stede. Samtidig har bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner økt, hvert fall hvis vi tar utgangspunkt i tall fra NPR om utviklingen fra 2007-2008.

En tredje grunnleggende utfordring synes å henge sammen med vanskelighetene med å fremskaffe robust kunnskap om rehabiliteringsbehov og effekten av ulike tiltak for ulike grupper.

Dette innebærer blant annet at behovsanslag og foretrukne fremgangsmåter vil variere avhengig av hvem man snakker med. Overordnede politiske instansers vurdering av de

samfunnsmessige behovene for rehabilitering, synes ikke å overensstemme med de vurderingene som instanser som har fått finansierings- og bestilleransvar har gjort seg. I tillegg kommer høyresidens bekymringer for at den "reduerte" bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner, er ideologisk motivert, mer enn knyttet til faktiske vurderinger av behov/kvalitet.

Endelig forutsetter det at bestillerne kjenner og følger lov og forskrift om offentlige anskaffelser, og sikrer leverandørene like betingelser.

Kjøp av rehabiliteringstjenester, samt regelverket for offentlige anskaffelser er nytt, både for bestillere (spesielt innen RHF-systemet) og utførere. Det er gjort unntak fra lov og forskrift gjennom ordningen med direkte anskaffelser på helse og omsorgsområdet for ideelle og private organisasjoner. Det reises videre spørsmål om den politisk bestemte tilskuddsordningen som helsedirektoratet forvalter på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet, bryter kravet om konkurranse i lov om offentlige anskaffelser § 5. Innenfor RHFene er ansvaret for innkjøpene delt mellom 4 helseregioner, og kravspesifikasjoner, og valg av anskaffelsesmodell skjer regionalt. I NAV skal innkjøpene av døgnbaserte tjenester⁷ skje nasjonalt, mens dagbaserte tjenester skal skje i fylket. Kravspesifikasjonene utvikles imidlertid nasjonalt.

Det er mot denne bakgrunnen vi må forstå den *tverrpolitiske* oppslutningen om både ordningen med direkteanskaffelser og tilskuddsordningen. Begge ordninger tar sikte på å gi institusjonene tid til å omstille seg et nytt bestillerregime, og å unngå unødvendige nedleggelse. Fra et samfunnsøkonomisk og styringsteknokratisk ståsted vil det være dumt å legge ned institusjoner man har investert store ressurser i, hvis det er behov for de tjenestene de kan levere. Fra et sivilsamfunnsstående ivaretar man brukerorganisasjonens kritikk av manglende satsing på rehabilitering, og betydningen av ideelle og frivillige organisering og innsats. Fra et markedsteknokratisk synspunkt opprettholder man et reelt alternativ til en offentlig eid og offentlig styrt tjenesteproduksjon, med de innsparinger og kvalitetsøkning dette kan innebære. I tillegg opprettholder man institusjoner som har til dels betydelig lokalpolitisk støtte, og hvis nedleggelse ville vekke betydelig politisk motstand.

Innledningsvis ble det reist spørsmål om det er interne forhold ved institusjonene (styre, leder, ansatte); forhold ved oppdragsgiverne (eksterne oppdragsgiveres vurdering av behov/kompetanse innen rehabiliteringsfeltet og/eller evne til å effektivt kjøpe av slike tjenester); eller forhold knyttet til innrettingen/bruken av omstillingstilskuddet, som ligger bak situasjonen?

Som det vil ha fremgått, og som er vist i tidligere rapport (Fossestøl, 2007), foregår det et betydelig omstillingsarbeid på institusjonene, dels pga av de(t) nye anbudsregimet og dels

⁷ Tjenester de for øvrig ikke hadde tenkt å kjøpe, men ble pålagt å kjøpe midt i første anbudsrunde, til stor frustrasjon fra institusjonene, som først fikk høre at det bare skulle leveres tilbud på dagplasser.

pga av tilskuddet. Dette har ført til nye arbeidsmetoder, høyere kompetanse, og et større fokus på mestringsmetodikk og arbeidsorientering. Det er slik sett ikke omstillingsvilje det skorter på. Tilskuddet rapporteres som å være betydningsfullt for å få til omstillingsarbeidet. Samtidig kan de bli "avhengig" av det: Når de økonomiske problemene blir store opplever de at staten gjennom tilskuddet har bidratt til å gi dem falske eller urealistiske forhåpninger om en videre utnyttelse av deres ressurser/kompetanse. Dette blir særlig viktig i lys av bestillernes vurderinger av "overkapasitet" og manglende kompetanse eller feil innretting på de tjenestene institusjonene utvikler. Utfordringene synes i tillegg, og i særlig grad, å handle om de eksterne faglige, økonomiske politiske og administrative rammebetingelsene som ligger til grunn både for anbudsregimene og for tilskuddet⁸. Situasjonen for institusjonene kan oppleves som lite forutsigbar, og det kan være vanskelig for institusjonene å gi omstillingsarbeidet en tydelig retning, fordi avhengigheten av to sett av kjøpere med ulike behov/ønsker, parallelt med utilstrekkelig kapasitetsutnyttelse og høye kostnader, gjør det krevende for flere av institusjonene å opprettholde en tilstrekkelig kompetanse og motivasjon hos eiere/ansatte. Det er m.a.o. vanskelig for institusjonene å tilpasse sitt tjenestetilbud til endringene i etterspørselen, fordi det er usikkerhet om hva som etterspørres.

Det er imidlertid grunn til å tro at noen av disse forholdene vil bedre seg fremover: Den varslede politiske satsingen på rehabilitering, økt fokus på arbeidslinja og sykefraværsoppfølging samt eldrebølgen skulle tilsi økt behov for rehabiliteringsplasser; rapporten fra arbeidsgruppa nedsatt av helse og omsorgsdepartementet og private rehabiliteringsinstitusjoners rolle og rammebetingelser, samt arbeidsgruppe nedsatt av FAD om private aktører i helsesektoren skulle tilsi ryddigere forhold rundt private institusjoners bidrag og rolle i en helhetlig rehabilitering; økt bestillerkompetanse hos RHFene og NAV, skulle videre tilsi ryddigere og mer forutsigbare forhold; bedre kunnskap om og systematiserte oversikter over attførings- og rehabiliteringsinstitusjoner (Finnrehabilitering.no)⁹, samt bedre rutiner for innsøking/henvisning (jf Arena) skulle tilsi økt bruk av institusjonene; økt lengde på avtalene som har vært varslet i Stortinget skulle tilsi større forutsigbarhet for institusjonene (jf Norsk luftambulansetjeneste har avtale for 6+2+2 år). Usikkerhet/uenighet om behovsanslag,

⁸ Noe av denne kompleksiteten må det tilføyes, synes å være et resultat av lobbyvirksomhet, som resulterer i at forvaltningens beslutninger overprøves av fra politisk hold. I følge våre informanter gjelder dette så vel bakgrunnen for omstillingstilskuddet, ordningen med døgnbaserte tilbud i arbeidsrettet rehabilitering i NAV-systemet, samt unntaket fra lov om offentlige anskaffelser gjennom ordningen med direkte anskaffelser.

⁹ Gitt de utfordringene institusjonene og undertegnede har hatt med å få oversikt over de ulike ordningene, er det grunn til å tro at brukere vil få ennå større problemer. Det er fremdeles vanskelig å orientere seg i hva slags tilbud som eksisterer, om dette tilbudet passer for den enkelte, har den tilstrekkelige kvaliteten og hvilke kriterier som må oppfylles for at man skal få tilgang til tjenesten: Lønner det seg å gå via NAV eller bør man gå via helsetjenesten? Man kan slik sett ikke forvente seg et stort press fra enkeltbrukerne i retning av økt bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Ordningen med fritt sykehusvalg omfatter heller ikke dem.

plasseringen av det økonomiske og organisatoriske ansvaret for disse behovene, valg av forvaltningspolitiske styringsløsninger og usikkerhet om teknologi (hva som virker for hvem) hvem som skal dekke disse, vil imidlertid fremdeles være forhold som kommer til å prege feltet og skape tøffe forhold for institusjonene. Endelig synes omstillingstilsuddet å ha gitt institusjonene en mulighet til å utvikle en kompetanse som i større grad samsvarer med oppdragsgivernes behov, enn tilfellet var tidligere.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem følgende refleksjoner:

To viktige finansieringskilder for rehabilitering institusjonene er "Raskere tilbake" og omstillingstilskuddet. Begge tilskuddene er midlertidige, og kan slik sett ikke sikre forutsigbar drift for institusjonene på sikt. RHF og NDUs behovsanslag tilsier overkapasitet i det private institusjonsmarkedet. For NAV sin del knyttet til institusjons- og særlig døgnbaserte tilbud, for RHFene sin del knyttet til antall plasser med manglende eller utilstrekkelig spesialisering. Det reises fra enkelte spørsmål ved omstillingstilskuddet brukes til kunstig å holde liv i institusjoner som det på litt lengre sikt ikke vil være behov for.

Fokuset for NAV og RHFenes er ulikt. Den første vektlegger avklarings – og mestringsmetodikk med fokus mot arbeidsliv/arbeidsplass. Den andre vektlegger at institusjonene skal fokusere på spesialisert medisinskfaglig rehabilitering. Usikkerhet om finansiering og små avtaler gjør det vanskelig for institusjonene å ri begge hester på en gang. Hvis institusjonen er avhengig av avtaler med to tilbydere vil de få problemer med leveringsdyktighet, hvis de mister den ene avtalen.

Institusjonene leverer til dels samme anbud til NAV og RHFene, og antakeligvis i noen grad til samme målgrupper. Det er så langt ikke lagt opp til en koordinering av disse innkjøpene. Verken NDU eller RHFene ser "i utgangspunktet" behov for nærmere samarbeid her.

NAV åpner med sin nye forskrift om arbeidsrettete tiltak mv, for at de kan kjøpe institusjonsbasert arbeidsrettet rehabilitering mv også for andre grupper enn sykmeldte. Dette henger imidlertid på Stortingets bevilgninger til fylkenes tiltaksbudsjetter og på NAV fylke sine prioriteringer.

Samlet synes det å være grunn til å tro at omstillingstilskuddet, fokuset på arbeidsrettet rehabilitering og ordningen "Raskere tilbake", tross den store politiske, økonomiske og faglige kompleksiteten, kan ha bidratt til å øke oppmerksomheten om arbeid innenfor helsevesenet, og visa versa.

LITTERATUR

Budsjett innst S nr 11 2008-2009

FOSSESTØL, K. (2007) Omstilling av opptreningsinstitusjonene.

Evaluering av tilskudd/prøveprosjekt for utvikling av tilbud/tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering. Oppdragsrapport Helsedirektoratet, 1-89.

FOSSESTØL, K. (2009) Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring i velferdsstatlig tjenesteyting. Sosiologi i dag 39, 37-62.

FOSSESTØL, K. & ALM ANDREASSEN, T. (2010) Rehabilitering med arbeid som mål - et organisatorisk perspektiv. Refleksjoner om kunnskapsbehov og styringsutfordringer. AFIs notatserie xx/2010.

GJØNNES, S. & HOLTE, A. W. (2009) Privat i offentlig sektor. De private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle og rammebetingelser Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

HEM, K.-G. & KVAM, M. H. (2005) Nasjonal plan for rehabilitering - kartlegging av behov. SINTEF Helse.

KOFA-sak 2005/180

NOU (2001:22) Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Statens forvaltningstjeneste.

NOU (2008) Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen-utvalget). Helse- og omsorgsdepartementet

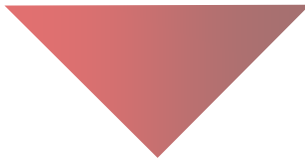
NPR (2007) Aktivitetsdata for private rehabiliteringsinstitusjoner 2007. Sosial- og helsedirektoratet.

SKARPAAS, I. (2010) Helse- og arbeidsaksen i et komparativt perspektiv. Institusjonelle og organisatoriske modeller for å bygge ned grenser mellom helsesektoren og trygde- og arbeidsmarkedsetater i Finland. AFI-notet 2010:10.

ST.PRP.NR.1 (2008-2009) Statsbudsjettet.

ST.PRP.NR.1 (2008-2009) Statsbudsjettet.

St. spørretime 23 mai 2007 og 26 november 2008



Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden:

www.afi.no

Pt 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
www.afi.no

