



Casestudie av kommunale akutte døgnposter i Klepp og Hå kommune

*Hvordan styres og koordineres samarbeid i to ulike KAD-
enheter på Jæren? I hvilken grad utgjør interkommunalt
samarbeid en forskjell med hensyn til bruken og driften av
denne kommunale helsetjenesten?*

MONICA ORSTAD

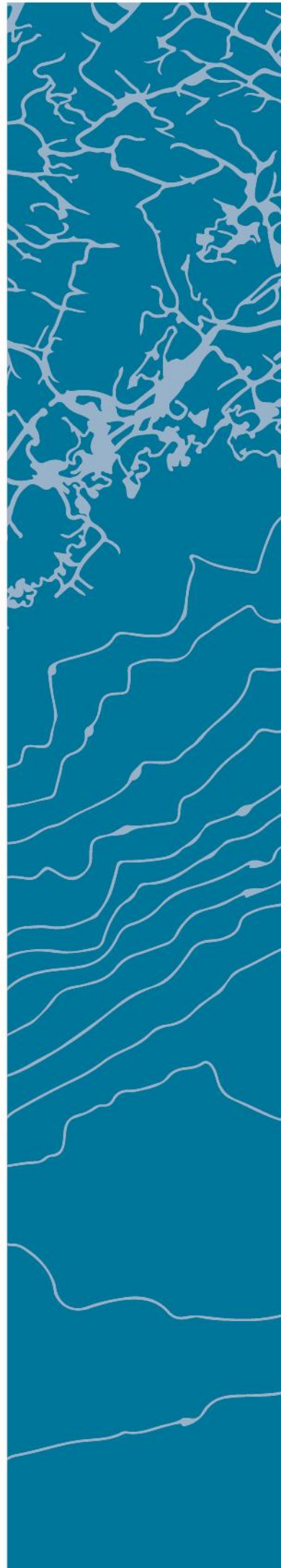
VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2017

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag



Forord

Masteroppgaven er avsluttende del av erfaringsbasert masterprogram med spesialisering i helseledelse ved Universitetet i Agder.

Samhandlingsreformen og en blå regjering i førersetet, har ført med seg debatter alt fra kommunesammenslåing til nye måter å samarbeide på, i og på tvers av kommuner. Debatten er like aktuell på kommunalt nivå som på landsbasis. Jeg valgte på bakgrunn av dette å se på hva som har betydning for driften og bruken av kommunale akutte døgnposter. Er det forskjell på en kommunal og interkommunal døgnpost? Min egen kommune, Klepp, driver døgnposten sammen med fire andre nabokommuner, Gjesdal, Time og Sandnes. Mens Hå, har lenge hatt tradisjon for å ha egne kommunale tilbud og driver døgnposten alene. I disse dager har Klepp, Time og Hå kommune en diskusjon om de skal inngå samarbeid om legevakt, brann og politiarbeid. Debatten engasjerer både politikerne, innbyggerne og lokalavisene. Dette er et høyaktuelt tema og jeg ønsket å finne ut om det ene er mer hensiktsmessig og gir flere fordeler enn det andre.

Det har vært lærerike år ved UiA. Interessante emner med dyktige og inspirerende forelesere. En stor takk til min veileder Dag Olaf Torjesen for teoretisk tilnærming til tema. Takk for at du stilte spørsmål og bidrog med din faglige dyktighet.

Takk til alle dere som stilte til intervju og for at dere har vært så positive. Det har vært interessant å lytte til dere. Takk til kollegaer og venner for gode samtaler og innspill.

Takk til venninnene mine, som også studerer, men som allikevel har tatt seg tid til å lytte og diskutere underveis. Ikke minst takk for korrekturlesning i sluttspurten, det har vært til stor hjelp.

Til slutt vil jeg takke familien min for tålmodighet og oppmuntring underveis. Gleder meg til å ha helgene sammen med dere igjen!

Monica Orstad desember 2017

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1.0 Innledning	4
2.0 Problemstilling	9
2.1 Hva viser erfaringer med KAD så langt?	11
2.2 Nærmere om bakgrunnen for opprettelsen av KAD	13
2.2.1 Organisering av KAD i mine to caser	15
3.0 Teoretisk rammeverk	16
3.1 Hva er samhandling?	16
3.2 Interkommunalt samarbeid	17
3.3 New Public Governance (NPG) og samstyring	19
3.4 Koordinering og samarbeid	21
3.4.1 Styringsinstrumenter for koordinering	23
3.4.2 Organisatoriske virkemidler for koordinering	24
3.4.3 Koordineringsvirkemidler – virkninger og bivirkninger	25
3.5 Nettverk	27
3.5.1 Fordeler med nettverk	28
3.5.2 Klassifisering av nettverk	29
3.5.3 Nettverkleidelse	30
4.0 Metode	32
4.1 Case som forskningsdesign og strategi	32
4.2 Dokumentanalyse	34
4.3 Strategisk valg av informanter	35
4.4 Gjennomføring av intervjuene	37

4.5	Transkribering	38
4.6	Tolkning og analysestrategi	38
4.7	Metodens kvalitet – validitet og reliabilitet	39
5.0	Empiri og analyse	41
5.1	Organisering; presentasjon av analyseenhetene	41
5.1.1	Klepp kommune	41
5.1.2	Hå kommune	42
5.1.3	Oppsummering	42
5.2	Styring og samarbeid i KAD på Jæren	45
5.3	Koordinering gjennom avtaler	48
5.4	Kommunal versus interkommunal	50
6.0	Drøfting	56
6.1	Styring og samarbeid	57
6.2	Tillit – en avgjørende faktor	57
6.3	Samhandling og møtevirksomhet	58
6.4	Koordinering	59
6.5	Nettverk	63
7.0	Konklusjon og avslutning	65
	Litteraturliste	71
Vedlegg 1	Introduksjonsbrev til informantene	74
Vedlegg 2	Samtykkeskjema	75
Vedlegg 3	Intervjuguide	76
Vedlegg 4	NSD godkjenning	79
Vedlegg 5	Interkommunalt samarbeid i Stavanger-regionen	82

Sammendrag

I kjølvannet av Samhandlingsreformen har over 200 kommuner etablert kommunale akutte døgnplasser, heretter kalt KAD. Etablering av KAD utgjør et kommunalt FØR og ISTEDENFOR, hvor dette tilbudet skal være like godt og bedre enn innleggelse i sykehus. Forutsetningene for å etablere KAD er svært ulike i kommunene. Noen kommuner er små, noen er store, noen har langt til nærmeste sykehus og noen er vertskommuner for lokalsykehus. Geografi, størrelse, samarbeidsklima, medisinske ressurser og muligheter påvirker kommunenes valg av løsning for å imøtekomme kravene. Hensikten med denne oppgave er å finne ut hvordan KAD styres og koordineres i Klepp og Hå kommune, og i hvilken grad interkommunalt samarbeid gjør en forskjell på drift og bruk av denne kommunale helsetjenesten.

Studien baserer seg på dokumentanalyse og analyser av intervjudata fra nøkkelpersoner som jobber med KAD i kommuner og helseforetak. Intervjuene er gjennomført våren og sommeren 2017. Oppgavens teorigrunnlag er teori om samhandling, interkommunalt samarbeid, nettverk og koordinering.

Resultatene fra denne studien viser noen variasjoner mellom Klepp kommune, som har valgt en interkommunalt løsning, og Hå kommune som valgt en kommunal løsning. Tillit, god ledelse og bra utnyttelse av ressursene viser seg å være viktig faktorer for organisering, drift og bruk av KAD.

1.0 Innledning

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Dette oppsummerer hva samhandlingsreformen handler om i en setning. Initiativtaker var daværende helse og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen (2008-2009). Utgangspunktet for reforminitiativet var å styrke det helhetlige pasientforløpet og at flere pasienter i fremtiden skal tas hånd om av primærhelsetjenesten og på hjemstedet. Enten i sykehjem, i egen bolig eller i omsorgsbolig i stedet for sykehus. De nye ansvarsforholdene i tjenestene ble definert av Helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011 og ble gjort gjeldene fra 01.01.2012. Det ble også iverksatt en ny folkehelselov fra samme dato for å unngå sykehusinnleggelser. En sentral del av reformideen var at økt satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak i kommunen skal virke preventivt på kroniske tilstander og sykehusinnleggelser. Samhandlingsreformen assosieres med tre sentrale styringsbegrep; pålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og en ordning med kommunale dagbøter. I den nye helse- og omsorgstjenesteloven pålegges de regionale helseforetakene og kommunene å inngå avtaler som regulerer samarbeidet rundt utskriving, mottak og kompetanseoverføring mellom det enkelte helseforetak og den enkelte kommune. For at flere pasienter skulle behandles utenfor sykehus og for å unngå sykdom gjennom forebygging, innførte staten et kommunalt medfinansieringsansvar fra 2012. Hensikten var at kommunene skulle få incentiver til å redusere omfanget av sykehusinnleggelser og heller forebygge eller bygge opp lokale medisinske tjenester. I tillegg ble det innført betaling for utskrivningsklare pasienter (dagbøter) dersom kommunene ikke var i stand til å ta imot pasientene når de var ferdigbehandling i sykehus (Torjesen og Vabo, 2014, s. 138-139).

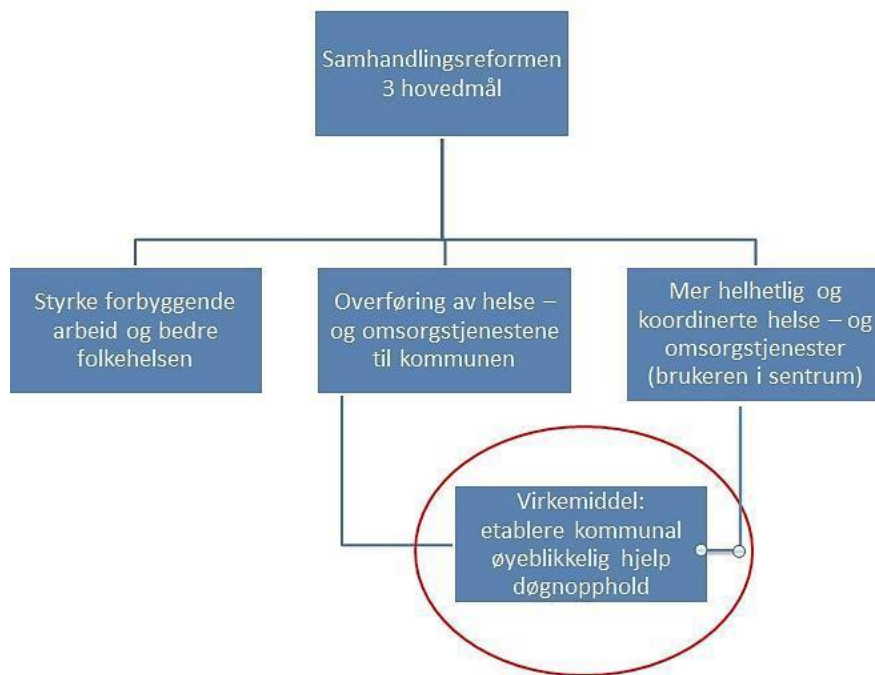
I samhandlingsreformen er det en tredjepart (staten) som har pålagt kommuner og helseforetak å samarbeide om tjenester gjennom avtalefestet samhandling. Det er fullt mulig å påvirke, uten å tvinge, ved at styringsobjektene styrer seg selv i tråd med hva staten ønsker. Koordinering kan skjer gjennom hierki, marked eller nettverk. Grunnlaget for koordinering i et hierki er autoritet, der samordning påvirkes eller styres gjennom å pålegge, overtale eller oppmuntre til samarbeid. Eksempel på koordinering gjennom hierki kan være øremerkede midler fra Helsedirektoratet for opprettelse av øyeblikkelig-hjelp tilbud i kommunene. I et marked skjer koordinering gjennom bytte eller konkurranse, styringen vil være basert i

incentiver som på en eller annen måte vil være lønnsomt gjennom samarbeid. Her inngås det kontrakter mellom de samhandlende parter. Eksempel på marked er bruk av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (dagbøter). I et nettverk er det samarbeid og solidaritet som integrerer de ulike aktører, styringen vil være begrenset til å tilrettelegge for frivillig koordinering. Samordningen er basert i relasjonelle kontrakter, herunder dialog, informasjonsutveksling, felles normer og felles forpliktelser (Torjesen og Vabo, 2014, s. 139-140).

Bakteppet for samhandlingsreformen var tre hovedutfordringer knyttet til pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv.

- *Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.* Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene.
- *Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.* Helsetjenesten har for stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud rettet mot å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling.
- *Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.* Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. KOLS, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13).

Modellen på neste side forklarer KAD sin plassering i forhold til den funksjonen den skal ha:



Kilde: Bjørklund, 2015, s 41.

2.0 Problemstilling

Et av kravene fra Helsedirektoratet var at det skulle være 1 KAD-seng pr. 7000 innbygger (Grimsmo et al., 2016, s41). Etableringen av KAD måtte finne sted før 1. januar 2016 og kommunene kunne velge selv hvordan de ville organisere seg. Klepp kommune har valgt en interkommunal samarbeidsløsning med vertskommune-modellen, mens Hå kommune har etablert eget tilbud. Klepp var vertskommune frem til mai 2017, deretter flyttet døgnposten til Sandnes som ble ny vertskommune. Vertskommune begrepet blir brukt i flere sammenhenger for å markere at en kommune har en særskilt oppgave eller rolle på vegne av flere kommuner i et område. Begrepet «vertskommune» blir brukt om flere ulike samarbeidskonstellasjoner. Kort sagt i dette tilfelle, er at vertskommunen er den kommunen hvor samarbeidet har sitt hovedkontor og hvor tjenesten det samarbeides om blir utført. (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011, s 9). Jeg vil se på tilbudet som gis ved de to forskjellige postene. Kan størrelse på døgnposten ha noe å si? Hvordan er samarbeidet med sykehus, legevakt og fastlege? Kan vertskommunesamarbeid ha noe å si? Fungerer KAD bedre der flere kommuner samarbeider om tilbudet?

Aktuell problemstilling:

Hvordan styres og koordineres samarbeid i to ulike KAD-enheter på Jæren? I hvilken grad gjør interkommunalt samarbeid en forskjell med hensyn til driften og bruken av denne kommunale helsetjenesten?

Temaet som skal studeres er drift og bruken av kommunal akutt døgnpost. Dette har jeg undersøkt gjennom å benytte et eksplorativt forskningsdesign, der jeg undersøker en rekke kontekstuelle forhold om hva som kan forklare bruk eller ikke bruk av KAD i de samarbeidende kommunene. Jeg velger eksplorativ design siden tilnærmingen er åpen og det er en verdifull måte å finne ut hva som faktisk skjer (Jacobsen, 2015, 220).

Jeg ønsker å snakke med personene som har vært med å planlegge døgnpostene, og de som jobber der i dag. Det er mange forhold som kan påvirke drift og bruk, blant annet økonomiske

ressurser, ulike organisasjonsmodeller, politisk styring, ansatte, samarbeid med legevakt, helseforetak, fastlege, tillit og hvilken informasjon som når ut til de som skal bruke døgnposten.

Undersøkelsesenheterne er kommunale akutte døgnposter. Jeg vil begrense meg til en casestudie av Klepp og Hå kommune. Klepp har et interkommunalt samarbeid med Time, Gjesdal og Sandnes kommune; såkalt Jæren øyeblikkelig hjelp. Interkommunalt samarbeid har flere fordeler, blant annet ved at kommunene har mulighet for å utnytte ressursene bedre gjennom stordriftsfordeler, samt å øke kvaliteten på tjenestene (NOU 2016:4, s 196). Det vil være naturlig å snakke om disse kommunene også når jeg omtaler den interkommunale løsningen. Jeg bruker et eksplorativt opplegg, der jeg undersøker en rekke kontekstuelle forhold om hva som kan forklare bruk eller ikke bruk av KAD i de samarbeidende kommunene.

For å få den informasjonen jeg ønsker, har jeg valgt informanter som er ansatt eller har vært med på å utvikle døgnposten. Jeg ønsker en profesjonserfart vinkling og er nysgjerrig på hvordan de ansatte oppfatter tilbudet.

Her har jeg blant annet undersøkt om det er sammenheng mellom størrelse på døgnpost og om driften har fungert godt. Blir for eksempel bruken høyere på liten post? Vil samarbeidet fungere dårligere når flere kommuner er involvert i driften og bruken av døgnposten? Har det noe betydning å være vertskommune? Jeg vil gå nærmere inn på hva det vil si å være vertskommune i kapittel 3.2. Målet er å avdekke hvordan samhandling finner sted og om størrelse – med alt det kan innebære, med hensyn til økt volum, ressurser, kompetanser, kan ha betydning.

Grunnen til at vi ikke vet så mye om dette temaet er at Samhandlingsreformen og dens tiltak har ikke vært utprøvd særlig lenge de stedene jeg vil undersøke. De fleste KAD-tilbudene har bare vært etablert i et par år.

2.1 Hva viser erfaringer med KAD så langt?

Norges forskningsråd (Hagen, 2016), på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, leverte i juni 2016 en evaluering av Samhandlingsreformen så langt. Evalueringen foregikk i perioden 2012-2015. Generelt viser forskningen at samarbeidet mellom kommuner og foretak er godt og konstruktivt. Men kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Her er det fremdeles sykehuslegene som dominerer og sitter med makten, spesielt i forhold til utskrivningsklare pasienter. Fastleger og kommuneoverlege er i hovedsak fraværende i samarbeidsavtalene. Disse avtalene regulerer forhold som krever medisinsk kompetanse. Mens foretakene har stilt med medisinsk kompetanse i forhandlingene om avtalene, har kommunene valgt å stille uten denne kompetansen. I følge forskergruppen har dette i høy grad medvirket at kommunene har opplevd en makt-ubalanse i forhandlingene. Årsaken til denne manglende bruken av kommunal kompetanse er ikke klar.

Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter har hatt signifikante styringseffekter. Liggetiden på sykehuset har gått kraftig ned, men samtidig har antall innleggelser økt betraktelig. Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter har som virkemiddel hatt stor betydning for å oppnå et vesentlig mål i samhandlingsreformen. Betalingsansvaret øker kommunenes evne til å gi pasienter et tilbud som avlaster spesialisthelsetjenesten, som igjen frigjør kapasitet til de som venter på behandling ved sykehuset.

Kommunene stod ganske fritt til hvordan de organisatorisk ville ivareta sitt utvidede ansvar etter samhandlingsreformen. To tredjedeler av kommunene har inngått ett interkommunalt samarbeid omkring helsespørsmål. 70% av KAD-enhetene driftes interkommunalt. Den vanligste samarbeidsformen er gjennom vertskommunemodellen og samarbeidene ser ut til å fungere relativt problemfritt.

En av hovedkonklusjonene fra forskningen er at innføringen av KAD har hatt effekter, men at effektene varierer med hvordan tilbudet er organisert. KAD med god tilgang til legetjenester gir ca. 2,5% færre innleggelser i sykehus. Her er betingelsen legedekning døgnet rundt. For KAD med annen organisering er det ikke dokumentert effekt. Effekten er størst for

pasientgruppen over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger. Rapporten peker på at tilbudet er tidlig i etableringsfasen og at det har vært noen innkjøringsproblemer. Dette peker i retning at de mulige positive effektene på lengre sikt, sannsynligvis er underestimerte.

Forskningsgruppen kommer med en klar anbefaling til kommunene om at legedekningen ved KAD må styrkes.

På nasjonalt nivå har KAD lav beleggsprosent. Fra 2014 antas det nasjonale gjennomsnitte å ligge på 34% av opprinnelig estimert behov. Manglende kjennskap og tillit tilbudets faglige kvalitet oppgis som årsakene. Oppfordringen er at foretak og kommuner bør gjøre seg opp en mening om behovet for og utnyttelsen av KAD-sengene.

En risiko med KAD er oppstyking av pasientforløpet, noe som er et paradoks i forhold til samhandlingsreformen. Her har det ikke kommet noen konkrete tiltak for å hindre oppstyking, bortsett fra økt oppmerksomhet fra kommune og foretak.

EVASAM-studien har kommet med forslag til nye forskningstema. Kostnad/nytte-evaluering av KAD-ene for å evaluere kostnadseffektiviteten er nødvendig, men bør gjennomføres tidligst etter et år med ordinær kommunal finansiering, dvs. i 2017. Et annet forslag er at KAD bør videreutvikles ved at de som hovedregel samordnes med lokalisert legevakt som har tilgang til lege 24 timer i døgnet/7 dager i uken. Sykehusene bør skaffe seg nærmere informasjon som det kommunale tilbudet, for å gi utskrivningsklare pasienter et bedre tilbud. Samhandlingsavtalene bør legge til rette for gjensidig opplæring og kompetanseoverføring mellom sykehus og kommune. Interkommunale samarbeidsordninger om de mest spesialiserte tilbudene bør pålegges kommunene. En tenker da på tilbud som KAD, palliativ behandling og spesialiserte tjenester overfor demente.

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1. januar 2012. Det tar tid før denne type organisasjonsreformer gir effekter, data om effekter kommer senere. De relativt moderate dataene som er funnet i denne evalueringen, kan skyldes at det kun er data fra de tre første årene etter at reformen har startet (Grimsmo et al., 2016, s 41). Når en gjennomfører effektstudier, er det viktig å ta hensyn til tidsaspektet. Dersom man måler effekter kort tid

etter at et tiltak er satt i verk, vil man først og fremst måle omstillingseffekter. Det vil være normalt med usikkerhet, motstand og uklarhet i en innføringsfase. Fordelen med en tidlig evaluering er at det er lettere å gripe inn for å endre kursen. Dersom man venter til det er mulig å avdekke alle konsekvensene, kan det være for sent å påvirke politiske beslutninger om tiltakenes fremtid. Dersom man venter med å evaluere og måle effekter til omstillingsfasen er over, er mulighetene større for at man kan avdekke varige effekter og implikasjoner i en mer normal driftsfase. Da kan det være lettere å påvise kostnadseffektivitet. Samtidig blir det etter hvert som tiden går, vanskeligere å isolere effekten av reformtiltak fra alle andre endringer og reformer som har skjedd samtidig eller i mellomtiden (Christensen, Egeberg, Læg Reid, Roness & Røvik, 2015, s 186).

2.2 Nærmere om bakgrunnen for opprettelsen av KAD

KAD er et tiltak som følge av Samhandlingsreformen. Kommunen ble pliktet til å opprette et øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med behov for akutt hjelp eller observasjon. Plikten trådte i kraft januar 2016, men de fleste kommuner etablerte KAD i løpet av 2012-2015. Ved oppretting av KAD i kommunen, vil tilbudet finansieres 50% av helseforetakene og 50% av øremerkede midler fra staten. Fra 1. januar 2016 har alle kommuner plikt til å yte et slikt tilbud, og finansieringen skjer via kommunens ordinære rammetildelinger. 70% av KAD-enhetene driftes som interkommunale ordninger. Det klart vanligste er et samarbeid mellom 2-4 kommuner (Grimsmo et al., 2016, s 42).

Tilbudet gjelder de pasienter og brukere som kommunene har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Tilbudet vil også kunne gjelde pasienter med uavklart tilstand, som kommunen er i stand til å behandle, forutsatt at det er liten risiko for akutt livstruende forverring. Figuren nedenfor gir en oversikt på bakgrunn av Skodvin et. al. (2012), hvor pasienten bør «høre hjemme» ut fra funksjonsnivå og hvilken diagnose de har.

Funksjonstap	Diagnose alvorlighetsgrad		
	Mindre	Middels	Alvorlig
Lite	Hjemme	Øyeblikkelig hjelp-enhet	Sykehus
Middels			
Stort			

(Skodvin, Aaraas, Forshei, Hagen & Jonsbu, 2012)

Innføring av kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for psykisk helse og rusfeltet er et av flere virkemidler og tiltak for å styrke det samlede tilbudet i kommunen. For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det et betydelig potensial for å unngå innleggelse gjennom etablering av gode kommunale tilbud, og for å forebygge kriser og akutt sykdom. Pasienter som er i målgruppen for KAD vil være personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med somatisk sykdom. Øyeblikkelig hjelp døgnplassene som etableres i løpet av 2017 vil bidra til en videreutvikling av kommunens tjenester til personer med psykisk helse og rusproblematikk (Helsedirektoratet, 2016, s 11).

Forutsetningene for å etablere KAD er svært ulike i kommunene. Noen kommuner er små, noen er store, noen har langt til nærmeste sykehus og noen er vertskommuner for lokalsykehus. Geografi, størrelse, samarbeidsklima, medisinske ressurser og muligheter vil kunne påvirke kommunenes valg av løsning for å imøtekomme kravene (Storheier et al., 2014, s. 5).

2.2.1 Organisering av KAD i mine to case

I min hjemkommune, Klepp, har det vært lagt opp til samarbeid med Time, Sandnes og Gjesdal. Hå kommune, som ligger lenger sør, har etablert eget tilbud. Klepp hadde i 2016 18 970 innbyggere, Hå 18 591, Time 18 572, Gjesdal 11 853 og Sandnes 75 820 (Det store norske leksikon, 2016, 05.04). Jeg vil gjøre en casestudie og sammenligne tilbudene som gis på de ulike døgnpostene i forhold til drift og bruk. Kommunene i landet har valgt å organisere KAD på åtte forskjellig måter når det gjelder lokalisering. Lokalisering til sykehjem er den klart vanligste lokaliseringsformen med 42%. Både Klepp og Hå har denne løsningen. Sandnes blir som sagt vertskommune for Jæren øyeblikkelig hjelp fra mai 2017 og da blir KAD lokalisert til legevakt. 14% av KAD er lokalisert til legevakt på landsbasis (Grimsmo et al., 2016, s 42).

I sluttrapporten til EVASAM studien gir Skinner en analyse av årsaken til den varierende kapasitetsutnyttelsen. Studien viser at legenes kunnskap om og tillit til KAD i mange kommuner har stor betydning for bruken av akuttsengene, men dette alene forklarer ikke den varierende kapasitetsutnyttelsen (Hagen, 2016, s 3). Dette med tillit, er noe jeg ønsker å finne ut mer om i mine eksplorerende intervju. Det kan tenkes at noen bestemte lokale kontekstuelle forhold kan ha betydning.

Helsedirektoratet la ikke særlige føringer på hvordan tiltaket med KAD skulle løses. Kommunen fikk selv ansvar for utførelsen. Det siste året har regjeringen, media og innbyggerne i Norge diskutert kommunesammenslåing og fordeler og ulemper ved å være liten eller stor. Klepp og Hå regnes som mellomstore kommuner i KOSTRA-grupperingen, altså med innbyggertall mellom 5000-20 000 innbyggere (Vabo et al., 2014, s 21). I min kommune ble det ikke sammenslåing, men vi har flere interkommunale samarbeid med nabokommunene. I disse dager diskuterer Klepp, Time og Hå om de skal ha felles legevaktsentral. Temaet har høy relevans for dagens situasjon i min kommune.

3.0 Teoretisk rammeverk

3.1 Hva er samhandling?

Samhandling har de siste årene blitt et sentralt tema når en snakker om helse. Samhandling er grunnsteinen i samhandlingsreformen. I St.meld. nr. 47 (2008-2009 s 13) defineres samhandling slik:

” Samhandling er uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”.

En annen definisjon er denne: «Samhandling, interaksjon, betegnelse på samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som handler med hverandre» (Det store norske leksikon, 2014, 12.03).

Begrepet samhandling har fått en plass i praksisfeltet, blant forskere, innen politikkutforming og forvaltning. I følge Bukve og Kvåle (2014) kan en generelt forstå samhandling som samarbeid i situasjoner der det ikke finnes en aktør som har fullstendig kontroll over en prosess eller utførelsen av en oppgave. For at aktørene skal kunne utføre en oppgave gjennom samhandling, må de finne frem til felles mål, utvikle en felles forståelse av situasjonen og ha tillit til hverandre. Aktørene må også kunne utveksle nødvendig informasjon, erfaringer og kunnskap. Samhandling er nært knyttet opp til kompleksitet. Jo mer kompleksitet i samfunn, system og organisasjoner, jo større behov for samhandling. Begrepet samhandling kan bli brukt om samarbeid mellom personer eller organisasjoner, men også om samarbeidsprosesser mellom forvaltningsnivå. Samhandling i flernivåsystem skjer under andre vilkår enn frivillig samarbeid mellom organisasjoner og samhandlingen kan være preget av symmetri og asymmetri mellom aktørene (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16).

New Public Governance, en videreføring av New Public Management (NPM), bygger på et bilde av en offentlig sektor som er så kompleks at de som styrer ikke kan ha full kontroll, men må stole på samhandling og styring i nettverk. Det offentlige må spille sammen med private

aktører for å nå sentrale mål for samfunnsutviklingen. Aktører må samarbeide på tvers av organisasjonsgrenser når en pasient, en bruker, en sak eller et problem krever handling fra flere hold. Mye av nettverksstyringen går for seg i skyggen av hierkiet. I samhandling mellom stat og kommune er ofte styrkeforholdet asymmetrisk. Enkelte har på dette grunnlaget skilt mellom nettverksstyring, basert på frivillig samhandling, og styringsnettverk med sterk asymmetri mellom aktørene (Bukve & Kvåle, 2014, s. 20).

3.2 Interkommunalt samarbeid

I dag inngår alle norske kommuner, uansett størrelser, i en rekke interkommunale samarbeid. Interkommunalt samarbeid er helt sentralt for å forstå den kommunale virksomheten. Interkommunalt samarbeid har de senere årene blitt mer aktuelt, hovedårsaken er debatten om kommunestruktur. Hvor stor bør en kommune være for å utføre sine oppgaver på en god måte? Det fins ulike syn på interkommunalt samarbeid. Høyres Jan Tore Sanner tolker omfanget av interkommunale samarbeidsordninger som et demokratisk problem. Makt flyttes fra kommunestyrene til ulike former for interkommunalt samarbeid. Skal problemer løses, må kommunene slå seg sammen i større enheter. Heidi Greni fra Senterpartiet snur helt om på det og hevder at interkommunalt samarbeid nettopp er gjort for å løse de problemer som små kommuner står ovenfor. Stordriftsfordeler utnyttes, samtidig som kommunene opprettholder sin identitet, styrke og kontroll med oppgaver samtidig som de kan være små og fleksible (Jacobsen, 2014, s 13).

Interkommunalt betyr at det er noe som finner sted mellom kommuner, til forskjell fra noe som skjer innenfor de formelle rammene til en enkelt kommune. To eller flere kommuner forener noen ressurser for å løse en felles oppgave eller utfordring. *Produksjonssamarbeid* – samarbeid som foregår på tjenestenivå og som er opprettet for å produsere en tjeneste som en kommune har ansvar for. Begrepet «samarbeid» kan gi assosiasjoner til noe harmonisk, aktører som frivillig går sammen, er smidige og forsøker best mulig å tilpasse seg andre og som stadig leter etter de beste løsningene for fellesskapet. Jacobsen hevder at man i stedet for å bruke begrepet «samarbeid» heller burde benyttet mer nøytrale betegnelser som for eksempel «interkommunale ordninger», «interkommunal koordinering» eller «interkommunal oppgaveløsning». Interkommunale samarbeid er ikke et nytt fenomen, men omfanget har økt de siste

tiår. Mye tyder på at det moderne interkommunale samarbeidet for alvor vokser fram på slutten av 1970-tallet. Økningen i interkommunale samarbeid i denne senere perioden skyldes at stadig flere oppgaver overføres til kommunene, men også at oppgavene blir stadig mer komplekse (Jacobsen, 2014, s 15).

Lovverket regulerer hva kommunene har lov å samarbeide om og på hvilke måter det eventuelt er lov å samarbeide. Interkommunalt samarbeid finnes i ulike former og kjennetegnes av ulik grad av formalisering og ulike formell struktur. Jeg omtaler vertskommunesamarbeid litt mer utfyllende siden det er mest relevant for min casestudie.

Administrativt vertskommunesamarbeid: paragrafene 28-1a til 28-1c om vertskommunesamarbeid åpner for at en kommune kan delegerere ansvar for en av sine oppgaver til en annen kommune. Rådmannen i en kommune kan delegerere deler av sin myndighet til rådmannen i en annen kommune, delegeringen skjer på et administrativt nivå. En av kommunene blir vertskommune og får ansvaret for å utføre selve oppgaven, mens de andre kommunene i samarbeidet kalles samarbeidskommuner. Forholdene reguleres i en avtale som skal inneholde informasjon om hvem som deltar, hvilken kommune er vertskommune, hva slags oppgaver vertskommunen har, økonomiske forhold og hvordan samarbeidskommunene skal informeres. Samarbeidskommunen gir ikke fra seg myndighet, de kan på ethvert tidspunkt trekke tilbake delegeringen. Hver norske kommune deltar i minst to slike samarbeid. (Jacobsen, 2014, s 80).

Figur 5.1 Lovfesta modeller for interkommunalt samarbeid.



KS, 2013, s. 5.

Det er tradisjon for samarbeid i norske kommuner og innholdet i samarbeidet varierer mye. Interkommunalt samarbeid innenfor helse var utbredt allerede før samhandlingsreformen. I rapporten til Zeiner og Tjerbo finner en samarbeid som dekker «øyeblikkelig-hjelp» tilbudet, intermediære sengeposter og palliasjon, frisklivsentraler, folkehelseiltak, meldingsutveksling og hospitering. 3 av 4 kommuner velger å inngå et samarbeid med andre kommuner om øyeblikkelig hjelp tilbudet. Inntrykket fra rapporten er at kommunene responderer på samhandlingsreformen gjennom å bygge ut eksisterende interkommunale samarbeid, fortrinnsvis legevaktsamarbeid. Klepp og Time kommune har samarbeid om legevakt på dag- og kveldstid. På natt, slår de seg sammen med Sandnes legevakt. Gjesdal kommune hører også til Sandnes legevakt. Disse fire kommunene har inngått interkommunalt samarbeid om KAD. Hå kommune har egen legevakt og egen KAD. Et samarbeid gjør det mulig å utnytte stordriftsfordelene. Eterspørselen etter tjenester vil variere fra år til år, for kommuner med få pasienter/brukere vil stor variasjonen i bruken av helsetjenester, gi merkbare utslag på kostnadene. Større kommuner vil lettere kunne håndtere slike svingninger. Interkommunale samarbeid kan sette kommunene i stand til å produsere bedre eller flere tjenester. Et motargument kan være at en kommune som inngår samarbeid med annen kommune kan miste nærhet til tjenestene, da tjenestene flyttes til vertskommunen. Lang reisevei bidrar til å forringe kvalitet på tilbudet. Geografiske avstander er det største motargumentet, mens effektivitet er det største argumentet for samarbeid. Oppnåelse av stordriftsfordeler, bedring av evnen til å håndtere økonomisk risiko og kapasitetsutnyttelse er sentrale begrunnelser på interkommunalt samarbeid på helseområder. Det går et viktig skille mellom små og store kommuner. De store kommunene opplever interkommunalt samarbeid som en fordel, de minste som en nødvendighet (Zeiner & Tjerbo, 2015, s. 27-33).

3.3 New Public Governance (NPG) og samstyring

Ny offentlig ledelse, er i Norge best kjent som New Public Management, NPM. NPM er en samling av ulike læresetninger. Sentralt står *troen på markedsmekanismer* som metode for styring av offentlig sektor, det samme gjelder for *målstyring*, *stor frihet* for underordna leder til å velge *virkemiddel* og bruk av *insentiver* som *motivasjonsmekanismer* (Bukve & Kvåle, 2014, s. 21).

NPM har vist seg å føre til enhetsegoisme og mangel på samhandling. Derfor har New Public Governance, NPG, eller samstyring kommet som en reformbølge som har til hensikt å få til bedre samordning og samhandling. Samstyring, representerer et nytt styringsregime fra omkring 1990. Regimet overtar ikke for NPM, men er heller et supplement. Samstyring defineres som «den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlig og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening» (Røiseland & Vabo, 2012, s 21).

Bakgrunnen for samstyring er en oppfatning av at produksjon av tjenester har blitt tiltakende komplekst og fragmentert. Samstyring kan oppfattes som en reaksjon mot den omfattende spesialiseringen og desentraliseringen som ble oppmuntret av NPM. Koordineringsbehovet er sterkere i dag. Samstyring henspiller på at ulike aktører samarbeider, og at dette samarbeidet har relevans for offentlig styring. Det finner sted gjennom strukturer hvor ulike, men likeverdige aktører samhandler i forbindelse med en eller annen oppgave. Teorien beskriver tre aspekter ved samstyring. Aktørene som inngår i samstyring er *gjensidig avhengige* av hverandre. Aktørene er avhengig av nettverk og fellesskap for å oppnå noe. Det de prøver å oppnå kan være knyttet til en oppgave de er pålagt å ivareta, eller et problem alle parter ønsker å løse. Samstyring er et spleiselag der ulike aktører bringer med seg ulike typer ressurser. Eksempel på slike ressurser er penger, ekspertise og lokalkunnskap. Gjennom å bringe ressursene sammen, oppnår aktørene mer i fellesskap enn de ville klart hvert for seg. Det andre aspektet er *måten beslutninger fattes på*. Aktørene er avhengig av hverandre og utøvelse av makt vil ikke fungere særlig effektivt. Beslutningene må basere seg på *diskurs eller forhandlinger*. Samstyring finner bare sted hvor aktørene er i stand til å diskutere seg frem til løsninger og støtte seg til insentiver og myke styringsmidler. Det siste aspektet peker på at samstyring er en *planlagt og målorientert aktivitet*, ikke bare et fellesskap av aktører som tilfeldigvis finner sammen. Samstyring innebærer at mål må fastsettes, virkemidler må velges, strategier må utformes og ulike aktiviteter må koordineres. Strukturen rundt samstyring vil ligne en organisasjon, men den er mye løsere enn det vi forbinder med en formell organisasjon (Røiseland & Vabo, 2012, s 18).

3.4 Koordinering og samarbeid

Enhver organisert menneskelig aktivitet eller oppgave har ifølge Mintzberg (1983) to grunnleggende krav:

- Arbeidsfordeling av oppgaver.
- Koordinasjon for gjennomføre oppgavene.

Begge disse kravene må oppfylles for at oppgaven skal bli utført. Videre beskriver Mintzberg fem koordineringsmekanismer som forklarer hvordan organisasjonene koordinerer arbeidet. *Gjensidig tilpasning*, en koordineringsform som oppnås med uformell kommunikasjon og gjensidig tilpasning. Mennesker tilpasser sin atferd automatisk til andre, og kontrollen for arbeidet ligger i hendene på en operativ kjerne i en virksomhet. Dette er en enkel form for koordineringsmekanisme/samordningsmekanisme, som egentlig passer best i små organisasjoner med få personer involvert. Det er denne koordineringsformen som utspiller seg i nettverk. *Direkte tilsyn*, oppnås ved å gi instruksjer og korrigerende av arbeidet. Mekanismen er personlig, direkte overvåking og kontroll. Koordineringen skjer gjennom direkte tilsyn. Blir ofte benyttet av Helsetilsynet for å oppnå sine mål. *Standardisering av arbeidsprosesser*. Innholdet i arbeidet er standardisert og spesifisert. Koordinering oppnås ved spesifisering av arbeidsprosesser og arbeidsoppgavene blir utført likt fra gang til gang. Dette skaper forutsigbarhet og reduserer beslutnings- og produksjonskostnadene. Sentralt står bruken av regler, skriftlige rutiner og prosedyrer. Ett eksempel her er Helsedirektoratet sin veileder for KAD og hvilke pasienter de skal håndtere. *Standardisering av output/resultater*. Koordinering oppnås ved å angi resultatet av arbeidet. Dette ved å spesifisere dimensjoner ved et produkt eller ansattes atferd, vanligvis gjennom målstyring. I forbindelse med KAD har f.eks. Helsedirektoratet satt krav til bruk av sengene og med reduksjon av liggedøgn i sykehus. *Standardisering av ferdigheter/kunnskap*. Profesjonell utdanning og opplæring står sentralt som koordineringsmekanisme. Fagpersoner i helsesektoren kan stole på hverandre fordi de er trent til å håndtere oppgaver, og det er sentralt for å kunne utføre arbeidet. Opplæringssamarbeid mellom sykehus og personell i KAD, f.eks. opplæring i intravenøs behandling. Helsedirektoratet stiller krav gjennom veilederen om ferdighetene til de som skal jobbe med KAD (Mintzberg, 1983, s 2).

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Reformens tanke sett, intensjoner og samfunns- perspektiv må utvikles og bygges inn som verdigrunnlag i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må etableres og videreutvikles kultur for gjensidig respekt og målforståelse mellom de forskjellige aktørene i helse og omsorgssektoren. Reformen bygger på et bredt sett av virkemidler og det vil være lokale variasjoner i hvordan reformen gjennomføres. Regjeringen har lagt frem flere stortingsmeldinger der de beskriver virkemidler som skal bidra til å realisere pasientens helsetjenester, med økt brukermedvirkning og sammenhengende og koordinerte tjenesten, i samsvar med målene i samhandlingsreformen. Et viktig virkemiddel i reformen er etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Kommunenes plikt til å ha tilbudet er en ny oppgave for kommunene som innebærer en plikt til å yte hjelp som ikke er planlagt, men som i konkrete situasjoner er påtrengende nødvendig for en pasient og som det er forsvarlig at kommunen yter. Tilbudet skal være et supplement til kommunens øvrige tilbud og skal ikke erstatte allerede etablerte tilbud. Samarbeidsavtalen er styrt gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 punkt 4, som sier at avtalen skal inneholde et eget punkt som beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Partene må sørge for at avtalen er i tråd med gjeldende lovverk. Avtalen forplikter kommuner og regionale helseforetak og konkretiserer hvilket ansvar og plikter partene har (Helsedirektoratet, 2016, s 8).

I artikkelen til Torjesen og Vabo (2014) sier de at staten har ambisjoner om å styre kommunene, men at de ikke står fritt i valg av virkemidler for å utforme den nye politikken. Statlige myndigheter har flere type virkemidler til rådighet for å oppnå økt grad av koordinering. Pålagt samarbeid representerer hierarkisk styring fra staten sin side, det kan ha mange former og trenger ikke være autoritært eller hardt. Det er fullt mulig å påvirke ved at styringsobjektene styrer seg selv i tråd med hva staten ønsker. Koordinering kan skje gjennom hierki, marked eller nettverk. Autoritet er grunnlaget for koordinering i hierki. Samordning pålegges gjennom å styre eller planlegge, overtale eller oppmuntre til samarbeid. I et marked skjer koordineringen gjennom bytte og konkurranse og styringen vil være basert på incentiver som gjør samarbeid lønnsomt. De samhandlede parter inngår formelle kontrakter. Samarbeid og solidaritet er det som integrerer de ulike aktørene i et nettverk, styringen vil være begrenset til å tilrettelegge for frivillig koordinering. Artikkelen til Torjesen og Vabo (2014) omtaler en typologi som skiller mellom koordinering gjennom gjensidig tilpasning, direkte overvåking og standardisering av henholdsvis arbeidet, kompetanse, samt standardisering av normer og verdier. Typologien skiller mellom styringsinstrumenter og organisatoriske virkemidler. Den angir

hvilken koordineringsmekanisme – marked, hierki og nettverk - som er grunnlaget for det enkelte koordineringsvirkemidlet. Med styringsinstrumenter menes redskap og prosedyrer for planlegging, overvåking og evaluering av ressursbruk ved iverksettingen av en politikk. Organisatoriske virkemidler benyttes for å koordinere gjennom å ta i bruk nye, eller reorganisere eksisterende strukturer eller institusjonelle former (Torjesen et al., 2014, s 140).

3.4.1 Styringsinstrumenter for koordinering

Strategisk styring knytter seg til politikkkutformingsprosessen og omfatter policy design, iverksetting og evaluering. Her skiller en igjen mellom to typer strategisk styring. Den første formen er *bottom-up og interaktiv strategisk styring* som viser til strategisk styringsprosesser kjennetegnet av konsultasjoner og stor grad av involvering nedefra, det vil si gjensidighet mellom styringsnivåene. Overvåking, evaluering og fremdrift av iverksetting er en felles prosess mellom involverte styringsnivå. Den andre formen, *top-down og linjebasert strategisk styring*, viser til strategiske styringsprosesser der planer på ulike forvaltningsnivå kobles sammen hierarkisk evt. gjennom resultatorienterte politikkkutformingsprosesser. Arbeidet overvåkes og evalueres av et overordnet nivå. Eksempel på denne type strategisk styring er at individuelle organisasjoner får klare oppgaver og resultatkrav innenfor en ramme av interorganisatoriske målsetninger.

Finansiell styring skiller mellom to typer *tradisjonelle, inputorienterte finansielle styrings-systemer og resultatorienterte finansielle styringssystemer* fokusert på incentiver. Den første typen handler om hierarkiske budsjettprosesser hvor det er klart og detaljert definert hva ressursene skal brukes til. Den aktuelle organisasjon har selv liten autonomi til selv å disponere midlene. De politiske prioriteringene blir kommunisert nedover gjennom budsjettet. KAD er ett eksempel på dette. I starten finansierer staten halvparten med øremerkede tilskudd som Helsedirektoratet tildeler kommunen etter søknad. Den andre halvparten overføres fra helseforetakene når tilbudet er etablert. Ved tildeling av tilskudd stiller Helsedirektoratet krav til prestasjoner, slik påvirker staten at reformen går i ønsket retning før penger bevilges. Den andre typen finansiell styring dreier seg om å skape incentiver for å bedre organisasjonens ytelse i ønsket retning. De økonomiske midlene som stilles til rådighet blir koblet opp til bestemte resultater og sanksjoner inntreffer hvis resultater ikke oppnås. Kommunal medfinansiering av sykehusopphold er eksempel på et slik koordineringsvirkemiddel. Kommunene får

overført et kontobeløp på 20 prosent av sykehusets basistilskudd for spesifikke diagnoser. Beløpet beregnes på forventet årlig forbruk av sykehustjenester i den enkelte kommunen. Et kontobeløp overføres månedlig fra kommune til helseforetaket og avstemmes ved årets slutt opp mot det faktiske forbruket av sykehusinnleggelse kommunen har hatt i løpet av året. Incentivet er at kommunen belønnes hvis de unngår eller reduserer bruken av sykehustjenester. Pengene kommunene evt. sitter igjen med kan brukes til forebyggende arbeid, som igjen kan redusere sykehusinnleggelse.

Interorganisatorisk kultur og kunnskapsadministrasjon; de menneskelige ressursene for koordinering står sentralt. Felles arenaer etableres hvor det utvikles felles kunnskapsvisjoner, normer og verdier mellom organisasjonene slik at samarbeid og samhandling fremmes. Nettverket er den sentrale koordineringsmekanismen. Staten har etablert mange tiltak som indirekte bidrar til koordinering. Eksempler på det er informasjon, kunnskapsdokumentasjon og veiledere fra Helsedirektoratet, i tillegg bidrar fylkesmennene til å samordne og støtte nasjonale, regionale og lokale aktørers arbeid med å innføre reformen gjennom nettverksbygging og erfaringsutveksling.

Prosedurale instrumenter, konsultasjoner og innspill er prosedyrer som gir ulike interessenter muligheten til innspill, uttale seg eller på annen måte få informasjon om og kunne kommentere ett politikkforslag en plan eller lignende. Et eksempel på dette er de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Hensikten med disse avtalene er å få til en best mulig pasientflyt mellom primærhelsetjenesten og sykehusene. Avtalene er obligatoriske og dette er et hierarkisk virkemiddel (Torjesen, 2014, s 143).

3.4.2 Organisatoriske virkemidler for koordinering

Reorganisering av ansvar omfatter alle former organisatoriske endringer – sammenslåing, reorganisering, sentralisering og desentralisering, som bringer sammen relaterte aktiviteter på en ny måte. I Samhandlingsreformen er obligatorisk flytting av ansvar for øyeblikkelig hjelp funksjonen fra sykehus til kommunen et eksempel. Koordineringen er hierarkisk.

Etablering av spesifikke koordinasjonsfunksjoner eller enheter. Hovedoppgaven er å forestå koordinering og være en ledende organisasjon hvor koordineringsansvaret inngår sammen

med andre oppgaver. Oppgaven er å strømlinje-forme, overvåke og kontrollere iverksettingen av ett gitt mål eller en politikk. I helseforetakene finner vi koordinatorstillinger som samhandlingsjef eller samhandlingslege. Disse har en rådgivende funksjon til direktør/fagdirektør og finansieres av helseforetaket. I og med at sykehuset er et statlig ansvar er disse stillingene statlige koordineringsvirkemidler. Kommunene har tilsvarende samhandlingskoordinatorer som rapporterer til kommunalsjef eller rådmann.

Systemer for informasjonsutveksling baseres på nettverk som koordineringsmekanisme. Samhandlingsreformen har som ambisjon at helseforetakene skal kommunisere elektronisk med de øvrige delene av helsetjenesten når det gjelder epikriser, henvisning, laboratoriesvar, sykemeldinger, legeerklæringer og legeoppgjør mellom legekontor og NAV. I den forbindelse er det opprettet et eget kompetansesenter for IT i helsesektoren og de skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig infrastruktur for effektiv samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene.

De tre siste typene av organisatoriske virkemidler er *systemer for informasjonsutveksling, rådgivende og konsulterende enheter og enheter for å treffe kollektive beslutninger*. Disse finner vi på kommunalt nivå og eksempel kan være interkommunale faggrupper, regionråd og regionale samarbeidsutvalg. Faggruppene skal fremme helhetlig pasientforløp og gi råd i det praktiske samhandlingsarbeidet i regionen. I Helse Vest har en Fagrådet bestående av leger fra helseforetaket, samhandlingslege og klinikkjef for akuttmottak. I tillegg er kommunene representerte med fastlege/kommunelege og KAD-leder. Fagrådet treffes 3-4 ganger i året, de skal definere felles kvalitetskrav og pasientsikkerhetskrav for kommunal akutt døgnpost. De bruker delavtale 4 og 5 som veiledende dokumenter for samarbeidet (Torjesen, 2014, s 147).

3.4.3 Koordineringsvirkemidler – virkninger og bivirkninger

Hierki, marked og nettverk er alle i bruk som koordineringsvirkemidler i Samhandlingsreformen. Disse virkemidlene har også svakheter som vil kunne gi ulike typer av utilsiktede konsekvenser.

Det sentrale juridiske bindeleddet for å få sykehus og kommunene til å samarbeide er de lov-pålagte samarbeidsavtalene. Samarbeidet er pålagt, men baserer seg på formelle kontrakter som kjennetegner markedsbaserte relasjoner. Utfordringen kan være at partene har svært ulike utgangspunkt. Mange kommuner og helseforetak hadde allerede erfaringer med samarbeid og frivillige avtaler. Til tross for dette har kommunene hatt problemer med å oppnå likevekt i forhandlingene med ressurssterke helseforetak. Et eksempel kommunal øyeblikkelig hjelp hvor kommunene har ansvaret for iverksettingen, men sykehuset har i mange tilfeller definert hva som er et forsvarlig tilbud. Det ser ut til at gjennomslagskraften i forhandlingene med helseforetakene er bedre når kommunene slår seg sammen i regionale forhandlingsutvalg. Med helseforetakenes overlegne ressurser, faglig tyngde og personell blir kommunene enkeltvis svake forhandlingspartnere i forhold til det profesjonelle og koordinerte helseforetaket.

Kommunehelsetjenesten er finansiert gjennom rammetilskudd og øremerkede midler, mens sykehuset er 40% aktivitetsbasert finansiert. Ulike økonomiske rammebetingelser og incentiver kan gjøre det fristende å skyve regningen over til motparten, heller enn å ha fokus til samhandling til det beste for pasienten. Nyere studier viser at forhandlinger over tid har endret karakter. Den innledende runden var preget av faglige og løsningsorienterte forhandlinger, men har i økende grad blitt mer strategisk med fokus på økonomi og fortolkning av de formelle avtalene.

Bruk av finansielle incentiver har vært et annet viktig styringsgrep i Samhandlingsreformen. I 2012 fikk kommune overført 5 milliarder kroner fra sykehusene. Disse midlene skulle brukes til å opprette KAD i landets kommuner.

En annen type utfordring har vært at de midlene kommunen sparer på sykehusinnleggelse, ikke automatisk blir brukt til forebygging og folkehelse. Det er sannsynlig at kommuner som klarer å spare ved å unngå sykehusinnleggelse, vil benytte midlene ved å dekke andre mer påtrengende behov i helse- og omsorgssektoren enn på folkehelseiltak.

Et annet sentralt finansielt begrep er introduksjon av dagbøter. Kommunene blir «pisket» dersom de ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter. Antall «overliggere» i sykehus er dramatisk redusert etter at ordningen ble innført i 2012. Incitamentet har vært virksomt. Baksiden av medaljen er at hjemmesykepleien og sykehjemmene opplever økt belastning med dår-

ligere pasienter, manglende ressurser og kompetanse til å håndtere økningen i utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Flere funn viser at det blir mer oppstykket pasientforløp i tillegg rapporteres det om mer byråkrati og misnøye i samhandling mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

Koordinering gjennom nettverk er et langsiktig arbeid med utstrakt møtevirksomhet. Nettverksarbeid fører også med seg betydelige transaksjonskostnader på grunn av økt koordineringsbehov, møtevirksomhet, rapportering og kontroll. Samstyringsrelasjonene mellom helseforetak og kommunene blir preget av beslutningsvegring ved at prosesser trekkes ut i tid og umiddelbare resultater kan la seg vente på.

En annen utfordring er at sykehus og kommuner besitter med asymmetrisk ekspertise og forhandlingskompetanse. Markedsinspirerte økonomiske incentiver kan i tillegg gi uheldige forutsetninger for samhandling mellom sykehus og kommuner. Samhandlingsrelasjonen ser ut til å ha beveget seg fra konstruktive faglige diskusjoner og problemløsning i de innledende faser, til en situasjon som er mer og mer preget av strategiske forhandlinger der partenes økonomiske interesser kommer først (Torjesen, 2014, s 153).

3.5 Nettverk

Interkommunale samarbeid er fremfor alt interkommunale nettverk. Derfor vil jeg omtale nettverk i et eget kapittel. Grunnen til at en oppretter slike interkommunale samarbeid i Norge er fordi at en oppfatter at det kan være en måte å løse problemene på. En måte å forstå nettverk på kan være Jacobsen (2014) sin definisjon:

- a) ett sett relativt autonome og likestilte aktører
- b) som inngår i et sett relasjoner med hverandre
- c) for å løse en eller flere oppgaver (Jacobsen, 2014, s 26)

I følge Strand er nettverk og oppløselige organisasjoner samlebetegnelser for de nye organisasjonsløsningene. Nettverksformene er ikke like stabile og varige som de tradisjonelle organisasjonstypene. Enhetene og deltakerne er løsere koblet og mer spredt utover, grensene for

hvor nettverket går er mer uskarpe og kommunikasjonen er preget av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, IKT. Begreper som forbindes med nettverksdannelser er outsourcing, kjedesamarbeid, franchising, joint venture, strategiske samarbeidsavtaler og allianser. Nettverk skal gi konkurransefordeler, kostnadsbesparelser, lettere tilgang til markeder og større fleksibilitet (Strand, 2012, s 297 og 298).

3.5.1 Fordeler med nettverk

Nettverk oppstår fordi den enkelte aktør kan høste umiddelbare fordeler av medlemskapet. Det vil igjen være med å på sikre et grunnlag for fellesskapets overlevelse og suksess og det kommer de enkelte aktørene til gode. Organisasjoner trues stadig av forhold en ikke har full kunnskap om og herredømme over. Å delta i nettverk øker mulighetene for å bevare kontroll og oversikt. Fordeler ved nettverksaktivitet:

1. Markedsfordeler
2. Tilpasning og usikkerhetskontroll
3. Læringsmuligheter
4. Styring og intern forenkling

Markedsfordeler er det mest opplagte godet ved nettverksmedlemsskap. En ønsker å beskytte seg mot konkurrenter og inntrengere og samtidig holde fast på eller øke markedsandeler. Felles markedsføring sparer kostnader. Ved å fordele felleskostnadene vil en kunne øke konkurransekraften. Nettverkene er mer fleksible enn tradisjonelle organisasjonsformer i sine operasjonsmåter. De er mer tilpasningsdyktige og deltakerne gjør seg nytte av felles styrke. Nettverket kan fordele og justere innsatsen mellom medlemmene. Samarbeidet gir og muligheter for å tilby et større produktspekter enn den enkelte virksomhet kan tilby ved å stå alene. Nettverket oppdager endringer forttere og kan fordele risiko, reforhandle kontrakter og koordinere over geografiske områder. Å delta i nettverk kan ivareta behovet for kontroll og stabilitet, samtidig får en fordelene ved tilpasningsevne og produkt og markeds-utvikling. Ved å gå inn i nettverk får en muligheten til å lære, dra nytte av andres erfaringer, kopiere metoder og konsultere partnere i spørsmål. Nettverk er velegnet til å spre og utveksle informasjon. En annen fordel med nettverk er muligheten for å oppnå tilgang til nye marked, være med på utvikling

av nye produkter og utveksle erfaringer. Mange organisasjoner er for små til å ta denne risikoen alene. Kostnadsbesparelser uten å tape kapasitet og kompetanse er en fordel. Ved å dele på kostnadene til perifere funksjoner og støttefunksjoner kan en konsentrere seg om kjernefunksjonen og det som er mest lønnsomt (Strand, 2012, s 299-302).

3.5.2 Klassifisering av nettverk

Definisjonen til Jacobsen gir muligheten til klassifisering av nettverk og fokusere på ulike trekk ved nettverkene. Klassifiseringen er sentral for å skille ulike typer nettverk fra hverandre. En klassifisering ut fra «aktører» vil se på hva som kjennetegner deltakerne i nettverket (for eksempel formell status, hvilke ressurser de disponerer, hvor mange de er). Et fokus på «relasjoner» vil se på hva som kjennetegner forholdet mellom aktørene (for eksempel er kontakten løs, tillit eller mistillit, formell eller uformell). Mens et fokus på «oppgaver» vil se på hva innholdet i relasjonene er (for eksempel produksjon av konkret tjeneste, diskusjon av et felles problem, utveksling av informasjon) (Jacobsen, 2014, s 26).

Interkommunalt samarbeid – produksjonsnettverk og styringsnettverk. Det interkommunale samarbeidet i Norge er mangfoldig. Det er lite fruktbart å plassere de i samme sekk og studere de som et homogent fenomen. Erik-Hans Klijn (2008) sier i boka til Jacobsen at det finnes tre typer nettverk, klassifisert etter hva slags funksjon nettverket utøver eller oppgave nettverket har ansvar for. *Politikknettverk* er samlinger av aktører rundt en sak. Aktørene inngår i relasjoner med hverandre for å påvirke utfallet i saken. Dette nettverket er viktig for å forstå hvordan politikk utformes eller hva som skjer når politiske vedtak skal settes ut i livet. *Produksjonsnettverk* er relasjoner mellom aktører som er opprettet for å produsere en tjeneste eller et gode. *Styringsnettverk* er nettverk med hensikt å koordinere beslutninger mellom ulike styrende organer. Det kan være et samarbeid mellom kommunestyre eller andre politiske og administrative styringsorganer. Det finnes en fjerde kategori, *læringsnettverk*. Dette er møteplasser der aktører utveksler informasjon rundt et saksområde, også kalt effektiviseringsnettverk. Dette er en arena for utveksling av informasjon, ofte om «beste praksis» innenfor sektorer, men på tvers av kommuner. I dette nettverket fattes det ikke beslutninger, men spres informasjon og kunnskap. Den vanligste typen nettverk i Norge er produksjonsnettverk med interkommunale samarbeid organisert rundt en type oppgave, som regel tjenesteyting. Eksempler på dette er barnevern og interkommunal legevakt. Slike type nettverk ivaretar en enkel

oppgave og produserer en definert tjeneste. Den andre typen interkommunale samarbeid kan klassifiseres som styringssamarbeid. Her finner vi regionrådene. Regionrådene er et politisk-administrativt samarbeid mellom kommuner, de produserer ikke egne tjenester, men har i større grad ansvar for en overordnet regional styring og er multifunksjonelle (Jacobsen, 2014, s 27-30).

Strand (2012) deler inn i fire nettverkstyper, jeg omtaler bare produksjonsnettverk som er mest relatert til mitt case. Produksjonsnettverk innebærer et tett, forpliktende og formalisert samarbeid mellom tre eller flere aktører med komplementære funksjoner. Jacobsen (2014) snakker om det samme når han i sin bok skriver om produksjonssamarbeid. Dette er et type samarbeid som er opprettet for å produsere en tjeneste som en kommune har ansvar for. Deltakerne ivaretar som regel en eller et fåtall oppgaver hver i en lengre prosess og de er funksjonelt avhengig av hverandre. Dette krever velutviklede IKT-systemer som strukturerte databaser og felles programvare. Den fleksible sammenkoplingen av spesialiserte funksjoner er den fremste egenskapen hos produksjonsnettverket. Fordelen er optimal koordinering, spesialisering og fleksibilitet (Strand, 2012, s 306).

3.5.3 Nettverkledelse

Nettverk er en løsere organisasjonsform og ledelsesoppgavene er første og fremst knyttet til det å koble sammen ulike organisasjoner og aktiviteter. En annen sentral oppgave er å holde oversikt og få kunnskap om de enkelte delenes bidrag. Etablering av systemer for informasjonsflyt og rapportering er av stor betydning. Det er viktig å skape tillit og støtte til partene. Strand beskriver fire roller eller funksjoner for ledere i nettverk. Noen ledere innehar ofte elementer fra alle disse rollene og de utelukker ikke hverandre.

Imaginatoren ser nye veier og muligheter og prøver ut utradisjonelle konsepter og forbindelser. Imaginøren er kreativ og visjonær samtidig som han/hun har evner til å formidle visjonene på en troverdig måte. Han eller hun ser det fantastiske og gjennomfører det.

Kobleren er kommunikatoren og hjelperen som bygger opp og vedlikeholder der det ellers kunne blitt avstand og brudd. Tilstedeværelse og å pleie kontaktene er viktig for kobleren.

Vedlikehold, framdrift og nyvinninger motiveres av spennende muligheter og varme sosiale kontakter. Kobleren representerer kjerneverdiene ved sin personlige væremåte. Han/hun er en menneskekjenner med god forståelse for ulike sosiale kontekster og framstår som et viktig smøremiddel i nettverksrelasjoner.

Kontraktøren utformer innholdet i relasjonene. Nettverk oppstår ikke uten avtalte relasjoner. Kontraktøren forsøker å inngå effektive samarbeid med bakgrunn i sin kjennskap til forskjellige organisasjoners aktiviteter. Kontraktøren realiserer verdiskapningen i nettverket med forpliktende avtaler. For å lykkes med internasjonalt arbeid er det viktig med kontraktøregenskaper.

Controleren kan jevnføres med administratoren eller byråkraten som holder orden. Controleren sørger for at resultater blir målt og at utbytte og kostnader fordeles riktig. Det innebærer å koordinere og justere verdiskapningsprosessene i nettverket. Controleren arbeider systematisk og analytisk, effektivitet og systematikk er viktige verdier. Han/hun er meget viktig i nettverkssamarbeid, men er ikke alltid synlig og populær på grunn av sin rolle.

I forskjellig nettverkstyper er noen roller viktigere og vanligere enn i andre:

- Produksjonsnettverk: kontraktør og controler. I KAD-sammenheng vil det være vertskommunen som er controler (Strand, 2012, s 312).

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen som jeg har benyttet i denne studien. Jeg har valgt å bruke kvalitativ tilnærming fordi det egner seg til å øke forståelsen for prosessen, samspillet og relasjonene. Et kvalitativt opplegg har som oftest til hensikt å få fram hvordan mennesker fortolker og forstår en situasjon. Ian Day sier følgende: «Mens kvantitative data opererer med tall og størrelser, opererer kvalitative data med meninger. Meninger er i hovedsak formidlet via språk og handlinger» (Day, sitert i Jacobsen 2015, s. 125). Metoden er god til å avklare et uavklart problem og til å få frem en nyansert beskrivelse av temaet. Ulike organisasjonsformer, som kommunalt og interkommunalt samarbeid har nok blitt studert av andre før, men ikke i forhold til etablering av tiltak som følge av Samhandlingsreformen. I følge Jacobsen er kvalitativ tilnærming en åpen metode, der forskeren forsøker å legge så få føringer som mulig på den informasjonen som skal samles inn. Den som undersøkes definerer hva slags informasjon som er relevant og på den måten får forskeren informasjon som er «virkelighetsnær». Denne metoden passer godt til intensive opplegg der en velger ut få enheter eller caser (Jacobsen, 2015, s. 125). Jeg har valgt ut to KAD enheter for å få innsikt i nettopp hvordan kontekstuelle forhold kan spille inn på driften og bruken av KAD. Undersøkelsene har vært gjennomført i perioden 01.04.2017-01.07.2017.

For å kunne belyse og forklare min problemstilling, var det hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode, men jeg også valgt å kombinere kvalitative intervjudata med dokumentanalyse. Her har jeg blant annet benyttet foreliggende skrivebord-data, dvs. dokumenter, utredninger om KAD i de involverte kommunene. Her har jeg med andre ord forsøkt benyttet en form for triangulering, dvs. der jeg har tatt i bruk ulike kilder for å oppnå helhetsperspektiv (Patton, 1990, s 247).

4.1 Case som forskningsdesign og strategi

Design betyr i denne sammenhengen å finne og videreutvikle tema, problemstilling og tilnærming for masteroppgaven. Jeg har valgt å bruke casestudier som undersøkelsesopplegg.

En casestudie er en inngående studie av en eller noen få undersøkelsesenheter. En undersøkelsesenhet er den enhet vi er interessert i å undersøke. I mitt tilfelle, en kollektiv enhet (gruppe, organisasjon eller lokalsamfunn). Innenfor en organisasjon kan vi finne flere grupper og enkeltindivider (Jakobsen, 2015, s. 97). Jeg ønsker å gjøre en komparativ studie der jeg sammenligner ulike caser, kommune og interkommunalt tilbud, stor og liten enhet. Dette gjør jeg ved å benytte kvalitativ forskningsstrategi i form av samtaleintervju og dokumentanalyse og har som sagt valgt ut to caser jeg vil sammenligne.

I følge Jacobsen vil det aldri være mulig å velge det perfekte undersøkelsesopplegget. I de fleste undersøkelser kan også ressursbegrensninger medføre at en må velge et design som ikke er optimalt. Det er viktig på forhånd å tenke gjennom ulike svakheter i forholdet mellom undersøkelsesopplegg og problemstilling. Å sammenligne caser var et naturlig valg for min oppgave. Dette opplegget passer godt sammen med en kausal problemstilling der man ønsker å forklare noe. Man ønsker å se om et fenomen som finnes i en case også finnes i andre case, altså et ønske om å generalisere. Sammenlignende casestudier er først og fremst rettet mot å etablere kausale sammenhenger mellom fenomener (Jakobsen, 2015, s 123).

Et argument for casestudier er at forskeren i kraft av omfattende og detaljert kunnskap vil oppnå høy grad av validitet. Datatriangulering er en av casestudienes sterke side. Triangulering dreier seg om bruk av flere datakilder og metoder for datainnhenting, i mitt tilfelle intervju og dokumentanalyse. Datatriangulering er en generell oppfatning om at bruk av flere datakilder, forskere, metodetilnærminger og teorier gir økt kontroll i forskningsprosessen. Det er en styrke ved casestudier at de åpner for mange og varierte datakilder og dataanalyser. Det er ikke en garanti at triangulering i casestudier gir bedre og mer pålitelige resultater. Ufullstendig og mangelfull forståelse av det som studeres, kan skape misforståelser. I tillegg kan forskeren overse vesentlige sider ved et fenomen, alt etter hvilken innfallsvinkel som velges (Andersen, 2013, s 156).

En annen svakhet ved studie av bare to caser er at det gir begrensede muligheter til å generalisere utover caset. Min studie har ikke til formål å generalisere, men heller å beskrive og forklare. Likevel kan det ikke utelukkes at andre kan dra nytte av funn som er gjort i videre

studier. Empirien kan sammenlignes med det man finner i andre kommuner i landet og det kan tenkes at det har den samme problematikken eller utfordringene.

4.2 Dokumentanalyse

I denne studien var det viktig å bruke dokumentanalyse i tillegg til intervjuer for belyse problemstillingen på en bedre måte. Dokumentanalyse er ifølge Repstad en metode der man gir visse tekster status av kilder eller data for selve undersøkelsen, på samme måte som feltnotater, intervjuutskrifter og liknende er data (Repstad, 1998, s 86). Dokumentanalyse er en datainnsamlingsmetode knyttet til benyttelse av sekundærdata, kilder for data som andre har samlet inn (Jacobsen, 2015, s 145). Datainnsamlingsmetoden vil påvirke dataenes gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Dette vil jeg omtale nærmere i siste kapittel. Jeg er godt kjent med helsesektoren etter å ha jobbet i den siden 1998. KAD er relativt nytt og jeg hadde begrenset kunnskap om temaet før jeg gikk i gang med studiet. Jeg er som forsker preget av mine erfaringer og kunnskap. Derfor er jeg bevisst på at min bakgrunn kan ha betydning for min forskningsprosess og kan påvirke meg i rollen som forsker. I følge Repstad kan det komme lojalitetsbånd og avhengighetsbånd å forstyrre forskningen når en intervjuer venner, kolleger eller bekjente. Fordelen med å kjenne hverandre litt på forhånd, er at det kan være lettere og åpne seg enn overfor en fremmed i intervjusituasjonen og at samtalen flyter lettere (Repstad, 1998, 69). Dette ble jeg gjort oppmerksom på i metodeseminaret før jeg gikk i gang med studien og hadde det i bakhodet gjennom hele forskningsprosessen.

Mange former for tekster kan være aktuelle å studere. Knut Kjelstadli (1997) anbefaler i boken til Repstad (1998) å begynne med det nyeste og mest omfattende dokumentet dersom man følger en sak som har versert en tid. En skiller mellom førstehånds- og annenhånds kilder. Førstehåndskilde er et originaldokument. Jo flere ledd informasjonen passerer gjennom, desto mindre er vanligvis kildeverdien (Repstad, 1998, s 86).

Dokumentene som er samlet inn, er nødvendige for å forstå hva KAD er, hvordan det er bygget opp og hvordan tilbudet skal brukes. De er nyttige for å tilegne bakgrunnskunnskap om temaet. Disse omfatter offentlige dokumenter som stortingsmeldinger, veiledninger, rapporter, delavtaler, vedtak og lover. Det meste har jeg funnet selv på nettet, fått anbefalt av veileder eller blitt tipset om gjennom intervjuene. Dokumentene er blitt brukt utfyllende og gir en helhetlig forståelse av temaet. I tillegg har kunnskapen jeg har fått gjennom dokumentene, blitt brukt til å utforme intervjuene.

4.3 Strategisk valg av informanter

For å finne frem til informanter har jeg benyttet meg av tips fra sentrale personer og valgt personer som jeg hadde tro på kunne gi mye og god informasjon om KAD. Jeg ønsker å belyse problemstillingen fra profesjonsvinkling, derfor valgte jeg informanter som jobbet med KAD i en eller annen sammenheng. Jacobsen (2015) kommer med flere utvalgsriterier der det ene er personer med mye kunnskap og informasjon. Jeg valgte å ikke ha et eksakt antall informanter på forhånd, men foretok nye intervjuer til oppnådde såkalt metning som vil si at et nytt intervju i vesentlig grad ikke tilførte meg ny kunnskap og informasjon sett i forhold til ressurs-bruker (Repstad 1998). Dette fungerte bra og jeg endte opp med i alt 11 intervju.

Jeg har tatt direkte kontakt med intervjupersonene via mail og telefon. Jeg ringte de fleste først og sendte deretter mail. Tanken bak å ringe var å «ufarliggjøre» situasjonen og å få folk til å stille. Jeg tror det er lettere å avtale direkte siden en mail kanskje blir oversett blant mange andre mailer en mottar i løpet av en dag. Alle jeg spurte sa ja. Jeg er takknemlig og gledelig overrasket over velvilligheten hos informantene, som jeg vet har en travel hverdag. Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen til informantene, noe som var en bevisst strategi for å hindre frafall.

Undersøkelseskommunen er valgt ut fra at de har en forskjellig måte å drive KAD på. I tillegg foregår det en diskusjon blant Jær-kommunene, Klepp, Time og Hå, om interkommunalt

samarbeid om legevakt, brann og politi. Derfor synes jeg at det var et dagsaktuelt tema. Fra de forskjellige kommunene er følgende intervjuet: kommuneoverlege, fastlege, KAD-lege, KAD-leder og sykepleier som jobber på KAD. Til slutt ble jeg tipset fra informantene om at samhandlingslege og tidligere fagsjef i mottaksklinikken også hadde mye kunnskap om KAD, derfor ble disse to også intervjuet.

Personene jeg har intervjuet blir omtalt som informanter og ikke med navn. Alle informantene fikk informasjon om studien, ble vist godkjenning fra NSD og skrev under på samtykkeskjema før intervjuet.

Jeg har valgt å kode informantene mine slik:

K1	Kommuneoverlege Klepp
K2	Kommuneoverlege Hå
F1	Fastlege Klepp
F2	Fastlege Hå
KL1	KAD-lege Jæren Øyeblikkelig hjelp
KL2	KAD-lege Hå
SK1	Sykepleier Jæren Øyeblikkelig hjelp
SK2	Sykepleier Hå
ALK2	Avdelingssykepleier KAD Hå
SHL	Samhandlingslege SUS
PLS	Prosjektleder SUS

I studien har jeg benyttet meg av halvstrukturerte intervju. Intervjuguide med tema og spørsmål ble utarbeidet i forkant. Jacobsen kaller dette for pre-strukturering ved at vi på forhånd bestemmer oss for elementer som vi skal konsentrere oss spesielt om. Jeg startet med de enkleste spørsmålene først for å bli kjent med informanten. Det var viktig for meg å skape en god ramme rundt situasjonen og ha en avslappende kommunikasjon med informanten. Jeg korrigerer intervjuguiden noe underveis med at jeg spisset noen av spørsmålene for å unngå uklarheter.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervju ble benyttet for å finne utfyllende informasjon om temaet. Jeg informerte intervjupersonene om studiet mitt, tema for samtalen og varigheten av intervjuet pr. mail i første omgang. Deretter fikk alle informasjon om at studien er godkjent av NSD og skrev under på et samtykkeskjema før selv intervjuet. De første par minuttene av et intervju er avgjørende. Det skapes god kontakt ved at intervjueren lytter oppmerksomt og viser interesse, forståelse og respekt for det intervjupersonen sier ved å være avslappet og klar over hva han eller hun ønsker å vite (Kvale & Brinkmann, 2009, s 141). Jeg møtte forberedt, i god tid og var opptatt av at vi skulle ha en god og avslappende tone. Siden jeg allerede hadde snakket med de fleste på telefon eller kommunisert via mail før intervjuet, hadde vi knyttet en slags kontakt før selve intervjuet. Noen av informantene kjente jeg fra før.

Intervjuet ble tatt opp på Iphone eller Ipad, noe jeg informerte om på forhånd. Dette frigjorde tid under selve intervjuet slik at jeg aktivt kunne følge med på hva informanten sa og slapp å stresse med å skrive ned mest mulig. Jeg noterte kun stikkord som ble brukt til oppfølgingsspørsmål eller under transkribering. Mitt datagrunnlag baserer seg på følgende kilder: intervju med nøkkelpersoner på KAD i to forskjellige kommuner, to intervju på Stavanger universitetssykehus og offentlige dokumenter som stortingsmeldinger, nasjonale veiledere og delavtaler. I tillegg kom uformelle samtaler med andre aktører og egne observasjoner.

Det ene intervjuet ble gjort om til gruppeintervju noen dager før for å spare tid for informantene. Jeg satte meg inn i gruppeintervju på forhånd og var spent på hvordan det skulle gå. Jeg var mest spent på om jeg ville klare å få like mye informasjon ut av et gruppeintervju som et vanlig intervju. Det viste seg å gå fint. Informantene var «høflige» og snakket i tur og orden. Alle var forberedt og engasjerte. På forhånd tenkte jeg at gjennomføringen av selve intervjuene kom til å bli en krevende og litt slitsom prosess. Dette var delvis riktig, det var krevende, men utrolig lærerikt og nyttig med all informasjonen jeg fikk. Absolutt noe av det kjekkeste med hele studien! Intervjupersonene hadde alle tema de likte best å snakke om, da var utfordringen å få samtalen over på tema jeg trengte opplysninger om. Jeg har lært om meg

selv at jeg liker godt å snakke med ulike folk og har fått en trygghet i takle nye situasjon. I tillegg var det gledelig at alle jeg intervjuet var så positive og velvillige.

4.5 Transkribering

Transkribering er en konkret omdanning av muntlig samtale til en skriftlig tekst. Ved å overføre samtalen til litterær tekst blir det mulig å formidle meningen med intervjupersonenes historie til leserne (Kvale & Brinkmann, 2009, s 192). Enkelt sagt er transkribering å omgjøre opptak til tekst. Etter hvert intervju gikk jeg i gang med transkribering basert på lydopptak og notater jeg hadde gjort underveis. Jeg valgte å transkribere innen et par dager, eller i hvert fall før neste intervju, slik at jeg hadde det friskt i minne. Transkriberingen viste seg å være en tidkrevende prosess, men også nyttig, siden jeg fikk høre intervjuene om igjen og fikk med meg flere nyanser og enda mer av det som ble sagt. Idealet er at intervjuer skal skrives i sin helhet med mulighet for kontroll av rådata (Jacobsen, 2015, s 202).

4.6 Tolkning og analysestrategi

Mitt intervjumateriale består av transkribert tekst fra 11 informanter på over 100 sider og er omfattende. Struktureringen av de transkriberte intervjuene for analyse har vært en viktig prosess for å få oversikt og kunne analysere mitt materiale. Her valgte jeg å ordne tekste i fire hovedkategorier; organisering, styring og samarbeid, koordinering og kommunal versus interkommunal.

Etter fasen med transkribering var jeg klar for analyse av forskningen. Her gjorde jeg en annotering av hvert intervju der jeg forsøkte å beskrive et kortfattet sammendrag. Her benyttet jeg intervjuguiden for å dele teksten inn i kategorier. For å få frem informasjonen fra de ulike

informantene, og for å få bedre oversikt, har jeg benyttet meg av matriser og på denne måten kunnet analysere kontraster og likheter mellom de ulike informantintervjuene.

4.7 Metodens kvalitet – validitet og reliabilitet

Intern gyldighet baserer seg på om resultatene oppfattes som riktige. Det stilles spørsmål om det er sammenheng mellom virkeligheten og forskerens beskrivelse av denne virkeligheten. Dette kalles *validering*. Forskeren ønsker å beskrive en virkelighet som ikke direkte observerbar. Kilden kan være en informant, en situasjon eller et dokument. Dataenes gyldighet vil være sterkt avhengig av disse kildene. Informasjonen som kommer uoppfordret fra informanten vil ofte tillegges større gyldighet siden opplysningene ikke er direkte styrt av forskeren og vi kan anta at de ligger nærmere informantens egentlige oppfatning av et fenomen (Jacobsen, 2015, s 231). Ved transkribering fikk jeg muligheten til å høre intervjuene om igjen. Jeg gjorde små justeringer underveis i intervjuguiden for å være sikker på at jeg stilte spørsmålene riktig og fikk svar på det jeg ønsket. Det var viktig for meg at spørsmålene ikke var ledende og at kommunikasjonen var åpen.

For at forskningen skal være holdbar er det særlig to krav som må være oppfylt, *validitet* og *reliabilitet*. Det siste er pålitelighet og går på om det er visse trekk ved selve undersøkelsen som har skapt de resultatene vi har kommet fram til. Den som intervjues påvirkes av intervjueren, hvordan ser denne ut, er kledd, snakker, bruker kroppsspråk osv. Mange vil foretrekke å foreta undersøkelser i en mer naturlig sammenheng, for eksempel på arbeidsstedet deres (Jacobsen, 2015, s 242).

I denne studien er det brukt flere datakilder, også kalt datatriangulering. Dette bidrar til å styrke forskningen, gi økt kontroll knyttet til validitet og reliabilitet, selv om det ikke gir noen garanti for mer pålitelige resultater. Datatriangulering gir bedre mulighet til å kryssjekke.

På grunn av min helsefaglige yrkesbakgrunn har jeg hatt en nærhet til forskningsfeltet. Jeg kunne bygge opp tillitsrelasjoner til informantene på bakgrunn av kunnskaper og at vi

«snakket samme språk». Jeg hadde muligheter for å sette meg inn i situasjoner som ble forklart og følge opp med spørsmål. Dette ble en styrke for meg i intervjufasen og jeg opplevde å få god kontakt med alle informantene.

Det er viktig å være bevisst på eget ståsted når en skal gjøre intervju og i det hele tatt skrive en masteroppgave. Da temaet ble valgt, var det naturlig for meg å diskutere dette med mennesker og kollegaer som jeg traff på og som var opptatt av og engasjert i dette. Det skapes oppfatning og forventninger med slike meningsutvekslinger som igjen er med på å berike oppgaven.

5.0 Empiri og analyse

5.1 Organisering, presentasjon av analyseenhetene

Påfølgende kapitler omhandler mine funn i feltet. For å kunne sammenligne enhetene, finner jeg det hensiktsmessig å presentere analyseenhetene. Teksten er skrevet ut fra det informantene har fortalt om tilbudet i de to kommunale akutte døgnpostene i Klepp og Hå kommune. I tillegg har jeg snakket med samhandlingslege og fagsjef i akuttmottaket på sykehuset for å kunnskap om sykehuset sitt ståsted i forhold til KAD.

5.1.1 Klepp kommune

Klepp kommune var vertskommune for Jæren øyeblikkelig hjelp (JØH) frem til mai 2017. I mai flyttet JØH til Sandnes og ble samlokalisert med Sandnes legevakt. JØH er interkommunal og består av Klepp, Time, Gjesdal og Sandnes kommune. Da Klepp var vertskommune var posten lokalisert på sykehjemmet i 3. etasje. Klepp og Time kommune samarbeider fra før om felles legevakt på kveld og helg. I tillegg har de samarbeid med Sandnes legevakt på natten. Gjesdal kommune er inn under Sandnes legevakt, så alle kommunene har ulike former for samarbeid fra før. Lengste kjørevei for pasienter til tilbudet er ca. 45 minutt.

JØH har 12 sengeplasser der Sandnes disponerer halvparten av sengene og de andre kommunene to senger hver. Posten har 115% legedekning fordelt på 2 leger på dagtid. Beredskapen på kveld og hel dag i helg består av en vaktordning fordelt på 13 leger. I helg er det 3 timers aktivt arbeid for legen og på kveld er det tilsyn ved behov. Legevakten har legeansvaret på natten. Samlokaliseringen med legevakten på Sandnes gir ekstra trygghet i

forhold til konferering og akuttberedskap, spesielt for sykepleierne som jobber på natten. Ellers består JØH av sykepleiere med ulik bakgrunn og høy faglig kompetanse i tillegg til rengjøringspersonale.

5.1.2 Hå kommune

Hå kommune sitt KAD-tilbud er kommunalt og lokalisert på Hå sykehjem i 2. etasje. Der har KAD to rom med plass til fire senger, mens resten av rommene på avdelingen er til rehabilitering. I samme bygg som sykehjemmet har de også et kommunalt legekantor som tar seg av venøs prøvetaking. Leder for KAD er også leder for sykehjemmet inkludert rehabiliteringsavdelingen. Avdelingen har 100% legedekning på dagtid fordelt på to leger. I helger og helligdager er det lege to timer til dagen. Ellers på kveld og natt er det legevakten som har legeansvaret. Legevakten ligger et par kilometer fra sykehjemmet.

Helse og omsorgsavdelingene i Hå kommune (legekantor, legevakt, sykehjem og KAD) har felles journalsystem som gjør det enkelt for legene å kommunisere ved innleggelser. Rehabiliteringsposten består av sykepleiere og andre yrkesgrupper som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter og rengjøringspersonell. Lengste kjørevei for pasienter til tilbudet er ca. 25 minutt.

5.1.3 Oppsummering

Organisatorisk er tilbudene ulikt utformet, se tabell nedenfor. Den vanligste organiseringsformen i landet er lokalisering til sykehjem med 42%. Begge kommunene hadde lokalisering til sykehjem da tilbudet ble opprettet. JØH fikk ny vertskommune med samlokalisering til legevakt i mai dette året. 14% av KAD er samlokalisert med legevakt på landsbasis. Klepp har valgt en interkommunal modell, mens Hå drives kommunalt. 70% av

alle KAD i landet er interkommunale med 2-4 kommuner som det vanligste (Grimsmo et al, 2016, s 42).

Organisering av KAD

	Klepp	Hå
<i>Organisering av KAD</i>	Egen avdeling i tilknytning til Sandnes legevakt.	To rom i 2. etasje på Hå sykehjem, deler avdelingen med rehabiliteringsposten.
<i>Antall sengeplasser</i>	12	4
<i>Oppstart</i>	Oktober 2013	November 2012
<i>Organisasjonsmodell</i>	Interkommunal med vertskommunemodell.	Kommunal
<i>Beleggsprosent</i>	58% 2015 58% 2016 65% januar - april 2017 64,1% mai 50,1% juni 45,8% juli 55,7% august 56,2% september 69,6% oktober	61,3% 2015 53,4% 2016 75-105% januar - april 2017 108% mai 100% juni 76% juli 108,5% august 85% september 75% oktober
<i>Innleggende instans</i>	2/3 fra legevakt og 1/3 fra fastlege på dagtid.	73 fra fastlege og 82 fra legevakt (2015) 16 fra fastlege og 51 fra legevakt (2016)
<i>Døgnpris</i>	4200 kr (2017)	2622 kr (2017)

Antall sengeplasser baseres på folketall og stipuleringer fra staten. Helsedirektoratet har et krav om 1 seng pr. 7000 innbyggere (Grimsmo et al., 2016, s 41). Hå kommune med sine 18 000 innbyggere har god kapasitet med fire senger. Klepp, Time og Sandnes har litt for få senger pr. innbygger, mens Gjesdal er innenfor kravet. JØH er fleksible med sengene og ser ut til å utnytte kapasiteten bra.

Klepp kommune var vertskommune for JØH frem til mai 2017. Vertskommune begrepet blir brukt i flere sammenhenger for å markere at en kommune har en særskilt oppgave eller rolle på vegne av flere kommuner i et område (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011, s 9). I starten var bruken av KAD størst i Klepp kommune. Etter hvert kom Time etter og det ble omtrent likt. Klepp og Time har tradisjoner for samarbeid og to av informantene mente at dette hadde betydning for bruken av tilbudet. Sandnes og Gjesdal kommune var litt senere med å komme i gang med innleggelser, noe som kan skyldes at de ikke hadde et eierforhold til tilbudet og avstander. En av informantene hadde denne forklaringen:

«Så handler det alltid litt om geografi og himmelretning. Det er slik at for Sandnes leger og Sandnes innbyggere, å bli sendt ut på Jæren når du er syk, det opplevdes mildt sagt litt uvant. Så det var en terskel der» (KL1).

KAD har hatt og har fortsatt potensial som virkemiddel for å redusere sykehusinnleggelser. Evaluering viser at effekten blir i noen grad påvirket av avstanden til tilbudet (Grimsmo et al., 2016, s 44). Det er for tidlig å se på om Sandnes sin bruk har gått opp etter at JØH har flyttet dit. I Hå kommune hadde de allerede tradisjon for å ta imot pasienter som trengte øyeblikkelig hjelp i form av intravenøs behandling og lignende. Når kravet om etablering av kommunal akutt døgnpost kom, var det ikke store forandringer som måtte til, men tilbudet ble satt i system og ekstra opplæring ble gitt. Her var legene og innbyggerne fra før vant med at de kunne legge inn på sykehjemmet i stedet for å reise til sykehuset.

Da jeg startet mine undersøkelser og intervjuer i april 2017 hadde Hå en beleggsprosent mellom 75-105% så langt i 2017. Noe av årsaken til den høye beleggsprosenten den siste måneden var at avdelingen hadde begynt å ta imot psykiatrispasienter og at det ikke var helt avklart hvilke kriterier de skulle legges inn på. Dermed ble det flere innleggelser enn forventet. JØH hadde så langt i år en beleggsprosent på 65%. Begge enhetene merket sesongvariasjoner, med flere innleggelser i vinterhalvåret. JØH hadde en oppgang i mai/juni dette året i forhold til i fjor og lurte på om det kunne skyldes flytting og økt bruk på grunn av samlokalisering med legevakt. JØH lå på 51, 58 og 58% de tre første årene, mens Hå lå på 61,8 og 53,4% i 2015 og 2016. Dette viser at det ikke er så store forskjeller i beleggsprosenten de første årene, men at Hå i 2017 har hatt et høyere belegg enn JØH.

Forventet gjennomsnittlig liggetid bør ikke overstige 3 døgn. Dette for at rett pasientkategori skal havne på KAD og at ikke KAD blir en sykehjemsavdeling (Storheier et al., 2014, s 7). Her fant jeg noen organisatoriske forskjeller fra Hå og Klepp. Gjennomsnittlig liggetid på JØH var 4,2 døgn i tiden etter opprettelse. Mot sommer og høsten 2017 var liggetiden gått ned til 2,5-2,8 døgn. Mens i Hå var den 3 døgn og deretter ble de flyttet over i et annet tilbud i kommunen. I følge en av informantene var dette en av fordelene med å være kommunal. Pasienten ble innlagt på KAD og dersom det var behov for å være lenger enn tre dager, ble de flyttet over i et annet tilbud (korttids-opphold, rehabilitering), men lå fremdeles i samme seng på samme avdeling. Noen ganger ble de flyttet over i en bo-avdeling eller inn i ett høyere omsorgsnivå, for eksempel bolig eller noe nær et senter. I følge leder på KAD i Hå har 80-90% av pasientenes som blir innlagt behov for å være lenger enn tre dager. KAD-lege på JØH hadde også erfaringer med at tre dager kunne være for lite, men at de samtidig ønsket kontinuitet i behandlingen.

«Er de først så syke at de må innlegges, særlig eldre med sammensatte og langt kommet sykdommer, så er det ikke noe «quick fix» på tre dager. Hvis de da trenger tre eller fire dager til, så vet jeg at det er en risiko å flytte på folk. Da vet jeg inderlig vel at syv dager på samme plass, og ikke nødvendigvis for at den plassen heter JØH, men på samme plass i samme hender med kontinuerlig observasjon er et mye bedre tilbud enn å drive å flytte på de» (KL1).

Mine funn viser at det var en forskjell i antall døgn frem til sommeren/høsten 2017, men intensjonen om hjelpe pasienten på best mulig måte er den samme på begge avdelingene.

5.2 Styring og samarbeid i KAD på Jæren

Styringen av JØH er i all hovedsak satt til vertskommunen som har vært Klepp frem til nå. Klepp har organisert og styrt tilbudet på stedet. Kommunene har inngått en avtale om samarbeid og er gjensidig avhengig av hverandre. KAD-lege på JØH er i staben til kommuneoverlege i vertskommunen og kommuneoverlegen fungerer som faglig rådgiver. Etter flytting til Sandnes er det mest sannsynlig at kommuneoverlegen i Sandnes overtar disse rollene og i tillegg sitter i Fagrådet.

Når det gjelder finansiering av KAD og interkommunale ordninger uttaler den ene informanten:

«Vi har sett i forhold til andre ting at det har litt lettere for at interkommunale ordninger blir litt skjermet økonomisk i forhold til de kommunale ordningene. Vi sier ofte at de interkommunale ordningene kommer med en regning de, det må vi ha for å få de til å gå, så må vi bare betale det. Så er det vanskeligere å spille mange kommuner ut mot hverandre, så man blir enige om at det må bare la det gå slik» (K1).

En av informantene fra Hå uttalte følgende om finansiering og en av grunnene til at det ble valgt en kommunal løsning fremfor interkommunal:

«Jeg tror kanskje ikke det hadde så mye med økonomi å gjøre. Det ble poengtert at vi egentlig kanskje måtte betalt for, etter tre dager på Klepp, så hadde en måtte betalt døgnjeneste, nå er de her, de dagene de er over, da er de i sammen med alt det andre. De har ikke gratis plass, men de har plass sammen med alt det andre. Vi må lønne de som er her, driften er her uansett, det blir ikke noe ekstra i driften selv om de er her videre» (ALK2).

I datamatriksen over organisering av KAD kan en se at døgnprisen varierer på JØH og Hå, henholdsvis 4200 og 2622 kr pr døgn. Jeg har ikke gransket på grunnen til forskjell i pris og er usikker på hvorfor det spriker så mye. Det lønner seg for Hå å være kommunal når en ser på prisene, ellers måtte de betalt mye mer til vertskommunen for JØH.

Alle informantene som er involvert i og jobber på KAD oppgir kommunalsjefen/kommunaldirektøren og rådmannen som sine overordnede. JØH byttet vertskommune i mai 2017 og en av informantene var spent på følgende:

«Mens nå er det ett ledd ekstra for nå er det leder av JØH som er underlagt lederen for Sandnes legevakt og JØH videre opp til kommunaldirektøren og rådmann. Så det er litt slik at når en flytter til en større kommune, så kommer vi lenger fra toppen, noe jeg er spent på» (KL1).

I Hå kommune er alle fastlegene kommunalt ansatt, en av informantene mente at det kunne ha flere fordeler:

«Det som er spesielt i Hå kommune er at fastlegene er kommunalt ansatt, så det gjør jo at vi nok har et større samarbeid enn hvis det kun er privat drift. Det er lettere å samordne og styre når alle egentlig har samme arbeidsgiver» (K2).

Jeg har ikke noen indikator på at den ene kommunen samarbeider bedre enn den andre, kommunalt ansatt eller ikke. Tabellen nedenfor viser hvilke felles møteplasser leger og ansatte i KAD har for samhandling og koordinering. Begge kommunene har ukentlige/månedlige treffpunkt og kommuniserer ellers via e-post og e-meldinger. Hå

kommune har en fordel ved at alle legene i kommunen bruker samme datasystem og kan kommunisere direkte til hverandre gjennom systemet, i tillegg kan de lese journalnotatene til kollega på aktuell pasient. JØH har en fordel ved at de har samme journalsystem som sykehuset, DIPS, og kan enkelt lese notat fra sykehuslegene på tidligere innleggelser.

Som vi ser i tabellen nedenfor har begge døgnpostene mange aktører de samarbeider og koordinerer med.

	Klepp	Hå
<i>Samarbeidsaktører og koordineringspartnere</i>	Fastlege Legevakt Hjemmesykepleien Tildelingskontoret Fysioterapeut Sykehjem Sykehus	Fastlege Laboratorietjenester på legesenteret Legevakt Fysioterapeut Ergoterapeut Sykehus
<i>Utfordringer med samhandlingen</i>	De ulike kommunene kommuniserer på ulike måter (faks, mail, PLO meldinger) Stor kommune (Sandnes) – vanskelig å holde oversikt over tilgjengelige tjenester. Ventetid på institusjonsplass i to av kommunene.	Mange å forholde seg til i spesialisthelsetjenesten. Nye vikarlege i kommunen som ikke er oppdaterte. Kommunikasjonssvikt.
<i>Felles møteplasser/møter for koordinering og samhandling</i>	Internt i avdelingen daglig pre-visit og visit Personalmøter Allmennlegemøte i kommunene Fagråd 3-4 ganger i året	Daglige møter i avdelingen Personalmøter Legemøte to ganger pr. mnd. (alle fastlegene) Ledermøte på sykehjemmet en gang pr. mnd.
<i>IKT datasystem</i>	DIPS	COSDOC
<i>Innleggende instans</i>	1/3 fastlege og 2/3 legevakt	Fastlege og legevakt

Mine intervjudata viser at begge kommunene opplever godt samarbeid selv om de har noen utfordringer. På spørsmål om hvilke utfordringer de hadde med samarbeidet fikk jeg følgende synspunkt fra Hå:

«Det er mange å forholde seg til i spesialisthelsetjenesten. I forhold til samarbeidet ellers i kommunen er kommunikasjonsveien så kort at jeg føler ikke det er de store utfordringene. Vi klarer å løse opp i det. Det er klart det kan være uenigheter om ett eller annet, men det er ikke et større problem» (ALK2).

«Det går somregel bra. Det er jo alltid litt med nye vikarleger å sånt så ikke har helt gangen i det, men de må bare få vite hvordan ting er. Det har vært noen uheldige episoder, men det har vært på grunn av at de ikke helt visste hva det innebærer og litt kommunikasjonsvikt. Men jeg føler at samarbeidet med sykehuset går helt flott altså» (KL2).

Informant fra JØH sier følgende om samarbeid og utfordringer:

«Det er litt det samme som jeg sa at jo større kommune, jo vanskeligere oversikt. Jeg tror at det er enklere å samarbeide med de små kommunene, men det er ikke slik at smått automatisk blir godt, men det er stort sett lettere. Men når det er sagt så opplever jeg et bra samarbeid med alle fire kommunene, jeg kan ikke si noe annet» (KL1).

5.3 Koordinering gjennom avtaler

KAD innføres som virkemiddel for å innfri kravene til samhandlingsreformen. Koordinering av KAD skjer gjennom finansiell styring og delavtale med helseforetaket. Ved tildeling av tilskudd stiller Helsedirektoratet krav til prestasjoner, slik påvirker staten at reformen går i ønsket retning før penger bevilges (Torjesen, 2014, s 143).

Helseforetaket, i dette tilfellet Helse Vest, utarbeidet en særavtale til delavtale 4 med hver enkelt kommune. Særavtalene er grunnlaget for hvordan KAD skal drives. Avtalen beskriver ansvars- og oppgavefordeling mellom partene, pasientgrupper, tjenester, innhold i behandlingstilbud, innleggelsesprosedyre, krav til legetjeneste, kompetansekrav, organisering og økonomiske rammer. Hensikten med disse avtalene er å få til en best mulig pasientflyt mellom primærhelsetjenesten og sykehusene. Avtalene er obligatorisk og dette er et hierarkisk virkemiddel (Torjesen, 2014, s 143).

En av informantene fra sykehuset snakket om de ulike delavtalene:

«Kjempeviktig at du leser delavtale 4, den er helt avgjørende. Det er den som regulerer forholdet med kommunale ø-hjelps tjenester. Den finner du på Helse Stavanger sine sider. Det er en egen faggruppe rundt delavtale 4 som består av folk fra sykehus og primærhelsetjenesten. Fagråd for delavtale 4» (PLS).

I forhold til forventninger til hverandre som samarbeidspartnere, henviste en annen informant også til særavtalen:

«Vi har særavtaler hvor det står veldig detaljert hva forventningen til avdelingen er og hvilke forventninger det er til innleggende leger. Jeg forventer at vi følger avtalen begge to. At det må være god kommunikasjon, er vi uenige så må vi kunne diskutere det på lik linje» (ALK2).

Flere av informantene snakket om Fagrådet. I Stortingsmelding nr. 47 omtales samarbeidsavtalene. Skal opplegget med sterkere kommuneinnsats lykkes, forutsetter dette et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Samarbeidsavtalene skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgavene mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak og generelt om hvordan de skal samarbeide om helse- og omsorgstjenestene. Målet er at de gjennom avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s 77). Fagrådet er et organisatorisk virkemiddel som utgjør møteplassen mellom kommuner og helseforetak. Hvem som sitter i Fagrådet varierer, men det skal være representanter fra kommunen og sykehuset.

«Hos oss sitter jeg som kommuneoverlege, lege fra observasjonsposten på sykehuset/mottakelsen, hjemmesykepleierleder fra Gjesdal, hjemmesykepleien fra Klepp, øverste leder fra Sandnes, KAD-lege og tidligere KAD-leder fra Klepp som har ledet møtene. Det har vært helt greie møter, men det er ikke sikkert at man har funnet formen på hva er det som er innholdet i de, hvordan diskuterer vi de faglige tingene» (K1).

Kun en av informantene fra Hå omtalte Fagrådet kort:

«Det er jo et samhandlingsråd for den delavtalen, men der er ikke jeg med. I forhold til helseforetaket har vi et årlig samarbeid, men det blir litt mer i forhold til akutt tjenester, 1-2 ganger i året med legevakt og AMK» (K2).

Alle kommuner skulle ha kommunale øyeblikkelig hjelp plasser fra 1. januar 2016. I Samhandlingsreformen omtales kommunenes nye ansvar som tilbud *før, istedenfor* og *etter* sykehusbehandling. Etablering av KAD utgjør et kommunalt *før* og *istedenfor* hvor dette tilbudet skal være like godt og bedre enn innleggelse i sykehus (Storheier et al., 2014, s 5). Hå kommune var først ute med å etablere seg 1. november 2012. Hå sykehjem hadde allerede

tradisjon for å ta imot øyeblikkelig hjelp pasienter, men det var ikke satt i system slik som med KAD.

«Når det er sagt, så er det noe vi alltid har hatt. Jeg har jobbet her ved sykehjemmet i 30 år og vi har alltid tatt imot, det hette ikke øyeblikkelig hjelp da, men direkte inn. Ga antibiotika og gjorde det som vi gjør nå, men det var ikke satt i noe system. Det var bare slik. Det var mye som lå klart, men ikke satt i system med opplæringspakke og det vi skulle ha» (ALK2).

En annen informant fra Hå snakket også om tilbudet de hadde før etableringen av KAD:

«Før dette begynte, så hadde en hatt tradisjon for å gi intravenøs antibiotika og gjør en del slike ting. Så det var ikke helt nytt at en skulle legge inn en pneumoni for eksempel på sykehjemmet. Det var kompetanse blant sykepleierne» (K2).

JØH ble etablert 1. oktober 2013. Nesten ett år etter Hå, men i god tid før 1. januar 2016 som var kravet. En av informantene beskriver oppstarten og bli-kjent fasen på avdelingen:

«Vi hadde 14 dager med bli-kjent opplegg etter at vi hadde tatt imot jobben. Det var noe som var felles for oss alle som hadde søkt, at vi ikke visste helt hva vi hadde søkt på. Denne avdelingen var ikke tilknyttet noe annet, det var en helt ny avdeling. Vi visste ikke helt hvilken type pasienter vi fikk eller noen ting, men vi hadde 14 dager før vi begynte der vi hadde en plan» (SK1).

5.4 Kommunal versus interkommunal

Foreløpige resultater fra etableringen av kommunale akutte døgnposter viser at kommunene deler seg i to grupper.

- Sentrums- og sentrumsnære kommuner inngår interkommunalt samarbeid.
- Perifere kommuner blir ikke med, hvor forholdene forblir relativt uendret.

Grimsmo stiller spørsmål om økende fragmentering av primærhelsetjenesten. Nye kommunale tilbud blir organisert som en ny kommunal virksomhet i stor grad frikoblet fra de øvrige kommunale tjenestene (Grimsmo, 2014, s 12).

En av informantene omtalte også organiseringen av tilbudet og påpekte at de ikke lignet noe annet tilbud:

«Det var noe som var felles for oss alle som hadde søkt, at vi visste ikke helt hva vi hadde søkt på. Denne avdelingen var ikke tilknyttet noe annet, vi måtte slutte i de jobbene vi hadde, det var ikke en tilleggsoppgave som kom. Det var en helt ny avdeling. Vi visste ikke helt hvilken type pasienten vi fikk eller noen ting, men vi hadde 14 dager før vi begynte der vi hadde en plan» (SK1)

Inndelingen til Grimsmo passer til mine undersøkelsesenheter. Klepp kommune ligger nærmere sykehuset, litt mer sentrumsnært, og har inngått interkommunalt samarbeid. Mens Hå kommune er lenger «ut på bygda» og har tilsvarende eller uendrede forhold etter oppstart med KAD.

Det har blitt gjort en studie hvor en stiller spørsmål om avstander, beredskap og lokalisering kan bedre bidra til å forklare variasjoner i KAD sin virkemåte. 361 kommuner søkte i perioden 2012- juni 2015 om tilskudd til 182 KAD-er. KAD-ene fordelte seg på følgende måte: 109 kommunale og 73 interkommunale. 28,5 prosent av kommunene ønsket å etablere og drifte KAD alene; 69,8 prosent ønsket å inngå interkommunalt samarbeid om KAD. Lokalisering til sykehjem er den vanligste formen, 41%, og legevakt 14%. Størrelsene på enhetene varierer fra 1 til 64 senger med Oslo som den største i landet. 64 prosent av KAD-ene har kun 1-2 senger, og ytterligere 21 prosent har 3-5 senger. De små KAD-ene er i stor grad samlokalisert med sykehjem eller lokal-/distrikts medisinske senter. Studien viser at det er kommunene som har organisert KAD i interkommunale samarbeid som har størst effekt av investeringen, da særlig kommuner som er «gjester» i interkommunalt samarbeid. Forklaringen til «gjestene», er at de får tilgang til flere plasser enn de øvrige kommunene siden en del av KAD-plassene er omdefinerte sykehjemplasser. Videre viser tidligere resultater at KAD som har lege tilstede 24 timer 7 dager i uken har dobbel så sterk effekt på innleggelsene enn kommuner som har andre beredskapsordninger. KAD som er lokalisert med legevakt gir best effekt i forhold til innleggelser. KAD som er lokalisert med legevakt og har legeberedskap 24 timer 7 dager i uken gir en samlet effekt på innleggelser på minus 5,1% (Swanson, Alexandersen & Hagen, 2015, s 2).

Ingen av mine undersøkelsesenheter har lege tilstede 24 timer 7 dager i uken. JØH har 115% legedekning på dagtid fordelt på to leger. En vaktordning med 13 leger har vaktberedskap kveld og helg. Legevakt blir konferert på natten. Dette har nå blitt enklere etter flyttingen siden JØH er i samme bygg som legevakten. Hå har også 100% legedekning på dagtid fordelt

på 2 leger. Legevakt blir konferert på kveld, natt og helg. Legevaktslege har tilsyn i helg hvis det pasienter som ligger i KAD-sengene. Ut i fra resultatene på studiene kan en anta at JØH vil ha en bedre effekt på innleggelsene nå som de er samlokalisert med legevakt.

Alle informantene ble spurt om fordelene med å være kommunal eller interkommunal. Her er et utdrag av de ulike svarene jeg fikk:

«Den faglige fordel er at vi er store og borti mye forskjellig. Vi har jo en veldig gjennomgang med pasienter hele tiden, så du får oppleve så mye ting hele tiden og da lærer du mer. Den økonomisk fordel er at det er fire kommuner som drifter oss» (SK1).

«Det var faglige grunner. Jeg var på en del møter i forhold til dette hvor jeg følte at det var, de som hadde disse to-sengs modellene og en-sengsmodellene bakom et skjerm Brett eller på et rom i et sykehjem, var veldig lite robuste. Da Sandnes kom inn, fikk vi 12 senger og en full legestilling. Da synes jeg at vi fikk en kjempe kvalitet på det, da fikk vi det opp på det faglige nivået som vi ønsket i forhold til diagnostikk og behandling» (K1).

«Jeg tenker at størrelse, såpass store som vi har blitt, det har noen fordeler som medfører at en kan rendyrke virksomheten på en annen måte enn hvis det er 1-2 senger i en sykehjemsavdeling. At sykepleierne er gode på observasjon, det er avgjørende viktig, det er noe lettere å få til når vi har en rendyrket virksomhet. Det er klart at det er lege til stede 365 dager i året, nesten halv dag i helgene og hel dag ellers at det blir noe mer robust, det er det ikke tvil om det» (KL1).

«Jeg tenker at hvis du bygger det opp til en viss størrelse, så har du økonomi til å ha en lege fast og en større sykepleiergruppe slik at det blir mer robust, faglig avdeling da» (F1).

Informantene fra Hå hadde litt andre synspunkter. Denne første informanten snakket om nærhet til KAD:

«Det er ikke så enkelt å legge inn til noe som en ikke kjenner fordi en er ikke sikker på hvordan dette fungerer. Men når en både kjenner de som jobber der, pluss at fastlegene har erfart at dette fungerer greit, det føles veldig tilfredsstillende. Pasienten pleier å uttrykke ønsker om å være her, heller enn å reise til byen. Når det er et mindre system, så føles det også tryggere» (K2).

«Fordelen er at det er sannsynligvis billigere for kommunen i forhold til prisene de har på sykehuset. Jeg tenker at det er givende for sykepleier og leger å ha litt mer akuttmedisin, «hands on» der og faglig mer utfordrende» (F2).

«For det første er det faglig oppdaterende og du rekrutterer mange sykepleiere. Folk slipper å reise til plasser de ikke kjenner til, de kommer rett inn her. Hadde vi brukt Klepp så er øyeblikkelig hjelp tre dager, deretter hadde de kommet hit. Da hadde de måtte flytte tre ganger, nå kommer de bare ut og inn her. Så er det mye bedre å bli innlagt i kommunen, der er de til vi ser at de er i stand til å reise hjem, vi kaster de

ikke ut etter tre dager. Eller flytter de over i bo-avdeling eller inn i et litt høyere omsorgsnivå for eksempel bolig eller noe nær et senter» (ALK2).

Både Klepp og Hå kommune snakket om nærhet til tilbudet som en fordel. Begge opplevde at nærhet hadde mye å si for tryggheten til pasientene som ble innlagt.

«Hvor har pasienten det best? De tenker nok på helt andre ting enn oss. Hvor er det godt å parkere, nærme for de pårørende, enerom, sykepleiere som snakker norsk, du slipper å ligge i akuttmottaket. Det akuttmottaket er så traumatisk for folk at de velger nesten heller å dø enn å bli lagt inn! Så jeg tenker av og til på legevakten at hvis jeg legger inn en pyelonefritt som trenger antibiotika litt kjapt, så vet jeg av erfaring at de kan ligge lenge i mottak før de i det hele tatt blir sett på. Mens sender jeg de opp her, så er de som regel i gang med antibiotika innen en time. (F1).

«Jeg tror vi treffer en målgruppe her som har veldig stort utbytte av at det er litt mindre, det er litt nærmere. Når pasienten kommer står vi klar å til å ta imot, henger opp intravenøst og de har kaffe og en seng å ligge i før det har gått en halv time. De får ett skikkelig løft i hverdagen med måltidsservering, primærsykepleie og alt. De vi opplever er at når de har kommet på sykehuset, så er de dødsslitne når de kommer derifra, de føler at de ikke har fått svar på det de lurte på. (SK1).

Informantene fra sykehuset fikk også det samme spørsmålet om fordeler med kommunal/interkommunal løsning. Størrelse og avstand til KAD hadde betydning.

«Hvis du har flere kommuner med ganske beskjeden avstand mellom hvor det å samarbeide er faktisk relativt enkelt å få til, så tror jeg det er en fordel med å slå ting sammen slik at en kan ha et visst antall senger» (SHL).

Videre sier informanten at der avstandene er store, vil mye av vitsen med KAD forsvinne hvis en slår sammen flere kommuner. Da vil nærheten til tilbudet forsvinne, både for pasient og pårørende. Trygghet og tillit blir fremhevet som viktig.

«Om pasienten føler seg bekvem med å bli lagt inn der er jo avhengig hvilket rykte det har. Min erfaring er at en helt overveldende andel av pasienter som har vært på KAD ønsker seg tilbake dit i stedet for på sykehuset hvis de må innlegges på ny. Det betyr at de opplever seg veldig godt ivaretatt på disse stedene når de først har erfart det» (SHL).

Den andre informanten fra sykehuset snakket om samhandling og nærdriftsfordeler.

«Nærdriftsfordeler er i prinsippet gratis når du har de, men hvis du ikke har de, må du betale veldig mye for å få de. Jo større du blir, jo mer en kompleks organisasjon blir, jo mer må en betale seg ut av ulempene som oppstår når vi fjerner oss fra nærdriftsfordelene» (PLS).

I følge informanten beholder du nærdriftsfordelene sannsynligvis helt opp til ett sted mellom 150-200 senger. Begge KAD-enhetene er innenfor med god margin. Hå er små i denne sammenheng og da handlet det ifølge informanten om god ledelse for å få tilbudet til å fungere.

«Jo mer nærhet du får, jo mer tillit får du. Når du treffer pleiepersonell og legene, og de er i samme miljø så vet de hva de er gode for og hva de står for. Jeg tror ikke det er bare organisasjonen, det er veldig mye ledelse. Nærdriftsfordelene bevarer du inntil du ikke kjenner hverandre lenger. Det er ikke slik at mindre er bedre bestandig, men større blir for stort når vi ikke lenger kjenner hverandre» (PLS).

Hvordan en bruker KAD ser også ut til å handle om tillit hos fastlegene som legger inn og hvem som tar imot pasientene.

«Absolutt, helt klart veldig personavhengig. Der er et lite system mer sårbart enn et litt større ett. Nå har de 2-3 leger på JØH, hvis en av de ikke fungerer, så kan de to andre fungere og motsatt. Men hvis den ene legen som håndterer Hå ikke fungerer, så vil det jo ikke fungere. Da er vi egentlig over i ledelse igjen, en lege som ikke fungerer, det er en lederutfordring, ikke nødvendigvis et organisatorisk problem. Er det personavhengig, er det en lederutfordring og det bør kunne håndteres teoretisk» (PLS).

Denne informanten mener at det ikke er noen forskjell på interkommunal og kommunal løsning så lenge nærdriftsfordelene beholdes og tilbudet ikke blir for lite. Blir tilbudet for lite, får de ingenting utav det. Med 4 senger slik som Hå har, kan tilbudet fungere med god ledelse. Inntrykket av leder for KAD i Hå var at hun var erfaren og hadde god oversikt over tilbudene hun disponerte. Jeg opplevde samarbeidet mellom leger og sykepleiere på avdeling som bra og at alle ressurser ble godt utnyttet.

Prosessen bak avgjørelsen om kommunene skulle ha en kommunal eller interkommunal løsning for KAD var politisk. Avgjørelsen ble tatt på overordnet nivå før de som skulle jobbe med det ble involvert. Bare en av informantene var med på den politiske prosessen. Hå har lenge hatt tradisjon for å ha egne tilbud i sin kommune, mens Klepp deltar i flere interkommunale samarbeid. Jeg spurte informantene om hva det var som avgjorde at de valgte kommunal/interkommunal løsning:

«Jeg vet ikke sikkert, men jeg vet at når Samhandlingsreformen ble rullet ut, så satte de seg fort i sammen og tenkte at dette var såpass krevende og omfattende at det ikke var lurt at en satt på hver sin plass og laget hver sine opplegg når det er så tett geografisk som her. For det er veldig tett, du kan si at disse fire kommunene har ikke lange avstander til noen ting. At hvis en tenker at skal en få til noe som har kvalitet så må vi samarbeide» (KL1).

Denne informanten snakker også om avstander slik som en av sykehuslegene. Begge fremhevet at det kan være en fordel med sammenslåing når avstandene er små slik at en får mer volum på sengene.

«Jeg tenker at Klepp kommune var vertskommune for legevakten og var liksom litt inni det med vaktordning, så det var naturlig» (SK1).

«Jeg vet ikke hva som avgjorde det, men jeg mistenker at det er det samme som det har vært i alle år. At politikerne er veldig redd for å miste det lokale tilbudet, at vi skal bli interkommunale, at det skal komme lenger bort fra kommunen det tilbudet som måtte vær» (F2).

«Det gikk mye på at en tenkte at det var bedre for innbyggerne i Hå å være her. Hå liker jo generelt å klare seg selv i mange sammenhenger. Men ett av argumentene var i alle fall det at en så for seg at det ikke kom til å være nok med bare 3 dager. Da tenkte en at da kan en like godt bare ha det her» (K2).

Neste informant påpekte at KAD er bra for rekruttering av sykepleiere i kommunen og at det skal være et tilbud som gis i nærmiljøet. Nærhet er et viktig aspekt for pasient og pårørende, men også for helsepersonell.

«Men det gikk like mye på rekruttering, alle de fordelene det gir ed trygghet, at de får behandling i nærmiljøet. Det er jo det som er de sentrale føringene også, at det skulle være i nærmiljøet» (ALK2).

Klepp kommune har 33 interkommunale samarbeid der 9 av disse er helserelevante. Hå kommune har 26 interkommunale samarbeid, der 6 av disse er helserelevante. Se oversikt i vedlegg 5. Kommunene er omtrent like i innbyggertall, men Hå er nesten dobbel så stort i areal og har derfor litt mer avstander innad i kommunen.

6.0 Drøfting

Drøftingen bygger på den teoretiske referanserammen, analyse av dokumentene og intervjuene som er en del av min forståelse. Det tas utgangspunkt i intervjuene, og mine funn diskuteres opp mot teorien. I teoridelen har jeg vektlagt samhandling, nettverk, koordinering, NPM og interkommunalt samarbeid. Videre vil jeg forsøke å gi svar på problemstillingen om hvordan KAD organiseres. Jeg vil også prøve å konkludere med om det er forskjell på interkommunal og kommunal KAD i forhold til drift og bruk.

Målet med etableringen av KAD er å gi pasientene et tilbud nær der de bor, og å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp med innleggelser i sykehus. Det er en forutsetning at tilbudet er bedre, eller like godt for pasientene som ved sykehusinnleggelse. En foreløpig vurdering av tilbudene er at de brukes av de pasientgruppene de var ment for, og på tiltenkt måte. Åtte av ti pasienter ligger inne tre døgn eller mindre. I Stortingsmelding 26 om fremtidens primærhelse-tjeneste beskrives tiltak som har ført til økt beleggsprosent:

- Kommuner som har etablert lokale tilbud, men samarbeider om interkommunal legevakt og har etablert felles innleggelseskriterier og rutiner.
- Faste møter for fastleger og legevaktsleger.
- Spørreundersøkelser blant henvisende leger for å kartlegge legens kjennskap og tillit til tilbudet.
- Tilby turnusleger og vikarer i legevakt å besøke øyeblikkelig hjelp-døgntilbudene.
- Standardmaler for de mest vanlige diagnoser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s 157).

Jeg ønsker å ta utgangspunkt i disse tiltakene i drøftingen min, siden det er punkter som påvirker både drift, organisering og bruk av KAD.

6.1 Styring og samarbeid

Resultater fra evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM) og Stortingsmelding 26 viser at samlokalisering med legevakt har best effekt i forhold til innleggelse og beleggprosenten. Det er for tidlig for JØH å se noen effekter etter flyttingen til Sandnes legevakt. Likevel påpekte en av informantene at JØH hadde økt belegg i mai og juni dette året sammenlignet med i fjor og lurte på om det kunne ha en sammenheng med flyttingen. Klepp hadde allerede ett interkommunalt legevaktsamarbeid med Time før etablering av KAD. I tillegg samarbeider Klepp og Time legevakt med Sandnes legevakt på natt. Sandnes legevakt har inngått samarbeid med Gjesdal. Så alle fire kommunene som inngår i JØH har allerede tradisjon for interkommunalt samarbeid. Rapporten til Zeiner og Tjerbo (2015), Prosjektervaluering av samhandlingsreformen, underbygger dette med tradisjoner for tidligere samarbeid. 3 av 4 kommuner velger å inngå et samarbeid med andre kommuner om øyeblikkelig hjelp tilbudet. Inntrykket fra rapporten er at kommunene responderer på samhandlingsreformen gjennom å bygge ut eksisterende interkommunale samarbeid, fortrinnsvis legevaktsamarbeid.

Hå og JØH ligger omtrent likt i beleggprosent, Hå noe høyere i 2017 med belegg opp mot eller over 100% de siste månedene. Beleggprosenten på landsbasis ligger mellom 30-50% (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s 157). Mine undersøkelsesenheter ligger over gjennomsnittet og fremstår som veldrevne døgnposter på hver sin måte.

6.2 Tillit – en avgjørende faktor

Fastlegene er nøkkelpersonene for bruken av KAD. De legger pasienter inn på dagtid fra legekantoret og kveld/natt/helg når de jobber legevakt. Gjennom mine intervjuer var det tillit, tid og informasjon som viste seg å være viktige faktorer for fastlegene i forhold til innleggelse. Fastlegene er vant til å jobbe selvstendig, ta kjappe avgjørelser og må stole på seg selv og egne vurderinger, jobben fører med seg et stort ansvar. Når fastlegene skal legge inn på KAD i stedet for sykehus, er det viktig at de kan stole på at pasienten får forsvarlig

behandling. Tillit bygges opp gjennom positive opplevelser av samarbeid. Det tar tid å bygge opp tillitsfulle relasjoner, en lang felles historie er med på å øke sannsynligheten for positive opplevelser i fremtidig samarbeid. Høy grad av tillit mellom samarbeidende deltakere har flere fordeler; redusere kostnader ved samarbeidet som en følge av reduserte transaksjonskostnader, bidra til å konsolidere samarbeidet, øke villigheten blant deltakerne for å investere i felles innsats og bidra til resultater. Utfordringen kan være at tillit er relasjonsavhengig, og det å opprettholde felles verdier krever interaksjon (Røiseland & Vabo, 2016, s 80).

Ved etableringa av JØH brukte KAD-legen mye tid på å reise rundt på de aktuelle legekantorene for å informere og fortelle om KAD. Legen var selv tidligere allmennlege og hadde lang erfaring. Flere av informantene fremhevet at nettopp hans erfaring og kunnskap som garvet allmennlege med høy tillit eller legitimitet i allmenlegekorpset var viktig for KAD. Han var flink å informere allmennlegene, både ved oppstart av tilbudet og underveis. Det har skapt stor grad av trygghet og tillit. Legene som jobber på KAD i Hå er 50% fastleger utenom. Det er små forhold i kommunen og de andre fastlegene som legger inn på KAD, kjenner legene som jobber der. Legene bruker samme journalsystem og kan enkelt konferere eller avklare problem eller utfordringer som måtte dukker opp underveis. Det kan virke som om dette gir samme type tillit som i Klepp og på JØH. Tillit til KAD og de som jobber der gjør det lettere for fastlegen å bruke tilbudet. En av informantene, som også var fastlege, understrekte dette med forsvarlighet. Han hadde en helt klar forventning om at pasienten fikk ett forsvarlig behandlingstilbud på KAD. Forsvarlighet var avgjørende for hvor en legger inn pasientene og hvor de vil ha det best. Basert på mine funn, kan det virke som tillit er en medvirkende faktor til at tilbudet blir brukt og at beleggsprosenten er relativt høy på JØH og i Hå, sammenlignet med beleggsprosenten på landsbasis.

6.3 Samhandling og møtevirkosomhet

Faste møter for fastleger og legevaksleger var ett av tiltakene for å øke beleggsprosenten. Da er vi over i samhandling. Samhandling kan ifølge Bukve og Kvåle (2014) beskrives som

samarbeid i situasjoner der det ikke finnes en aktør som har fullstendig kontroll over en prosess eller utførelsen av en oppgave. For at aktørene skal kunne utføre en oppgave gjennom samhandling, må de finne frem til felles mål, utvikle en felles forståelse av situasjonen og ha tillit til hverandre. Aktørene må også kunne utveksle nødvendig informasjon, erfaringer og kunnskap (Bukve & Kvåle, 2014, s 16). Både Klepp og Hå hadde faste møter ukentlig eller en gang i måneden. Begge hadde møter internt på avdelingen daglig i form av visitt og ukentlig med personalmøter. I Hå møttes alle fastlegene (utenom en) til legemøte to ganger i måneden. Klepp har også allmennlegemøter hver måned i tillegg til legevaktmøte 2 ganger årlig. Disse møtene er viktig for å dele erfaringer, kunnskap og utveksle nødvendig informasjon. I etableringsfasen var også KAD-lege på JØH tilstede på disse møtene for å informerer og svare på spørsmål.

Samhandlingslegen ved Stavanger Universitetssykehus drev også med utstrakt møtevirksomhet første halve året etter at stillingen ble opprettet. Målet med møtene var å øke samhandlingen mellom fastlege, KAD og sykehuset. Han reiste rundt i smågrupper og møtte fastleger hvor han intervjuet, snakket, informerte og spurte hva de tenkte om KAD. Legene svarte på et spørreskjema og svarene ble brukt i det videre arbeidet for å få en bedre samhandling mellom fastlege, sykehuset og KAD. Møtevirksomheten var stor og han møtte fastleger som dekket ca. 1/3 av befolkningen i Stavanger regionen, tilsvarende 120-130 000 innbyggere. Effekten av møtene var vanskelig å måle, men det ble en oppsving i bruken av KAD i etterkant. Jobben som samhandlingslegen har utført her er absolutt i tråd med anbefalingen om tiltak for å øke beleggprosenten ved å sende ut spørreskjema og kartlegge legenes tillit og kjennskap til KAD. Både Klepp og Hå kommune var med på disse møtene.

6.4 Koordinering

I 2015 opprettet Stavanger Universitetssykehus en ny stilling, samhandlingslege. En av oppgavene til samhandlingslegen var å bidra til et bedre samarbeid mellom allmennlegene, KAD og sykehuset. Bakgrunnen for opprettelsen av stillingen var at sykehuset ble fratatt 60-70 millioner på sitt budsjett som skulle gå til oppbygging av KAD ute i kommunene.

Medfinansiering er et virkemiddel for koordinering fra staten sin side. Hensikten er å redusere omfanget av sykehusinnleggelses, og heller forebygge eller bygge opp lokale medisinske tjenester. Staten har flere styringsmidler for koordinering. KAD blir styrt gjennom finansiell styring ved hjelp av tradisjonelle inputorienterte finansielle styringssystemer. Det vil si, opprettelsen av KAD ble 50% finansiert av midler fra staten og 50% ble overført fra helseforetakene. Fra januar 2016 ble KAD finansiert av kommunene selv. De to første årene ble samhandlingslege stillingen finansiert av Stavanger kommune i 2015 og sykehuset i 2016. Stillingen var ment som en prosjektstilling i ett år, men har blitt en 50% stilling som nå finansieres av helseforetaket.

Mintzberg (1983) beskriver fem koordineringsmekanismer som forklarer hvordan organisasjonen koordinerer arbeidet. Standardisering av arbeidsprosesser er en av koordineringsmekanismene. Helsedirektoratet har gitt ut en veileder for KAD og hvilke pasienter de skal håndtere. Gjennom mine intervjuer fant jeg ut at veilederen ble brukt, både av de ansatte på KAD og av fastleger. Veilederen ble brukt for å finne ut hvilke pasienter som egnet seg for KAD. I følge Stortingsmelding nr. 26 er de fleste som legges inn er gamle mennesker. Drøyt 50% er eldre enn 80 år og 23% er i aldersgruppen 67 til 79 år. Mine funn viser at de vanligste diagnosene er forverring av KOLS, dehydrering, infeksjoner og smertelindring. Fra 1. juni 2017 kan pasienter med rus og psykiatri diagnoser også innlegges. Alle informantene fikk spørsmål om det var en felles forståelse av innleggelseskriteriene. Svaret var ja hos alle, men at det alltid fantes tvilstilfeller. Veilederen gav god informasjon om hvilke pasienter som var egnet. I Hå var det KAD-leder som svarte på telefonen på dagtid og avgjorde sammen med lege om innleggelse var riktig eller ikke. På kvelden var det sykepleier som hadde ansvaret, dersom det var behov for konferering, ble KAD-leder oppringt privat. På JØH var det KAD-lege som svarte på telefonen på dagtid og sykepleier på kveld. Sykepleier kunne konferere med evt. vaktlege pr. telefon hvis det var tvilstilfeller. Hå opplevde en stor oppgang i beleggprosenten etter at en kunne legge inn pasienter med rus- og psykiatridiagnoser. De syntes at innleggelseskriteriene var litt uklare og skulle ha en opplæring og en diskusjon på hvilke pasienter som gikk inn i denne kategorien. KAD-lege på JØH var spent på rus og psykiatri pasientene. Også han påpekte at veiledere ikke gav klare kriterier i forhold til denne gruppen. I følge en av informantene er beslutningen om å ivareta rus og psykiatri i KAD politisk bestemt fra høyeste hold og ikke en faglig etterspurt tjeneste. Informanten hevdet at de manglet verktøy for å behandle denne gruppen pasienter i KAD fordi den er vanskelig å definere.

Standardisering av ferdigheter og kunnskap er en annen koordineringsmekanisme som er viktig ifølge Mintzberg (1983). Sentralt her er utdanning og opplæring. Fagpersoner i helsesektoren kan stole på hverandre fordi de er trent til å håndtere ulike oppgaver, og det er sentralt for å kunne utføre arbeidet. Helsedirektoratet stiller krav gjennom veilederen «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» om ferdighetene til de som skal jobbe med KAD. I følge veilederen er det kommunen og helseforetaket som må sørge for nødvendig opplæring av personell, og ha planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening. I etableringsfasen av KAD fikk personalet i Klepp og Hå opplæring og undervisning. De ansatte fikk undervisning i forskjellig emner valgt ut på bakgrunn av hvilke pasienter de skulle håndtere. Eksempel på emner var lunge, hjerte og diabetes. Legene på sykehuset stod for undervisningen. Personalet fikk også muligheten for å hospitere på sykehuset i tillegg til praktisk opplæring av venfloninnleggelse og antibiotika håndtering intravenøst. Veilederen stilte også krav til prosedyrekunnskap om hjerte- og lungeredning, så dette var innlagt i undervisningen til de ansatte. Flere av informantene fremhevet at de opplevde opplæringen og kursingen som et løft for de ansatte. Kunnskapen ble satt i system. En av informantene uttalte at hun følte seg bedre rustet til å ta imot pasientene og at heving av kompetansen blant sykepleierne som jobbet der, gjorde KAD til en mer attraktiv arbeidsplass i kommunen. Noe som igjen er viktig for rekruttering av sykepleiere til kommunene.

Et annet tiltak for å øke beleggprosenten var å lage maler og standardisering av de mest vanligste diagnosene. Dette har begge mine undersøkelsesenheter gjort, men med ulik måte å løse det på. Hå laget en egen metodebok ut fra de forskjellige diagnosene som de hadde opplæring i. Hver sykdom fikk sin egen prosedyre med hva du skal gjøre og hva som er viktig å observere. Dersom sykepleieren fikk inn en pasient med KOLS, tok hun med seg en kopi av prosedyren i lommen og brukte den. I tillegg benyttet de seg av observasjonsskjema tilpasset avdelingen, NEWS (National early warning score) og ISBAR (identifikasjon, situasjon, bakgrunn, aktuelle vurderinger, råd/anbefalinger). Sykepleierne brukte skjemaene til å gi pasienten en score. Scoren avgjorde hvilken behandling som skal iverksettes og om pasienten er så syk at innleggelse i sykehus er nødvendig. JØH har laget behandlingsopplegg til de ulike diagnosene, for eksempel til KOLS forverring, øvre og nedre urinveisinfeksjon, smertebehandling ved brudd, øvre og nedre urinveisinfeksjon og kvalme hos gravide. Behandlingsopplegget beskriver i detaljer hva som er anbefalt å gi av intravenøs væskebehandling, smertelindring og medikamenter, hva som skal observeres og hvilke prøver som bør tas. Når fastlegen ringer JØH ang. innleggelse, tilbys dette behandlingsopplegget alt etter hvilken diagnose det gjelder.

JØH er opptatt av å være på tilbudssiden for å lette arbeidet for innleggende lege. Innleggende lege avgjør om skissert behandlingsopplegg skal følges eller om de vil gjøre det på en annen måte. I følge KAD-lege på JØH brukte cirka 90% av innleggende leger behandlingsopplegget til JØH. En gjennomsnitt fastlege legger inn få pasienter på KAD i løpet ett år, kanskje 5-7 ganger. Det er da vanskelig å forvente at fastlegen skal ha klart behandlingsopplegg for det første døgnet så lenge de gjør det så sjelden. Behandlingsopplegget er ekstra viktig på kveld, natt og helg hvor det ofte ikke er tilsyn av lege før neste dag. To av informantene fremhevet behandlingsopplegget som tidsbesparende og en måte å skape tillit på hos innleggende lege. Både Klepp og Hå har lagt forholdene bra til rette for standardisering av maler og behandlingsopplegg. JØH blir nevnt som et forbilde med sitt tilbud til innleggende leger om ferdige opplegg og andre KAD i regionen har kopiert denne praksisen. Samtidig som Hå også har gjort en grundig jobb med metodebok og prosedyrer.

Tidsbruk og tungvinte innleggelseskriterier er ifølge Stortingsmelding 26 noen av årsaken til lav beleggprosent. Klare kriterier, tillit til kompetansen og forenklete innleggelseskriterier er med på å øke bruken. Jeg har allerede omtalt kriteriene og behandlingsoppleggene til Klepp og Hå. Gjennom mine intervju snakket informantene en del om tidsbruk. Fastlegene bruker mye tid på administrasjon, e-resepter, henvisninger, PLO-meldinger og annen korrespondanse med samarbeidspartnere. En av informantene nevnte at tidsbruken i overføringene tar tid. Det var viktig for innleggende leger at det ikke tar lenger tid å legge inn på KAD enn på sykehuset. Både informanter fra Hå og Klepp svarte at de synes det var like lett å legge inn på KAD som på sykehus for deres del og at tidsbruken var omtrent den samme. Legene i Hå bruker felles journalsystem og kan enkelt kommunisere via systemet ved innleggelse. Forholdene er små og legene kjenner hverandre. Legene i Klepp har fordelen med at de får tilbud om behandlingsopplegg, noe som er tidsbesparende. På dagtid ringer de direkte til KAD-lege ved innleggelse og får en rask avklaring. Samhandlingslegen trodde at den aller viktigste faktoren for å få legene til å bruke tilbudet, var at det måtte være enkelt og at du ikke skulle bruke mye tid. Mine funn viser at både Klepp og Hå har lagt forholdene godt til rette for enkel innleggelse, gode prosedyrer og opplegg som igjen har skapt tillit hos fastlegene. Dette er tiltak som gjør at beleggprosenten er høyere enn på landsbasis.

6.5 Nettverk

Helse Vest samarbeider med kommunene og KAD gjennom delavtalene. Alle parter har representanter i Fagrådet. Fagrådet er et organisatorisk virkemiddel som utgjør møteplassen mellom kommuner og helseforetak. Klepp og Hå kommune har inngått egen særavtale, delavtale 4, med helseforetaket. Delavtale 4 er grunnlaget for hvordan KAD skal drives. Avtalen beskriver ansvars- og oppgavefordeling mellom partene, pasientgrupper, tjenester, innhold i behandlingstilbud, innleggelsesprosedyre, krav til legetjeneste, kompetansekrav, organisering og økonomiske rammer. Hensikten med disse avtalene er å få til en best mulig pasientflyt mellom primærhelsetjenesten og sykehusene.

Assisterende kommunalsjef representerte Hå i Fagrådet. I Klepp kommune var det kommuneoverlegen, leder på JØH, KAD-lege og representant fra hjemmesykepleien. Kommuneoverlegen var representant siden Klepp var vertskommune. Han regnet med at dette kom til å endre seg når Sandnes kommune overtar som vertskommune. Skal opplegget med sterkere kommuneinnsats lykkes, forutsetter dette et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak foregår via nettverk. Nettverk oppstår fordi den enkelte aktør kan høste umiddelbare fordeler av medlemskapet. Som igjen vil være med å på sikre et grunnlag for fellesskapets overlevelse og suksess og det kommer de enkelte aktørene til gode. Å delta i nettverk øker mulighetene for å bevare kontroll og oversikt (Strand, 2012, s 299). I følge Jacobsen (2014) er nettverk ett sett med relativt likestilte aktører som inngår relasjon med hverandre for å løse ulike oppgaver. Informantene nevner Fagrådet som en møteplass for å utveksle informasjon og erfaringer om KAD. Særavtalen gir retningslinjer for hvordan KAD skal drives og en av informantene påpekte viktigheten av at begge parter overholder avtalen. Informantene fra sykehuset omtalte også delavtale 4 som viktig og avgjørende for driften av KAD. En av informantene som satt i Fagrådet omtalte møtene som greie og at det var en nyttig møteplass for å utveksle erfaringer.

Dersom en bruker Strand (2012) sin klassifisering av nettverk, vil jeg si at samarbeidet rundt delavtalene er et produksjonsnettverk. Det innebærer et forpliktende og formalisert samarbeid mellom flere aktører. Deltakerne i nettverket ivaretar oppgaver over lengre tid og er avhengig av hverandre. Den fleksible sammenkoplingen av spesialiserte funksjoner er den fremste

egenskapen hos produksjonsnettverket. Jeg opplevde at flere av informantene fra Klepp henvisste oftere til Fagrådet og delavtalene enn informantene fra Hå. Det virket som Klepp hadde et aktivt forhold til Fagrådet, noe som kanskje hadde sammenheng med at de hadde fire representanter der. Men begge undersøkelsesenheterne viste til særavtalen og hadde et bevisst forhold til den.

7.0 Konklusjon og avslutning

I første del av problemstillingen stiller jeg spørsmål om hvordan KAD styres og koordineres i de to ulike kommunene. I siste del av problemstillingen ønsker jeg å finne ut om interkommunalt samarbeid påvirker driften og bruken av KAD. Tabellen nedenfor gir en oversikt over organisering, drift og ledelse.

	Interkommunalt	En kommune
<i>Organisering</i>	Vertskommune modell, samarbeid mellom fire kommuner.	Kommunal. KAD, en del av rehabiliteringsposten.
<i>Lokalisering</i>	Tilknyttet legevakt	På sykehjem
<i>Tillit</i>	Stor grad av tillit. KAD-lege med høy legitimitet blant fastlegene. Høy kompetanse på de ansatte i JØH. Pasientene som har vært innlagt på JØH foretrekker det fremfor sykehuset. Oppfattes som et nært tilbud sammenlignet med sykehus.	Stor grad av tillit. Små forhold og legene kjenner hverandre godt. Innbyggerne kjenner til sykehjemmet og tilbudet. Nært tilbud.
<i>Koordinering og ledelse</i>	Fire representanter i Fagrådet. Større forhold, ny organisering etter flytting til Sandnes. Nært samarbeid mellom KAD-lege og sykepleierne på posten.	Ingen representanter fra KAD i Fagrådet, kun assisterende kommunalsjef. Erfaren leder med god oversikt i egen organisasjon. Nært samarbeid mellom KAD-lege og personal på posten.

	Innleggende leger får tilbud om ferdige behandlingsopplegg ved innleggelse.	Metodebok med prosedyrer til sykepleierne for ulike diagnoser.
<i>Styring</i>	<p>Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og primærhelsetjenesten. Staten koordinerer gjennom finansiell styring; budsjettprosesser.</p> <p>Koordineringsmekanismer: standardisering av arbeidsprosesser og kunnskaper/ferdigheter.</p>	<p>Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og primærhelsetjenesten. Staten koordinerer gjennom finansiell styring; budsjettprosesser.</p> <p>Koordineringsmekanismer: standardisering av arbeidsprosesser og kunnskaper/ferdigheter.</p>
<i>Samarbeid</i>	<p>Produksjonssamarbeid mellom fire kommuner om en tjeneste.</p> <p>Godt samarbeid mellom kommunene, legevakt og sykehus.</p> <p>Enkelt å kommunisere med sykehuset gjennom journalsystem, DIPS.</p> <p>KAD-lege har lagt ned mye arbeid i god informasjon på forhånd og lagt forholdene godt til rette for bruk av tilbudet.</p>	<p>Godt samarbeid innad i kommunen og med legevakt. Lett å holde oversikt på grunn av små forhold.</p> <p>Alle legene er kommunalt ansatte og kommuniserer enkelt gjennom felles journalsystem, COSDOC.</p>
<p><i>Drift:</i></p> <p><i>Beleggsprosent</i></p> <p><i>Døgnpris</i></p> <p><i>Gjennomsnittlig liggetid</i></p>	<p>Gjennomsnittlig beleggsprosent i 2017 58%</p> <p>Døgnpris 4200 kr</p> <p>Oktober 2017 2,5-2,8 gjennomsnittlig liggetid.</p>	<p>Gjennomsnittlig beleggsprosent i 2017 91%</p> <p>Døgnpris 2622 kr</p> <p>Liggetid maks 3 døgn</p>

<i>Personal</i>	Lege, sykepleier og rengjøringspersonell.	Lege, sykepleier, omsorgsarbeider, hjelpepleier og rengjøringspersonell.
-----------------	---	--

Resultater fra evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM) viser at kommunene organiserer KAD-tilbudet sitt på svært forskjellige måter. 30% av kommunene legger opp til å drive KAD i egen regi, herunder Hå kommune. Mens de resterende 70% velger interkommunale løsninger, ofte basert på eksisterende samarbeidsrelasjoner som for eksempel legevaktsamarbeid. Herunder har vi Klepp kommune. Rapporten viser at det klart vanligste er samarbeid mellom 2-4 kommuner, noe som også er gjeldende for JØH. JØH er lokalisert i samme bygning som Sandnes legevakt, mens Hå har sin KAD som en del av rehabiliteringsposten på sykehjemmet.

Gjennom mine studier er det to stikkord som har gått igjen blant alle informantene, tillit og nærhet. Det er viktig at legene som skal bruke KAD har tillit til at tilbudet faglig forsvarlig. Tillit blir også omtalt som en viktig faktor i EVASAM-rapporten. Legenes manglende tillit til tilbudet antas som en av grunnene til den lave utnyttelsesgraden på landsbasis. Informantene for mine undersøkelsesenheter uttalte at de hadde tillit til tilbudet av forskjellige grunner. Hå kommune hadde de et tilsvarende tilbud («direkte inn») før KAD ble etablert. Legene og innbyggerne hadde kjennskap til tilbudet og visste at kompetansen var tilstede. Innføring av KAD ble bare en formalisering av et allerede eksisterende tilbud. I tillegg er det små forhold i kommunen og legene kjenner hverandre godt. Legene som jobber på KAD er også fastleger utenom og inngår i vaktordning ved kommunens legevakt. Tilbudet ble oppfattet som nært av innbyggerne og legene i kommunen. Klepp hadde fordel av å være vertskommune i starten og fikk dermed en nærhet og et eierforhold til KAD. KAD-lege og daværende KAD-leder reiste rundt på legekontorer i Klepp, Time, Gjesdal og Sandnes for å informere om tilbudet. KAD-legen er en erfaren tidligere fastlege som også hadde kjennskap til sykehjemarbeid. Samhandlingslege på SUS fremhevet JØH som en av de beste i landet, i en klasse for seg selv hevdet han. Årsaken til det var en klar strategi fra starten, KAD-lege med høy tillit i allmennlegekorpset, gode og konstruktive epikriser tilbake til fastlegene og tilbud om ferdige behandlingsopplegg ved innleggelse. Tilbudet ved JØH blir også oppfattet som nært av leger

og innbyggere på grunn av korte avstander mellom de fire kommunene og at tilbudet er lokalisert nærmere enn sykehuset. Begge mine undersøkelsesenheter har stor grad av tillit, men av litt ulike årsaker. Tillit viser igjen i beleggsprosenten som er høyere hos begge enn på landsbasis.

Mine funn viser at Hå og Klepp også har noen forskjeller. KAD i Hå har høy beleggsprosent, 91% så langt i 2017, mens JØH ligger på 58%. Teorien viser at KAD-tilbud som samlokalisering med legevakt har høyest beleggsprosent på landsbasis, noe som ikke stemmer i min studie. På bakgrunn av mine funn vil jeg anta at den høye beleggsprosenten skyldes flere faktorer. Opprettelse av KAD i Hå ble en videreføring og formalisering av et allerede eksisterende tilbud. Dermed ikke store forandringer hverken for innbyggerne eller innleggende leger. Leder ved KAD i Hå fremstår som dyktig og erfaren. Hun har god oversikt over de ulike tilbudene innad i kommunen, har evne til å omstille seg og avdelingen og virker til å utnytte ressursene de har til rådighet på en bra måte. Hå har tradisjon for å stå alene, politikerne er opptatt av å gi tilbud i egen kommune og vektlegger dette sterkt. JØH fremstår som robust og veldrevet. Det er noe overraskende at det er såpass store forskjeller i beleggsprosenten. JØH skal «vinne» tilliten til leger i fire ulike kommuner, noe jeg vil anta er mer tidkrevende og utfordrende. Studien viser også forskjeller i døgnprisen. I Hå koster en KAD-seng 2622 kr, mens på JØH koster en seng 4600 kr. Årsaken til såpass store forskjeller i døgnprisen har jeg ikke gått nærmere inn på, men det kan virke som om Hå kommer billigere ut med å drive en kommunal døgnpost. En annen forskjell er gjennomsnittlig liggetid på de ulike postene. Frem til 2017 har gjennomsnittlig liggetid ved JØH vært 4,2 døgn. Hå har pasientene i tre dager på KAD, er det behov for være lenger, blir de overført i et annet tilbud. I følge KAD-veileder for legeföreningen bør forventet gjennomsnittlig liggetid ikke overstige 3 døgn. Dette for at rett pasientkategori skal havne på KAD og at ikke KAD blir en sykehjemsavdeling. KAD-leder i Hå hevder at 80-90% av pasientene som blir innlagt er ikke ute igjen etter tre dager. Pasientene overføres da i et annet tilbud, for eksempel rehabilitering eller til et høyere omsorgsnivå. Dette var noe av årsaken til at Hå kommune ønsket å etablere eget tilbud. Pasienten kan enkelt overføres i et annet tilbud uten å bli flyttet på. Liggetiden på JØH har i løpet av 2017 gått ned til 2,5-2,8 døgn. KAD-lege på JØH uttalte at de kunne leve greit med at snittiden var opp i fire døgn. Hadde pasienten behov for tre-fire dager til, ble den ikke overført i et annet tilbud, men fortsatte behandlingen i samme seng på JØH. En annen

årsak til lengre liggetid ved JØH var at noen av kommunene hadde lang ventetid på institusjonsplasser, dette gjaldt spesielt Sandnes kommune, men også noe for Gjesdal.

For at stat, helseforetak og primærhelsetjenesten med KAD skal samarbeide og koordinere benytter staten seg av koordineringsmekanismen finansiell styring. Styringen er hierarkisk gjennom budsjettprosesser. En annen koordineringsmekanisme som benyttes er standardisering av arbeidsprosesser, kunnskaper og ferdigheter. Standardiseringen har mine undersøkelsesenheter løst noe ulikt. Hå har laget metodebok for sykepleierne for de vanligste sykdommene som håndteres på KAD, mens JØH har laget ferdige behandlingsopplegg som tilbys innleggende leger for å lette selve innleggingsprosessen. Sykepleierne på JØH bruker også disse behandlingsoppleggene frem til pasienten tilses av lege neste dag. For å jobbe på KAD, kreves enn viss mengde kunnskap og ferdigheter, dette spesifiseres gjennom veiledere fra Helsedirektoratet. Begge postene har hatt et løft i forhold til opplæring og kunnskap. JØH har valgt å bare ansette sykepleiere og har dermed høy faglig kompetanse på posten. Hå har valgt å bruke samme personell som ellers på rehabiliteringsposten, bestående av sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgspersonell.

KAD i Hå og Klepp er styrt av lovpålagte samarbeidsavtaler med helseforetaket. Delavtale 4 er grunnlaget for hvordan KAD skal drives. Alle parter har representanter i Fagrådet. Fagrådet er et organisatorisk virkemiddel som utgjør møteplassen mellom kommuner og helseforetak. Klepp hadde fire representanter i Fagrådet. To av mine informanter fra Klepp satt i Fagrådet, de opplevde møtene som en god arena for utveksling av erfaring og informasjon. I Hå var det ingen fra KAD som var representerte i Fagrådet, bare assisterende kommunalsjef. Dette undret meg noe. De som jobber med KAD daglig, burde ha bedre oversikt og kjenne på utfordringene rundt organisering og drift av KAD. Min oppfatning er at det ville vært mer hensiktsmessig om KAD-leder og evt. kommuneoverlege i Hå også var representert i Fagrådet. Informantene fra Hå snakket lite om Fagrådet, men KAD-leder var kjent med avtalene og innholdet i de.

Studien min kan konkludere med at både Hå og Klepp har veldrevne KAD som har stor grad av tillit hos legene. Det er i liten grad forskjell på kommunal og interkommunal med tanke på drift og bruk. Når tilbudet blir lite, slik som i Hå, handler det om god ledelse for å utnytte ressursene. Begge har en beleggprosent over landsgjennomsnittet. JØH fremstår som mer

robust, driver mer rendyrket virksomhet, er gode på observasjoner på grunn av flere pasienter og har høyere faglig kompetanse på personalet. Hå viser til gode resultater med høy beleggsprosent, lav døgnpris, god ledelse, fleksibilitet og bra utnyttelse av ressursene i kommunen.

Litteraturliste

Andersen, S.S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bjørklund, E.L. (2015). *Ingen fare for kø i kommunal øyeblikkelig hjelp*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Agder). E. L. Bjørklund, Agder.

Bukve, O., Kvåle, G (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Det store norske leksikon. (2016 05.04). Hentet fra <https://snl.no/Klepp>

Grimsmo, A. (2014). *EVASAM: Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)*. Paper presentert på Nasjonal helsekonferanse om Samhandlingsreformen, Oslo.

Grimsmo, A., Hagen, T. P., Kittelsen, S. A. C., Carlsen, B., Toussaint, P. J & Schou, A. Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Hentet fra http://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Nyheter/Ny_kunnskap_om_samhandlingsreformen/1254018927211/p1253972204866

Hagen, T. P./Forskningsrådet. (2016). *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner v/T. P. Hagen*. Hentet fra: <https://www.google.no/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiNruLk1YPWAhXJO5oKHQx9AJYQFggqMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.forskningsradet.no%2Fservlet%2FSatellite%3Fblobcol%3Durldata%26blobheader%3Dapplication%252Fpdf%26blobheadername1%3DContent-Disposition%26blobheadervalue1%3D%2Battachment%253B%2Bfilename%253D%2522Slutt Rapport prosjekt220764.pdf%2522%26blobkey%3Ddid%26blobtable%3DMungoBlobs%26blobwhere%3D1274508156449%26ssbinary%3Dtrue&usg=AFQjCNHxe31kPP5OJxvskCw68sTQyNAhbQ>

Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 2014-2015) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Jacobsen, D.I (2014). *Interkommunalt samarbeid i Norge. Former, funksjoner og effekter*. Oslo: Fagbokforlaget.

Kommunal- og regionaldepartementet. (2011). *Vertskommunemodellen i kommuneloven § 28 a flg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/vedlegg/komm/veiledere/vertskommunemodellen.pdf>

KS, Kommunesektorens organisasjon (2013): *Formelt interkommunalt samarbeid*. Oslo.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice-Hall Inc.

NOU 2016:4 (2016). *NY kommunelov*. Oslo: Departementets sikkerhets-og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. California: Sage Publications Inc.

Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Røiseland, A & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skodvin, K. G., Aaraas, I. J., Forshei, A. K., Hagen, K. B., & Jonsbu, M. (2012). Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7(132), 792-794.

Storeheier, E., Svensson, A., Sletvold, B., Westin, J., Sagabråten, S., Løken, T. A., Simonsen, K. A., & Furu, S. F. (2014). Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). *Den norske legeforening*, 2014, 5-15.

Strand, T. (2012). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Swanson, J., Alexandersen, N. & Hagen, T. P. (2015). *Kommunale akutte døgnenheter, legeberedskap og avstander*. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo

Torjesen, D.O., Vabo, S.I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I Vabø, M. og Vabo, S.I. (Red.), *Velferdens organisering* (s 138-157). Oslo: Universitetsforlaget.

Vabo, S. I, Hagen, T. P, Borge, L. E, Brandtzæg, B. A, Holmli, H, Ohm, H. M & Hagerupsen, M. (2014). *Kriterier for god kommunestruktur*. Hentet fra <http://www.svt.ntnu.no/iso/Lars.Borge/Ekspertutvalg%20kommunestruktur%20delrapport.pdf>

Zeiner, H. H., Tjerbo, T. (2015). Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen. *Prosjektervaluering av samhandlingsreformen*, 2015 (3066), 1-53. Hentet fra

<http://www.svt.ntnu.no/iso/Lars.Borge/Ekspertutvalg%20kommunestruktur%20delrapport.pdf>

Vedlegg 1

Hei!

Viser til telefonsamtale dato om intervju, jeg ønsker at du kan se på når du har tid til en samtale.

Mitt navn er Monica Orstad og jeg er masterstudent i helseledelse på Universitetet i Agder. Jeg er i gang med å skrive en avsluttende masteroppgave om tema kommunal akutt døgnpost (KAD).

Jeg ønsker å se på om størrelse på KAD har noe å si for driften og bruken av døgnposten. I min forskning skal jeg intervju mennesker fra to ulike kommuner, Klepp og Hå. Jeg ønsker en profesjons-erfart vinkling og håper derfor å kunne intervju lege, leder og ansatt i KAD i tillegg til fastlege og kommuneoverlege i begge kommuner. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle samarbeid mellom fastlege – KAD – legevakt – sykehus, vertskommune, hvem bruker KAD, samarbeidsavtale mellom kommunene (gjelder Jæren Ø-hjelp) og hvordan de ansatte oppfatter tilbudet.

Intervjuet vil ta omtrent en time, og jeg ønsker å benytte meg av opptak på Iphone, samt ta notater underveis. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og opptakene slettet etter hvert som referat er skrevet fra intervjuet. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet avsluttes desember 2017.

Takk for du hjelper meg!

Med vennlig hilsen

Monica Orstad

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Monica Orstad pr. mail monicaorstad@gmail.com eller mobil 95225046. Du kan også kontakte veileder fra Universitet i Agder, Dag Olaf Torjesen pr. mail dag.o.torjesen@uia.no eller telefon 38141553.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Fase 1: Sette rammer. Fortelle om masteroppgaven og presentere meg selv. Det jeg vil forsøke å fokusere på er størrelse på døgnposten, bruk og drift fra en profesjons erfart synsvinkel.	1. Løst prat i ca. 5 min. 2. Informere om masteroppgavens formål og hva jeg vil finne ut. 3. Forklare taushetsplikt og anonymitet. 4. Informer om opptak, få samtykke.
Fase 2: Spørsmål	5. Innledende og litt enkle spørsmål
Fase 3: Flere spørsmål, mer åpne	6. Denne fasen inneholder tema jeg vil snakke om. De vil stilles åpne, slik at oppfølgingsspørsmål kommer naturlig.
Fase 4: Oppsummering	7. Oppsummering, og har jeg forstått deg rett Er det noe du vil legge til?

Forskningsspørsmål:

Har størrelse på KAD betydning for driften og bruken?

Hvordan oppfatter leger, ansatte, fastleger, kommuneoverleger KAD-tilbudet?

Innledning, organisering og koordinering

1. Hva jobber du med? Fortell om din rolle – bakgrunn
2. Opprettelsen av KAD – kan du si noe om den, og din rolle?
3. Kan du fortelle om sykehuset/kommunen/legekontoret sin rolle ovenfor KAD?

Styring og samarbeid

4. Hvem må du forholde deg til før du kan ta en avgjørelse i din daglige jobb?
5. Hvem er dine samarbeidspartnere? (Helseforetak, fastlege, legevakt, kommune)
6. Har dere noen felles møteplasser for å utveksle informasjon?
7. Hva er utfordringene med samarbeidet mellom Klepp, Time, Gjesdal og Sandnes (Gjelder Klepp kommune)?
8. Hvordan bidrar de forskjellige kommunene? (Gjelder Klepp kommune)
9. Er det en fordel å være vertskommune? Hvilke fordeler (Gjelder Klepp kommune)?
10. Hva er fordelene med å ha en kommunal løsning/interkommunal løsning?
11. Hvordan er legedekningen ved deres KAD?

Samarbeid og kultur

12. Kan du si noe om forventninger dere har til hverandre (kommuner, helseforetak, fastlege, legevakt)?

13. Er det en felles forståelse av innleggelseskriteriene hos fastlege, legevakt og helseforetak? Hva er sykepleierens jobb når det ringes om en innleggelse?

14. Er bruken av KAD størst i vertskommunen, hva er erfaringene så langt? (Gjelder Klepp kommune). For Hå kommune; Tror du at nærhet til KAD gjør det enklere å benytte seg av tilbudet?

Finansiering

Fra 1. januar 2016 har alle kommuner plikt til å opprette en KAD, og finansieringen skjer via kommunens ordinære rammetildelinger. 70% av KAD-enhetene driftes som interkommunale ordninger.

15. Hva var det som avgjorde at dere valgte en interkommunal løsning/kommunal løsning?

16. Hvordan ser du på det med finansiering fra kommunen fra 2016? Erfaringer så langt?

17. Har du oversikt over hvordan KAD skal videre finansieres?

18. Har sykehuset mindre innleggelser etter etableringen av KAD?

19. Hva er beleggsprosenten ved deres KAD?

20. Hvordan tror du KAD vil utvikle seg? Har tilbudet kommet for å bli?

Vedlegg 4



Dag Olaf Torjesen
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 04.04.2017

Vår ref: 53337 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53337	<i>Har størrelse betydning for driften og bruken av kommunal akutt døgnpost? En profesjonserfart studie av kommunalakutt døgnpost i Klepp og Hå kommune</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Dag Olaf Torjesen</i>
<i>Student</i>	<i>Monica Orstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillere kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Monica Orstad monicaorstad@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 53337

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc eller mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Interkommunalt samarbeid i Stavanger-regionen

Samarbeid	Selskaps-/organisasjonsform				
	Sandnes	Gjesdal	Time	Klepp	Hå
Sum	32	31	31	33	26
IVAR IKS	1	1	1	1	1
Rogaland Revisjon IKS	1	1	-1		1
Rogaland Brann og redning IKS	1	1	1	1	
Interkommunalt Arkiv i Rogaland IKS	1	1	1	1	1
Miljørettet Helsevern	1	1	1	1	1
Skjenkekontrollen	1	1	1	1	1
Interkommunalt utvalg for akutt forurensing (IUA)	1	1	1	1	1
Lyse Energi AS	1	1	1	1	1
Greater Stavanger Economic Development AS	1	1	1	1	1
Nord-Jæren Bompengeselskap AS	1	1		1	
Allservice AS	1	1	1	1	1
Attende AS	1		1	1	1
Jæren Industripartner AS	1		1	1	1
Sandnes Proservice AS	1	1	1	1	1
Region Stavanger BA	1	1	1	1	1
Rogaland kontrollutvalgssekre. IS (6 "eiere")	1	1	1	1	1
Jæren Friluftsråd IS	1	1	1	1	1
Legevakt, Sandnes og Gjesdal	1	1			
Legevakt, Klepp og Time			1	1	
Nattlegevakt, Sandnes m.fl	1	1	1	1	
Voldtektsmottak (Legevakt)	1	1	1	1	1
Øyeblikkelig Hjelp - døgntilbud (Jæren)	1	1	1	1	1
Skatteoppkreverfunksjonen Jæren	1	1	1	1	1
Interkommunal Barnevernvakt	1	1	1	1	1

Samarbeid	Selskaps-/organisasjonsform	Sandnes	Gjesdal	Time	Klepp	Hå
Stiftelsen Kriresenteret i Stavanger	Lov om stiftelser (stiftelsesloven)	1	1	1	1	1
Rogaland Arboret	Lov om stiftelser (stiftelsesloven)	1	1	1	1	1
Vinterlandbruksskolen på Jæren	Lov om stiftelser (stiftelsesloven)	1	1	1	1	1
Jæren produktutvikling	Lov om stiftelser (stiftelsesloven)	1	1	1	1	1
Funkishuset	Lov om stiftelser (stiftelsesloven)	1	1	1	1	1
Skape/Jæren Produktutvikling	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid	1	1	1	1	1
Interkommunalt samarbeidsprosjekt i palliasjon	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid	1	1	1	1	1
Johannes læringscenter, elevplasser	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid	1		1	1	1
Transportplan Jæren	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid	1	1	1	1	1
Smartkommune samarbeid	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid	1	1	1	1	1
Jærrådet	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid	1	1	1	1	1
Jærskulen	Uformelt/avtalebasert/nettverk/plansamarbeid		1	1	1	1

Bare de der 2 eller flere av oss er med, Sandnes har mange flere retning nordover.