

Veien til Kommunal øyeblikkelig hjelp i kommunene Vennesla og Iveland

I hvor stor grad har partnerskapet rundt Kommunal øyeblikkelig hjelp i Vennesla og Iveland fungert i iverksettingsfasen, og i hvilken grad har dette bidratt til reduksjon i sykehusinnleggelser?

Eirik Brattum

Veileder

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2013

Fakultet for Økonomi og samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på ett toårig Masterstudie i Offentlig politikk og ledelse. Totalt fem års studier er nå, noe vemodig, tilbakelagt ved Universitetet i Agder.

Arbeidet med min masteroppgave har vært svært spennende og samtidig svært krevende, og ville ikke kunne vært gjennomført uten en del personer. Jeg vil derfor aller først takke min veileder Dag Olaf Torjesen for svært god støtte og konstruktiv veiledning under arbeidet med oppgaven, og ikke minst for å stille seg tilgjengelig for gjennomlesning av utkast til alle døgnets tider. Takk! Videre har jeg alt å takke min kjære Camilla, for sin store støtte og tro på meg gjennom hele prosessen, selv om jeg til tider kan ha vært litt fraværende. Jeg vil også rette en stor takk til Helse- og omsorgssjef Ragnhild Bendiksen i Vennesla kommune, for å ha invitert meg med i arbeidet med Kommunal øyeblikkelig hjelp. Å få lov til å følge et prosjekt som dette for min masteroppgave, har vært utrolig spennende og svært lærerikt. Videre vil jeg rette en stor takk til alle informantene som tok seg tid til å stille seg disponible for oppgaven.

Denne oppgaven ble gjennomført delvis på initiativ fra Vennesla kommune som ønsket en ekstern evaluering av implementeringen av tilbudet. På tross av dette må det presiseres at oppgaven gjøres som en individuell oppgave, uten noen føringer eller ønsker om vinklinger fra kommunens side.

Kristiansand, mai 2013.

Eirik Brattum

Sammendrag

Tema for min masteroppgave er hvordan kommunene Vennesla og Iveland gjennomførte implementeringen av Kommunal øyeblikkelig hjelp som en del av Samhandlingsreformen, både internt og i møte med Sykehus Sørlandet HF. Oppgaven er gjort som en deskriptiv og induktiv casestudie. Valg av kommuner ble gjort på bakgrunn av deres posisjon som de første kommunene som startet opp tilbudet i Agder-fylkene.

Undersøkelsen for denne oppgaven baserer seg på 8 kvalitative og semistrukturerte intervjuer gjennomført våren 2012, samt deltakende observasjon gjennom flere møter i MFG, RS-utvalg og i prosjektmøter i Vennesla i perioden høsten 2012 tom. våren 2013. Informantene for intervjuene er ledere, mellomledere og fastleger nært tilknyttet prosessen, fra både kommunen og sykehuset.

Gjennom utarbeidelse av mandatoriske samarbeidsavtaler, tvinges kommunen til samarbeid med sitt lokale helseforetak for regulering av tilbudet. Vennesla representerer et case i et brytningspunkt mellom frivillig og tvunget partnerskap, noe som i stor grad synes å ha påvirket forhandlingsarbeidet til det positive for kommunen. Gjennom min undersøkelse synes forhandlingene og arbeidet frem mot oppstart av KØH å ha vært preget av en høy ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet mellom partene. Dette har igjen sikret god samhandling.

Gjennom denne oppgaven er det markert et klart skille mellom ønsket om større robuste og sentraliserte enheter fra sykehusets side, og mindre kommunale enheter fra kommunens side. Funn fra oppgaven viser, på tross av denne uenigheten, en stor vilje fra både sykehuset og kommunen om å få til tilbudet. Videre viser statistikk at tilbudet etter fire måneders drift ligger på en dekningsgrad på 36, 2 % av det forventede antall liggedøgn for perioden, definert av Helsedirektoratet.

Funn fra oppgaven viser at etableringen av KØH i Vennesla ble gjennomført med en god faglig klinisk forankring. Dette gjennom det medisinske fagutvalget nedsatt av OSS, og god deltakelse fra kommune- og fastleger samt sykepleiere. Undersøkelsen kan tyde på at tilbudet har medført gode ringvirkninger gjennom kvalitetsmessig bedre behandling for både KØH- og korttidspasientene. Videre synes tilbudet i kommunen å ha en positiv innvirkning på rekrutteringen til stillinger som sykepleiere.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Forkortelser/forklaringer:	8
1.0 Innledning.....	9
1.1 Hva er Kommunal øyeblikkelig hjelp?.....	10
1.2 Problemstilling og avgrensning	12
1.3 Andre erfaringer	13
1.3.1 Nord-norske sykestuer	13
1.3.2 Health Action Zones	14
1.4 Tidligere forskning	14
2.0 Teori	15
2.1 Governance	15
2.1.1 Utdypning Kooiman.....	17
2.1.2 Utdypning Rhodes	17
2.1.3 Utdypning Røiseland og Vabo	17
2.2 Partnerskap	19
2.2.1 Utdypning Røiseland og Vabo	20
2.2.2 Utdypning Niels Åkerstrøm Andersen.....	20
2.2.3 Årsaker til partnerskap	21
2.2.4 Pålagt partnerskap	21
2.3 Evaluering av partnerskap og nettverk	22
2.4 Evaluering av tvunget partnerskap	24
2.5 Organisasjonsfase av analyse	25
2.5.1 Pre-partnerskaps samarbeid	26
2.5.2 Etablering og konsolidering	26
2.5.3 Partnerskap i performing-fase	27

2.5.4 Terminering.....	27
2.6 Analysenivå	27
2.6.1 Samfunnsnivå.....	28
2.6.2 Nettverksnivå	28
2.6.3 Organisasjonsnivå	28
2.7 Kritikk av samstyring	29
2.8 Premisser for samarbeid	30
2.8.1 Domenekompabilitet.....	30
2.8.2 Ideologisk kompabilitet og kvalitetsmessig kompabilitet.....	31
2.8.3 Mandatkompabilitet	31
2.9 Aspekter ved partnerskap for nærmere studie	31
3.0 Metode.....	32
3.1 Case	33
3.2 Intervju.....	34
3.3 Analyse	35
3.4 Reliabilitet og triangulering.....	36
3.5 Deltakende observasjon og oppfølgingsmøte.....	37
3.5.1 Regionalt styringsutvalg	37
3.5.2 Lokale prosjektmøter i Vennesla	37
3.5.3 Oppfølgingsmøte.....	37
3.6 Generalisering.....	38
3.7 Etske hensyn	40
4.0 Case	40
4.1 Vennesla og Iveland som case.....	40
4.2 Koordinering og planlegging i Agder.....	41
4.2.1 Regionalt Samarbeidsutvalg arbeidsgruppe.....	42
4.2.2 Prosjektgruppe Vennesla og Iveland.....	42

4.2.3 Medisinsk faggruppe.....	43
4.2.4 Delavtale 4	44
5.0 Empiri.....	45
5.1 Engasjement.....	45
5.2 Samarbeid	49
5.2.1 Utarbeidelse delavtale 4.....	50
5.3 Tillit	51
5.4 Styrkeforhold.....	54
5.4.1 Styrkeforhold utarbeidelse Delavtale 4.....	54
5.4.2 Styrkeforhold i medisinsk faggruppe.....	55
5.5 Ansvarlighet.....	56
5.6 Legitimitet	57
5.6.1 Delavtale 4	58
5.6.2 Medisinsk faggruppe.....	59
5.7 Antall pasienter:.....	60
5.8 Forslag til utbedringer	61
6.0 Resultater og drøfting.....	62
6.1 KØH i Vennesla som mandatorisk partnerskap?.....	62
6.2 Legitimitet og flat struktur som kriterie for samhandling?.....	63
6.3 Maktbalanse.....	64
6.4 KØH som suksess for hvem?.....	65
6.5 Organisatorisk og resultatmessig suksess	67
7.0 Konklusjon og avsluttende drøftelse	68
7.1 Forslag til videre forskning.....	71
8.0 Kildeliste	73
Vedlegg 1: informasjonsskriv	76
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	78

Vedlegg 3: Organisasjonskart	81
Vedlegg 4: Delavtale 4 Vennesla kommune	82

Forkortelser/forklaringer:

- HOD – Helse- og omsorgsdepartementet
- Knutepunkt Sørlandet – Kommunesammenslutning bestående av Birkenes, Iveland, Kristiansand, Lillesand, Sogndalen, Søgne og Vennesla
- KØH – Kommunal Øyeblikkelig Hjelp
- MFG – Medisinsk faggruppe
- NPM – New Public Management
- OSS – Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg
- SSHF – Sørlandet Sykehus Helseforetak
- SSK- Sykehus Sørlandet Kristiansand

1.0 Innledning

‘‘I den grad vi har en krise, ligger den i at vi har for dårlig samhandling mellom stat og kommune. Samhandling er det største hinderet for å gjøre helsetjenesten bedre. Derfor er det behov for en samhandlingsreform!’’

Bjarne Håkon Hansen 10. september 2008

Coming together is a beginning.

Keeping together is progress.

Working together is success.

Henry Ford

Norsk helsesektor har i de senere år vært gjennom store omveltninger. Gjennom sykehusreformen i 2002 ble ansvaret for landets offentlige sykehus overført til staten. Sykehusene ble organisert som regionale helseforetak, i et forsøk på å kutte utgiftene og effektivisere en sektor preget av store utfordringer. Parallelt med utgiftsveksten har man også, gjennom lang tid, sett utfordringer knyttet til økt fragmentering av ansvar og manglende koordinering mellom de ulike delene av helsesektoren (Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011).

I et forsøk på å motvirke disse tendensene ble Stortingsmelding nr.47 (2008-2009) samhandlingsreformen innstilt for Stortinget 20.04.2010 (Stortinget). Gjennom denne reformen skulle det bli en klarere pasientrolle og øke fokus på forebygging av sykdom. Spesialisthelsetjenestens kompetanse skulle spisses, gjennom å overføre arbeidsoppgaver ut til kommunene gjennom blant annet økonomiske incentiver. Dette skulle oppnås gjennom to nøkkelstrategier som allerede er fremsatt i flere helsereformer i andre land: Først skal flere pasienter behandles innen primærhelsetjenesten i stedet for å motta behandling innenfor spesialisthelsetjenesten gjennom LEON-prinsippet om behandling på «lavest effektive omsorgsnivå». Videre skal pasienter skrives raskere ut fra sykehus for å motta videre behandling i kommunen. Dette skulle blant annet oppnås gjennom en ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og økte

rammetilskudd til kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Samhandlingsreformen la i stor grad opp til endring gjennom fokus på det administrative nivået, og støtter seg i stor grad på økonomiske incentiver. Reformen skulle fases inn fra 1.1.2012, mens tilbudet Kommunal øyeblikkelig hjelp først skal være innført innen 2016 (Romøren et al., 2011, s. 4).

Samhandlingsreformen beskrives både fra politikere sentralt og i egne samtaler med kommunene her på Sørlandet som en retningsreform, ved at det legges opp til lokale variasjoner ute i kommunene. Dette ut i fra hvilke forutsetninger den respektive kommune har, både geografisk, finansielt og kompetansemessig (Helsedirektoratet, 2013, s. 4)

1.1 Hva er Kommunal øyeblikkelig hjelp?

Det er flere tiltak samhandlingsreformen iverksetter for å bedre pasientforløpet. Blant disse finner vi tilbudet om Kommunal Øyeblikkelig Hjelp (KØH). Dette tilbudet skal opprettes i alle kommuner og er ment å gi et like godt - eller bedre tilbud, enn et liknende i spesialisthelsetjenesten.

Ifølge Helsedirektoratets veileder for øyeblikkelig hjelp, skal tilbudet fungere der en pasient er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Tilstanden behøver ikke å være kritisk eller livstruende, men pasienten har behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting. Videre vil Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, og helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien (Prop. 91 L 2010-2011, s. 206)

Plikten til øyeblikkelig hjelp følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd:

«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)

Øyeblikkelig Hjelp skal være et samarbeidsprosjekt mellom den enkelte kommune og det regionale helseforetak. Samhandlingen mellom partene vil reguleres gjennom egne pålagte samarbeidsavtaler, og vil fungere som et overordnet virkemiddel for samarbeidet. Gjennom

disse avtalene åpnes det opp for lokale tilpasninger av tilbudet, knyttet til blant annet diagnosegrupper og behandlingsløp. Pasienter kommunen selv har mulighet til å utrede, vil i all hovedsak være pasienter med avklarte diagnoser, som ved en forverring av sin tilstand har behov for en på forhånd avtalt behandling.

		Diagnose alvorlighetsgrad		
		Mindre	Middels	Alvorlig
Funksjonstap	Lite	Hjemme	KØH	Sykehus
	Middels			
	Stort			

Figur hentet fra: (Skodvin, Aaraas, Forshei, Hagen, & Jonsbu, 2012)

Innleggelse på tilbudet skal være basert på en medisinskfaglig vurdering, gjort av enten fastlege, sykehjemslege eller legevaktslege, om øyeblikkelig hjelp er riktig behandlingstilbud. Ved tvilstilfeller skal pasient henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunnen for dette initiativet er ønsket og behovet for å redusere et stadig økende antall innleggelser på sykehusene, som opptar både senger og spesialkompetanse ved å behandle pasientene nærmere der de bor gjennom BEON-prinsippet – «beste effektive omsorgsnivå». Dette tilbudet skal gradvis fases inn i kommunene frem mot 2016. Fra da av vil tilbudet være pålagt samtlige norske kommuner. Totalt i Norge var det 112 kommuner som valgte å starte opp øyeblikkelig hjelpstilbudet i 2012 (Helsedirektoratet, 2013). Av ulike årsaker har mange kommuner valgt å avvente oppstarten av dette, for å se på læringen og resultatene man gjør i pilotprosjektene som nå starter opp.

Gjennom innfasingen av øyeblikkelig hjelp frem mot 2016 vil finansieringen av tilbudet være todelt. Halvparten av midlene kommune får vil være øremerkede tilskudd fra Helsedirektoratet. Den andre halvparten vil overføres fra helseforetakets budsjetter. Fra og med 2016 tar man sikte på at tilskuddene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunen. På nasjonalt plan er antall liggedøgn innen øyeblikkelig hjelp beregnet til å utgjøre 240 000 per år, og de årlige utgiftene til tilbudet beregnes til 1048 millioner kroner årlig fra og med 2016. Beregningen av tilskuddet til den enkelte kommune baserer seg på en fordelingsnøkkel utarbeidet av Helsedirektoratet, hvorpå alle kommuner har blitt tildelt et forventet antall liggedøgn per år. For Vennesla og Iveland sin del, er dette satt til 684

forventede liggedøgn per år. Tilskuddsbeløpet fra Helsedirektoratet til kommunene Vennesla og Iveland er på 1 528 908 norske kroner i 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Samhandlingsreformen har i stor grad møtt entusiasme og fått stor tilslutning fra både fagfolk og blant politikere. På tross av dette, har reformen samtidig høstet kritikk. Professor Noralv Veggeland ved høyskolen i Lillehammer, trekker i en kronikk i Klassekampen torsdag 17. januar 2013 frem tre problemstillinger knyttet til reformen. 1) Omfattende ekstrakostnader knyttet til administrering av tilbudene og budsjettkutt i helseforetakene. 2) Partnerskapsmodellen reformen legger opp til, bygger på en type mål- og resultatstyring som ikke lar seg realisere i en slik modell som her er valgt. 3) Som følge av avtaleverket og partnerskapet som blir opprettet, vil både lokale og sentrale styringsmuligheter bli svært svekket (Veggeland, 2013).

Videre trekker professor Tor Inge Romøren ved Høyskolen i Gjøvik frem det skjeve maktspillet mellom to ulikeverdige parter i form av helseforetakene og kommunene. Der kommunene som regel har et stramt budsjett og få ressurser, stiller helseforetakene med store ressurser og stor faglig tyngde i en forhandlingssituasjon. Han viser til at vi allerede i dag kan se tegn til at helseforetak setter likhetstegn mellom «samhandling» og det å bli kvitt oppgaver og virksomheter, mens de samtidig vil «samhandle» med kommuner om å overta ansvaret for oppgavene (Romøren, 2011).

Vennesla og Iveland bestemte sommeren 2012 å søke midler fra Helsedirektoratet for oppstart, og kommunene åpnet offisielt tilbudet 12. desember 2012. Oppstarten av dette tilbudet er et resultat av forhandlinger med Sykehuset Sørlandet (SSHF) og kommunesammenslutningen Knutepunkt Sørlandet.

Bruk av organisatoriske partnerskap har i dag blitt et populært redskap for å løse samstyringsproblematikk i offentlig og privat sektor. Den utstrakte bruken av tvunget partnerskap i Samhandlingsreformen mener flere er satt i gang uten gode analyser i forkant (Veggeland, 2013).

På bakgrunn av disse argumentene, har jeg derfor valgt følgende problemstilling for masteroppgaven:

«I hvor stor grad har partnerskapet rundt Kommunal øyeblikkelig hjelp i Vennesla og Iveland fungert i iverksettingsfasen, og i hvilken grad har dette bidratt til reduksjon i sykehusinnleggelses?»

Jeg ønsker i denne oppgaven gjennom samstyrings- og partnerskapsteori å se på hvordan et i utgangspunktet mandatorisk partnerskap påvirket forhandlingene mellom Vennesla kommune og Sykehus Sørlandet HF i etableringen av KØH-tilbudet i kommunen.

Problemstillingen jeg har valgt er todelt. Først ønsker jeg å studere samarbeidet mellom to parter i en situasjon der samstyringen er pålagt av sentrale helsemyndigheter. Dette vil jeg forsøke å besvare gjennom en kvalitativ tilnærming ved intervjuer av personer knyttet til opprettelsen av tilbudet. Videre vil jeg forsøke å gi et svar på om øyeblikkelig hjelp som tilbud har bidratt til færre sykehusinnleggelses. Dette vil gjøres på bakgrunn av tilgjengelig statistikk fra Vennesla kommune.

1.3 Andre erfaringer

Under vil jeg presentere noen erfaringer fra tidligere tilbud i Norge og England som har fungert som erfaringsgrunnlag for utarbeidelsen av Samhandlingsreformen.

1.3.1 Nord-norske sykestuer

Selv om Kommunal øyeblikkelig hjelp er nytt i dagens form, har det eksistert liknende tilbud i Norge i utkantstrøk gjennom sykestuer. Disse tilbyr observasjon og en del diagnostikk og behandling på annenlinjenivå, og har over en periode utviklet seg til å bli velfungerende og velutstyrte «halvannenlinjetjenester». Forskning på disse tjenestene på 1970- og 1980-tallet tydet på at tilbudet var fornuftig i utkantstrøk. Det ble her trukket frem flere fordeler med et slikt tilbud; nærhet til familie, og stabiliserende behandling av pasienter før transport til behandling i spesialisthelsetjenesten. (Straume & Skarsaune, 2000) Videre har det blitt argumentert med opprustning av dette tilbudet på bakgrunn av rekruttering av sykehuspersonell. Erfaringer gjort ved sykestuene i Finnmark tydet på at både leger og sykepleiere tiltrekkes av de mer faglige utfordringene som følger med sykestuer (Aaraas, Langfeldt, Ersdal, & Haga, 2000).

1.3.2 Health Action Zones

Etter valgseieren i 1997 iverksatte New Labour regjeringen i England «Health Action Zones»-reformen (HAZ) som senere ble brukt som bakgrunn for samhandlingsreformen her hjemme (Veggeland, 2013, s. 21).

Erkjennelsen av manglende koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og lokale etater, lokal politisk ustabilitet ved raske utskiftninger og en usikker ansvarsfordeling mellom stat og lokale myndigheter innen helsesektoren ble starten på omveltningene. Reformen tok sikte på å hjelpe helsesektoren og lokale myndigheter til å jobbe sammen mer effektivt. Det ble lagt opp til sammenslåtte budsjetter på tvers av etatene og det ble bestemt opprettet partnerskap på tvers av sektoren mellom aktører (Evans & Forbes, 2009, s. 69)

Allerede i 2003 ble reformen avvirket (Veggeland, 2013, s. 21). Regjeringen fikk i etterkant kritikk for en manglende helhetstenkning og inkonsekvent policy-utforming, hvor Helse- og omsorgsdepartementet valgte ikke å involvere lokale myndigheter. Resultatet var en fragmentert struktur, motstridende agendaer mellom staten og de lokale myndighetene, og et vagt fokus på partnerskap. Varige og effektive partnerskap ble av den grunn vanskelig (Evans & Forbes, 2009, s. 75-80).

1.4 Tidligere forskning

Offentlig sektor og helsesektoren i Norge er i en konstant endring, og har blitt viet mye forskning de senere år. Forskingen på samarbeid og nettverksstyring er omfattende, og det skrives stadig mer om temaet. Utviklingen vi ser i offentlig sektor i dag, er en stadig økende bruk av pålagt samarbeid. Forskning rundt dette er mindre og mer spredd. Det meste av relevant teori jeg har funnet for denne oppgaven baserer seg på internasjonal litteratur, hovedsakelig fra England.

Forskning knyttet til samhandlingsreformen som helhet finner per i dag sted flere steder, blant annet gjennom et følgeforskningsprosjekt gjennom norsk Forskningsråd (EVASAM), og et følgeforskningsprosjekt gjennom NIBR – Norsk Institutt for by- og regionforskning (Forskningsrådet, 2012; Norsk Institutt for by- og regionforskning). Kommunal øyeblikkelig hjelps tilbud, på sin side, har først nå i den senere tid begynt å etableres rundt i landet. Jeg har derfor i forkant, og under arbeidet med denne oppgaven ikke funnet noe direkte empirisk

forskning på KØH og frivillig versus mandatorisk partnerskap knyttet til samhandlingsreformen.

2.0 Teori

Jeg vil i dette kapitlet presentere det teoretiske grunnlaget oppgaven er fundert på. Kapitlet er delt i to; på grunn av governance-teoriens omfattende – og til dels varierende definisjoner, vil jeg i første del kort presentere internasjonal og norsk litteratur og syn på feltet, for å danne et rammeverk for oppgavens videre innhold. Del to av dette kapitlet tar for seg partnerskap som en form for samstyring, og eksisterende litteratur knyttet til evaluering av organisatoriske partnerskap.

2.1 Governance

Mot slutten av 1970-årene så man fremveksten av en politisk høyrebølge i mange vestlige land. Dette banet vei for Margareth Thatchers politiske karriere i England, og Ronald Regans i USA. Deres vei til makten markerte på mange måter starten for New Public Management (NPM). NPM som styringsregime vokste på mange måter frem som en motreaksjon mot den klassiske administrasjonstankegangen, som hadde dominert offentlig sektor siden slutten på andre verdenskrig. NPM er ikke et helhetlig reformprogram, men må heller sees som en samlebetegnelse av ulike tiltak, hvor intensjonen var å øke kostnadseffektiviteten og produktiviteten i staten. Dette innebar fristilling av offentlige etater, effektivisering av tjenesteproduksjon gjennom markedsorienterte styringsmekanismer, delegering av budsjettfullmakter, og fokus på indirekte styring og kontroll i form av mål- og resultatstyring. Dette medførte blant annet flatere organisasjonsstrukturer og fragmentering. Denne fristillingen medførte en vridning som gjorde at offentlig styring endret karakter, til å bli mer regulerende ved at politikere satte de overordnede målene, mens de ulike forvaltningsenhetene fikk ansvar for å nå målene som ble satt innenfor gitte ressursrammer. Siden tidlig 2000-tallet synes det å bli en økende enighet om at NPM og måten det ble gjennomført på, på mange måter fungerte dårlig og var lite hensiktsmessig. Governance har siden da noe glidende tatt over som en av flere ledende styringstrender i et post-NPM perspektiv (Fallan & Pettersen, 2010; Rose, 2005; Røiseland & Vabo, 2012, s. 19-20; Westernen & Similä, 2012).

Governance som begrep på styringsideologi har den senere tid befestet sin posisjon i blant annet offentlig sektor. Men hva er governance? Internasjonal litteratur rundt temaet er omfattende. Den tidlige litteraturen var lenge preget av en usikkerhet rundt nøyaktig hva begrepet innebar, noe som medførte store variasjoner fra forfatter til forfatter - en uenighet som vedvarer den dag i dag. (Røiseland & Vabo, 2012, s. 20).

Governance kan fra et teoretisk perspektiv sees på som en form for motreaksjon mot reformbølgen som New Public Management representerte. Omfattende desentralisering, fristilling og privatisering av offentlige organisasjonsenheter medførte svakere statlig kontroll over utviklingen i samfunnet. Dette kommer godt til uttrykk gjennom hva Rhodes (1994) omtaler det som «the hollowing out of the state». Som en følge av dette kom en erkjennelse av at produksjon av varer og tjenester har blitt stadig mer kompleks og preget av fragmentering, som igjen medfører at den enkeltes organisasjons evne til å produsere tjenester effektivt alene er svekket. Nye styringsprosesser var derfor nødvendig. Governance-teoriene kan derfor sees på som et forsøk på å fange opp mer av kompleksiteten i de offentlige omstillingsprosessene enn hva NPM klarte. Dette gjennom større fokus på koordinering av de ulike enhetene heller enn direkte styring. (From, 2002; Rhodes, 1994; Røiseland & Vabo, 2012, s. 17).

Det finnes ingen entydig og klar definisjon for hva som legges i Governance, og jeg vil derfor under presentere noen alternativer. Kooiman (2003) definerer governance som *“the totality of interactions, in which public as well as private actors participate, aimed at solving societal problems or creating societal opportunities; attending to the institutions as contexts for these governing interactions; and establishing a normative foundation for all those activities. Governance can be seen as the totality of theoretical conceptions on governing.”* (Kooiman, 2003, s. 4). Rod Rhodes på sin side definerer governance som *«self-organizing, interorganizational network»* (Rhodes, 1997). Det finnes ingen direkte oversettelse av ordet Governance til norsk. Røiseland og Vabo (2012) har valgt å oversette governance til samstyring, og definerer det som *«den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening.»* (Røiseland & Vabo, 2012).

På bakgrunn av de store nasjonale variasjonene for hva som legges i begrepet governance, og hvordan det kommer til uttrykk, vil jeg for resten av oppgaven legge til grunn Røiseland og Vabo sin definisjon, på grunn av deres tilnærming til begrepet i et norsk perspektiv.

2.1.1 Utdypning Kooiman

Kooiman går videre og argumenterer for at governance-tilnærmingen fokuserer på interaksjonen som finner sted mellom styringsaktørene innen den sosialpolitiske sfære. Disse interaksjonene gir menneskelige handlinger sin irreversible og uforutsigbare karakter mens man gjør forsøk på å forstå mangfoldet, kompleksiteten og dynamikken i slike situasjoner (Kooiman, 2003, s. 5) Governance som begrep blir derfor, ifølge Kooiman, mer en prosess enn en direkte form for styring.

2.1.2 Utdypning Rhodes

Der Kooiman ser på governance som en konkret prosess gjennom interaksjoner, velger Rhodes å se på governance som en spesifikk form for styring i form av samstyring og nettverk.

Governance finner i følge Rhodes sted gjennom gjensidig avhengighet mellom organisasjoner. Governance er ikke begrenset til myndigheter og offentlige etater, men involverer også ikke statlige organisasjoner. Grensene mellom den statlige, private og frivillige sfæren viskes derfor sakte ut. Behovet for utveksling av ressurser gjør at interaksjonen mellom aktørene forblir kontinuerlig, og bærer preg av å være spill-liknende ved at aktørene kjemper om samme ressurser. Governance kjennetegnes også av Rhodes gjennom en signifikant grad av autonomi ved at de ikke er ansvarlige til staten, men er selvorganiserende. På tross av dette vil staten om ønskelig kunne styre nettverkene indirekte ved behov (Rhodes, 1997, s. 53).

2.1.3 Utdypning Røiseland og Vabo

Røiseland og Vabo utdyper sin definisjon ved å si at samstyring finner sted gjennom strukturer hvor ulike, likeverdige aktører samhandler i forbindelse med en eller annen oppgave. Slik samhandling krever mer eller mindre formelle rammer, rutiner og regler. På lokalt nivå vil samstyring, ifølge Røiseland og Vabo, komme til uttrykk på fire ulike måter:

	Involverer kun offentlig sektor	Involverer flere sektorer
Involverer kun ett nivå	Type 1: Interkommunalt samarbeid Interkommunale selskaper	Type 2: Prosjekter eller komiteer, ev. i planleggingsprosesser
Involverer flere nivåer	Type 3: Samarbeidsprosjekter knyttet til infrastruktur (for eksempel bil, bane, båt), eks: NAV og samhandlingsreformen	Type 4: Regionale utviklingsprogrammer i regi av fylkeskommunene

Hentet fra: (Røiseland & Vabo, 2012, s. 28)

Videre argumenterer de for at det er tre aspekter som ligger innbakt i begrepet governance: 1) *gjensidig avhengighet*. Dette innebærer at man forsøker å oppnå noe som man bare vil kunne få til i fellesskap. Samstyring blir, ifølge Røiseland og Vabo, et spleiselag der ulike aktører vil bringe ulike typer ressurser inn i samarbeidet, for sammen å kunne oppnå mer i fellesskap enn alene. 2) *Diskurs eller forhandlinger*: Samstyring vil ifølge forfatterne bare finne sted om de involverte aktørene klarer å diskutere seg frem til løsninger alle føler de kan slutte seg til. Her skiller samstyring seg fra det weberianske byråkratiet som vektlegger lover og regler ved at styring av samstyring vil finne sted gjennom insentiver og myke styringsmidler. Statlig styring vil derfor bære preg av å bli mer indirekte, og det endelige utfallet vil i mindre grad kunne styres. 3) *Aktivitetene er planlagt og målorientert*. Gjennom målrettet arbeid forsøker man å oppnå et konkret resultat. Samstyring blir derfor et konkret verktøy, og i mindre grad et resultat av tilfeldigheter. Gjennom dette aspektet viser Røiseland og Vabo samtidig til at samstyring videre involverer alminnelige organisasjonsprosesser. Med dette menes at man må velge mål, utforme strategier og koordinere aktiviteter på samme måte som tradisjonelle organisasjoner, selv om strukturene vil være løsere. Videre medfører dette at tradisjonelle begreper som makt, lederskap og roller beholder sin relevans innenfor studiet av samstyring (Røiseland & Vabo, 2012, s. 23).

Samstyring kan videre klassifiseres på bakgrunn av formaliseringsgrad. En slik oppdeling kan, ifølge Røiseland og Vabo, være nyttig ved at den kan gi en forklaring på hvorfor offentlige myndigheter velger en bestemt form for samstyring, basert på sakens natur og politiske omstendigheter.

	Uformell ←-----Grad av formalisering-----→ Formell				
	Samarbeid	Prosjekter	Partnerskap/ interkommunale samarbeid	Råd og utvalg	Aksjeselskap / stiftelser
<i>Mulige organisasjonsformer</i>	Nettverk Organisasjon	Nettverk Organisasjon	Nettverk Organisasjon	(Nettverk) Organisasjon	Organisasjon
<i>Mulighet for autorativ styring</i>	Varierende	Varierende	Avhengig av avtale / andel	Relativt stor	Avhengig av eierandel / liten

Hentet fra: (Røiseland & Vabo, 2012, s. 30)

I litteraturen brukes ord som nettverk, partnerskap og styringsnettverk om hverandre, og forskjellene oppleves flere steder som flytende. Lowndes og Skelcher (1998) argumenterer for at partnerskap som organisasjonsstruktur og nettverk, rent analytisk sett, er svært forskjellige fra hverandre. Partnerskap blir i følge dem en struktur, mens nettverk må sees på som en form for governance - med andre ord en av flere måter koordinering kan oppnås gjennom. Etableringen av partnerskap blir i følge dem ikke ensbetydende med at samarbeidet innebærer gjensidighet, tillit og gjensidig nytte som er egenskaper knyttet til nettverk. Partnerskap kan derimot assosieres med en rekke ulike former for koordinering, som hierarki, nettverk og marked. Dette synet deles også av Kooiman.. (Kooiman, 2003; Lowndes & Skelcher, 1998).

2.2 Partnerskap

Partnerskap og nettverk representerer ikke en ny form å løse oppgaver på, men har de senere årene blitt en trend som følge av mer komplekse samfunn, og en økende desentralisering av makt og oppgaver (Goldsmith & Eggers, 2004, s. 7-9). Ifølge Andersen (2006) er partnerskap er blitt et svar på de utfordringene som oppstår i et samfunn preget av stadig økende grad av differensiering. Gjennom partnerskap åpnes nye muligheter for - og arenaer for forhandlinger om blant annet velferdsstatens utvikling.

Selv om forskningen på partnerskap den senere tid har blitt mer omfattende, er den allikevel liten, og tar for det meste for seg problemstillinger knyttet til de bytteforholdene som foregår

mellom aktørene. Disse er regulert gjennom både formelle- og uformelle avtaler, samt effekter av partnerskap og hvilke demokratiske implikasjoner partnerskap har (Røiseland & Vabo, 2012, s. 26).

Det finnes ingen enhetlig definisjon på partnerskap. Andersen (2006) definerer partnerskap som «en kontraktlig sammenbinding af forskellige kommunikationssystemer, hvor forpligtelsen ikke primært ligger i forhold til en bestemt udveksling, men snarere i en projektorientert forpligtelse på en bestemt forestillet fremtid.» (N. Å. Andersen, 2006, s. 15). Røiseland og Vabo (2012) definerer partnerskap som «en vedvarende samarbeidsrelasjon mellom minst to prinsipaler som overfører ressurser til partnerskapet, og hvor de ulike partnerne har et medansvar for utfallet» (Røiseland & Vabo, 2012, s. 26). Bailey et al. (1995) definerer partnerskap som «a coalition of interests drawn from more than one sector in order to prepare and oversee an agreed strategy for the regeneration of a defined area» (Elander, 2002, s. 191)

Samhandlingsreformen karakteriseres som et partnerskap, regulert gjennom sterke og omfattende samarbeidsavtaler mellom den enkelte kommune og helseforetakene. Gjennom disse avtalene forpliktes begge parter til en vedvarende samarbeidsrelasjon, gjennom blant annet tilbud som kommunal øyeblikkelig hjelp, jmfør Røiseland og Vabo sin definisjon.

2.2.1 Utdypning Røiseland og Vabo

Røiseland og Vabo legger i sin definisjon vekt på prinsipaler i et partnerskap. En prinsipal blir her definert som en person eller rolle som har makt til å forplikte andre. Eksempelvis kan dette være en bedriftsleder, en offentlig etatsleder eller et offentlig beslutningsorgan. Et partnerskap blir derfor, ifølge Røiseland og Vabo, et samarbeid som involverer mer enn to enkeltpersoner. Videre dreier partnerskap seg, ifølge forfatterne, i stor grad om avtalebaserte og oftest formaliserte samarbeidsmønstre (Røiseland & Vabo, 2012, s. 26).

2.2.2 Utdypning Niels Åkerstrøm Andersen

Niels Åkerstrøm Andersen ser på partnerskap som «et forsøk på å finne et funksjonelt svar på en tiltagende avhengighet mellom samfunnssystemer, som samtidig blir mer og mer forskjellige fra hverandre» (N. Å. Andersen, 2006, s. 14).

Ifølge Andersen synes partnerskap å være et semantisk begrep for organisasjonenes relasjoner overfor hverandre. I følge forfatteren, innebærer partnerskap forestillingen om: tverrsektorielt samarbeid, fellesskap, dialog, avtaler basert på utviklede omstendigheter, prosjektorientering og en fremtids- og visjonsorientering. Partnerskap vil derfor bære preg av langsiktig tidshorisont og et tillitsforhold mellom partene (N. Å. Andersen, 2006, s. 75).

2.2.3 Årsaker til partnerskap

Årsakene til at partnerskap har blitt så populært, er sammensatte. Litteraturen trekker frem ulike argumenter for partnerskap. Argumentene som omhandler synergieffekter, transformasjon, muligheten for budsjettøkninger, mer effektivt bruk av ressurser, redusere faren for dobbeltarbeid og muligheten for å bringe sammen komplementære bidragsytere, er blant de mest omtalte. Gregor (1997) på sin side, mener mye av den statlige interessen for partnerskap kan forklares ved at ansvaret for suksess og fiasko blir mer diffust. Gjennom bruk av partnerskap som styringsform ser man dermed en tendens til at potensielle konflikter knyttet til programmet føres nedover i systemet. Dermed behandles de internt mellom partene, uten at det kommer opp til en bredere politisk debatt. (Elander, 2002; Lowndes & Skelcher, 1998)

Gjennom partnerskap vil det offentlige autoritative styringsmuligheter overfor partene være begrenset av den avtalen som inngås. Røiseland og Vabo har klassifisert tre ulike nivåer der partnerskap brukes; 1) Nasjonalt: gjennom bi- og multilaterale avtaler gjerne tilknyttet miljø og utvikling. 2) Lokalt: her brukes partnerskap i tilknytning til opprettelse og drift av kommunale tjenester og næringsutvikling. 3) OPS: Offentlig-privat-samarbeid brukes som betegnelse der en eller flere private aktører overtar eller utfører roller som ut fra lovgivningen egentlig er et offentlig ansvar (Røiseland & Vabo, 2012, s. 33).

2.2.4 Pålagt partnerskap

Litteraturen rundt partnerskap fokuserer først og fremst på de byttene som foregår mellom de involverte partene, og hvordan dette forholdet reguleres gjennom formelle og uformelle avtaler. Forskningen på tvungne partnerskap har derfor i mindre grad blitt belyst.

Samstyring gjennom nettverk og partnerskap impliserer konsensus og samarbeid, og blir i litteraturen i stor grad presentert som frivillig. Nettverk kan oppstå av ulike årsaker; noen vil

oppstå mer eller mindre spontant, ut fra en bottom-up tankegang hvor organisasjoner på eget initiativ inngår samarbeid seg imellom. Samtidig kan nettverk og partnerskap også pålegges gjennom reguleringer fra myndighetenes side. Pålagt samstyring har i Norge den senere tid blitt brukt i flere sammenhenger. NAV-etaten, helseforetakene og nå Samhandlingsreformen er alle eksempler på hvordan nasjonale myndigheter pålegger samarbeid mellom offentlige aktører på tvers av styringsnivåer(Røiseland & Vabo, 2012, s. 30).

Rodriguez et al (2007) beskriver pålagte samarbeidsprosesser, som nettverk og partnerskap, som politiske prosesser. De interorganisatoriske relasjonenes struktur blir derfor et resultat av makt, verdier og interesser blant de involverte partene. Verdier og interesser vil her reflektere organisasjonsmedlemmenes strategiske formål. Der verdier viser til den ideologiske komponenten ved målet, vil interesser referere til en mer utilitaristisk komponent. (Rodriguez, Langley, Beland, & Denis, 2007, s. 154).

I motsetning til hierarkisk baserte organisasjoner, finner koordineringen i partnerskap sted gjennom samarbeid. Deltakerne må her gi og ta. Røiseland og Vabo erkjenner det faktum at det vanligvis vil forekomme ulikheter av makt og innflytelse mellom partene. Her vil man se et skille mellom tvunget og frivillig partnerskap. En aktør eller en gruppe aktører i frivillige sammenslutninger vil ikke alene kunne autoritativt diktere eller koordinere andre deltakere som i hierarkiske organisasjoner(Røiseland & Vabo, 2012).

2.3 Evaluering av partnerskap og nettverk

Hvordan kan man så måle om nettverk og partnerskap faktisk fungerer? De siste 15 årene er det brukt mye ressurser på å studere organisasjonsnettverk. Samtidig er det enda et stort avvik mellom den begeistringen vi ser til fordel for nettverk, og den kunnskapen vi sitter inne med når det kommer til den samlede effekten av nettverk som en helhet. Behovet for evaluering av nettverksytelse er avgjørende for å forstå hvorvidt nettverk og partnerskap er en effektiv måte for å levere de tjenestene de er satt til, i følge Provan og Milward (Provan & Milward, 2001). Dette behovet forsvarer også O'Toole (1997) når han skriver at «*om vi skal behandle nettverk seriøst, må vi forstå hvorvidt de faktisk fungerer*»(Provan & Milward, 2001, s. 415) I følge Røiseland og Vabo synes litteraturen om partnerskap å være mest opptatt av å diskutere grunnlaget for partnerskap og ulike effekter av dem, deriblant demokratiske implikasjoner og effektivitet i forhold til alternative metoder å løse problemer på (Røiseland & Vabo, 2012, s. 26). Oppfattelsen av et skjevforhold i måter å studere nettverk og partnerskap på, deles av

Kenis og Provan (2009). I følge dem ligger det for ofte til grunn en antakelse om automatiske fordeler ved partnerskap, og studiene blir derfor i mindre grad fokusert på hvilke omstendigheter som må ligge til grunn for fruktbare samarbeid (Kenis & Provan, 2009, s. 440)

Mye av den forskningen som er gjort på området er knyttet opp mot enkeltorganisasjonen og hvordan denne fungerer, i stedet for nettverkets overordnede effekt. Der evaluering av en enkel bedrift eller organisasjon kun vil fokusere på den ene enheten når det kommer til effektivitet, skiller nettverk seg ut ved at det her er flere organisasjoner, som alle vil rapportere til ulike eiere. Hensikten med at organisasjoner går inn i nettverk vil variere fra organisasjon til organisasjon, noe som kan påvirke hvilke kriterier den enkelte organisasjon vil evaluere effektiviteten etter (Provan & Kenis, 2007, s. 229; Provan & Milward, 2001).

Alter og Hage (1993) argumenterer for at den gjennomgående tanken innen nettverksforskningen har vært at to eller flere uavhengige organisasjoner som bevisst samarbeider med hverandre vil være bedre rustet og mer effektive til å tilby komplekse samfunnstjenester enn den enkelte organisasjon ville klart alene. Logikken bak dette argumentet bygger på spillteori, hvor samarbeid heller enn konkurranse presenteres som en fordelaktig arbeidsform. Dette synet har spesielt vunnet frem i situasjoner der profittmotive er fraværende, fordi svakhetene ved samarbeid, som eksempelvis redusert autonomi, økt interorganisatorisk avhengighet og delte ressurser, i mindre grad oppleves som direkte truende for den enkelte organisasjons overlevelse (Lowndes & Skelcher, 1998; Provan & Milward, 2001, s. 415).

Kriteriene som lenge ble brukt for evaluering av nettverk var de samme som ble brukt i evaluering av enkeltorganisasjoner. Dette er, i følge Provan og Milward, en stor svakhet ettersom nettverk skiller seg fra en enkeltorganisasjon på flere måter; eksempelvis vil to juridisk autonome organisasjoner vil måtte forholde seg til to ulike ledelser. Måling av nettverkseffektivitet blir derfor svært komplekst (Provan & Milward, 2001, s. 415).

Videre vil det, ifølge Kenis og Provan (2009), være et klart skille mellom effektivitet på organisasjonsnivå og nettverksnivå. I følge dem kan et nettverk være suksessfullt, selv om en eller flere enkeltorganisasjoner yter dårlig. Samtidig kan nettverket som helhet yte dårlig, selv om samtlige organisasjoner som nettverket består av yter godt hver for seg. Studie av ytelse på et interorganisatorisk nivå må derfor vektlegges tungt (Kenis & Provan, 2009, s. 441).

Videre synes det i internasjonal litteratur å være liten enighet om hvordan samfunnsbaserte nettverk inne helse- og omsorgssektoren bør evalueres, og forskningen rundt nettverk har i mindre grad fokusert på dette området.(Provan & Milward, 2001, s. 415) Dette bekreftes av Lowndes og Skelcher: *“The development of effective partnerships and their management over time has been little informed by theory. The development of effective partnerships requires the attention is paid to the tension generated by their development over time as their primary task change from formation into delivery and then to closure or succession”*(Lowndes & Skelcher, 1998, s. 331). På tross av den manglende teorien rundt utviklingen av partnerskap, argumenterer forfatterne for at partnerskap er nødt til å ha en underliggende nettverks-modus, selv der det synes at det er markedet eller byråkratiet som er styrende premiss. Partnerskap kan, ifølge Lowndes og Skelcher, ikke påtvinges, og vil overleve bare om de oppleves som nødvendige og om det eksisterer en vilje til å samarbeide blant deltakerne (Lowndes & Skelcher, 1998).

2.4 Evaluering av tvunget partnerskap

Evaluering av partnerskap har i stor grad dreid seg om situasjoner der samstyringen har vært frivillig, og kriterier for evaluering for pålagte samarbeid er derfor i mindre grad studert(Røiseland & Vabo, 2012).

Jeg har, på bakgrunn av dette, valgt å basere min undersøkelse på to artikler av henholdsvis Provan og Milward (2001) og Lowndes og Skelcher(1998). Førstnevnte studerte nettverk og utviklet analysekriterier for nettverkseffektivitet basert på ulike nivåer i nettverket. Sistnevnte valgte en annen innfallsvinkel, ved å studere partnerskap etter en livssyklusmodell. Dette basert på ideen om at partnerskap beveger seg gjennom fire faser, fra pre-partnerskaps samarbeid til terminering ved avslutning av samarbeidet. Disse måtene å studere nettverk på er ikke gjensidig utelukkende, men oppleves som utfyllende ved at det tar hensyn til både tid og målnivå for studie av partnerskap.

Øyeblikkelig hjelp som utgangspunkt for case er krevende av flere årsaker. Analyser av effekten av det fullt operative tilbudet vil i en slik overgangsfase være vanskelig – om ikke umulig. «Barnesykdommer» vil naturlig forekomme og må forventes som en naturlig del av større reformprosesser i en slik innkjøringsfase. Dette gjør argumentasjonen til Røiseland og Vabo, om målekriterier for samstyring gjennom mål- og resultatstyring, lite hensiktsmessig på nåværende tidspunkt i prosessen (Røiseland & Vabo, 2012, s. 148).

Ettersom Kommunal øyeblikkelig hjelp per i dag enda er i innkjøringsfasen, vil evalueringen basere seg på informantenes opplevelse av perioden før partnerskapet og av etableringsfasen. Aspektene ved samarbeidet jeg har valgt å fokusere på, vil derfor også ta utgangspunkt i forskningen til Lowndes og Skelcher (1998).

Kenis og Provan (2007) viser til forskning der man i frivillige nettverk opplever legitimitet, aktiveringskapabilitet og prioriteringer blant deltakerne mellom egen organisasjon og samarbeidet, som relevante kriterier. I pålagte partnerskap derimot, ble de nevnte kriterier ikke nødvendigvis oppfattet som relevante for samarbeidet. Årsakene til dette var at mens de profesjonelle aktørene som deltok i de pålagte samarbeidene oppfattet de overnevnte kriteriene som viktige, ble ikke dette synet delt av den administrative ledelsen. Forankring av samstyringsprosessen i organisasjonene ble derfor vanskeligere (Provan & Kenis, 2007; Røiseland & Vabo, 2012, s. 125-126).

Røiseland og Vabo (2012) argumenterer, på bakgrunn av funnene til Provan og Kenis, for at evaluering av tvungne partnerskap ikke kan gjøres med utgangspunkt i aktiveringskapabilitet. Derimot mener de at samarbeid har behov for et felles normativt utgangspunkt for å kunne fungere. Slike normative systemer mener de utvikles i initieringsfasen av samarbeidet, og at disse videre styrkes gjennom den videre utviklingen. Dette ligger tett opp mot argumentet til Goldsmith og Eggers(2004), samt Lowndes & Skelcher (1998) sine synspunkter(Goldsmith & Eggers, 2004; Lowndes & Skelcher, 1998; Røiseland & Vabo, 2012, s. 126).

2.5 Organisasjonsfase av analyse

I følge Lowndes og Skelcher (1998) vil multiorganisasjons-partnerskap gå gjennom en livssyklus bestående av vanligvis fire faser. Pre-partnerskaps samarbeid, etablering og konsolidering, partnerskap i performing / ytelses-fase og en terminerings eller overdragelsesfase.

Hver av disse fasene vil preges av ulike moduser eller former for samstyring. Overgangene vil kunne være flytende og kan tidvis bære preg av å overlape hverandre. Maktbalansen og spenningene mellom partene vil også variere fra fase til fase(Lowndes & Skelcher, 1998).

Fase	Pre-partnerskap	Etablering og konsolidering	Partnerskap i performing-fase	Terminering
Governance-modus	Nettverk mellom organisasjoner og individer.	Formalisering av hierarkisk autoritet gjennom etablering av ulike partnerskapsstyrer.	Markedsmekanismer og enighet gjennom kontrakter.	Nettverk mellom individer/organisasjoner for å sikre videre engasjement
Forhold mellom partene	Uformelt. Fokus på tillit og samarbeid. Villighet til å arbeide sammen for å løse felles problemer. Ulik ressurser mellom partene kan medføre marginalisering av enkelte aktører.	Forhandlinger og konkurranse om definisjons-makt. Uformelle enighet byttes ut med mer formelle strukturer og prosedyrer	Lav grad av samarbeid mellom aktørene. Avhengighet av uformelle enigheter internt grunnet kompleksiteten i kontraktene. Økende grad av tillit mellom partene	Usikkerhet knyttet til nettverkets stabilitet. Potensiale for ny åpenhet og utvidelse av forbindelser. Vil preges av tillit og uformelt samarbeid. Strategiske bekymringer for rollen til partnerskapet

Hentet fra: (Lowndes & Skelcher, 1998, s. 321)

2.5.1 Pre-partnerskaps samarbeid

Denne fasen i prosessen vil karakteriseres av en nettverksmodus der samhandlingen mellom aktørene er uformell, basert på høy grad av tillit og følelse av et felles mål. Viljen til å jobbe for et felles beste oppleves som stort. Gjennom sin forskning, fant Lowndes og Skelcher at nivået av tillit mellom aktørene spilte en viktig rolle i kvaliteten på partnerskapet.

I større partnerskap opplevde de også en fare med marginalisering av svakere parter. Personlige forhold og kjennskap mellom enkeltaktører kan her føre til misnøye og en følelse av å bli utelatt.

2.5.2 Etablering og konsolidering

Etter hvert som samarbeidet i forkant av prosessen gikk over i en etableringsfase, endret samarbeidet seg i retning av mer formaliserte former og aktiviteter. Den økte graden av formalisering var her knyttet til flere årsaker. Ønske om klarere ansvarlighet og transparens i prosessen etter hvert som prosessen beveget seg fremover ble sett på som viktig. Formalisering ble også sett på som et verktøy for å få gjennomført oppgaver effektivt.

I denne fasen så man også tendenser til opprettelse av hierarki i enkelte partnerskap. Dette gjennom formaliseringen av maktforholdene på bekostning av det mer horisontale og flate strukturen i pre-etableringsfasen. Uformelle systemer og enigheter skiftes ut med formaliserte prosedyrer og beslutninger.

2.5.3 Partnerskap i performing-fase

Gjennom studier ble det i denne fasen observert en større grad av konkurranse innad i partnerskapet. Tilliten mellom partene ble videre i case-studiene på dette tidspunktet satt på sterk prøve, som en følge av konkurranse om økonomiske ressurser. Samarbeidet partene imellom var noe lavt. Samtidig så man her fremvekst av tillitsbaserte forhold mellom enkelte parter. Performing-fasen preges av markedsmekanismer, som regel gjennom kontraktsfestede avtaler.

2.5.4 Terminering

I de tilfellene der partnerskapene har en avgrenset tidsramme, presenterer Lowndes og Skelcher i hovedsak tre ulike standpunkter partene kan ta: videreføring av partnerskapet, terminering eller videreføring av deler av prosjektet.

Avslutningen av partnerskapet ga et potensiale for økt åpenhet mellom partene. Tillit og uformelle relasjoner ble igjen vektlagt i større grad, ettersom hierarkiske- og markedsmekanismer ble bygd ned.

2.6 Analysenivå

Prowan og Milward (2001) presenterer på bakgrunn av interesseperspektivet, som nevnt ovenfor, tre ulike vinklinger for å analysere nettverkseffektivitet på: samfunnsnivå, nettverksnivå og organisasjonsnivå. Hvert av disse analysenivåene vil vedrøre flere interessegrupperinger, og valget av nivå for en analyse vil derfor avhenge av analysens vinkling (Provan & Milward, 2001, s. 415). Videre i oppgaven vil jeg fokusere på organisasjons- og nettverksnivået.

2.6.1 Samfunnsnivå

En analyse av nettverkseffektivitet på samfunnsnivået, vil bli vurdert etter det bidraget det gjør i det lokalsamfunnet det er satt til å tjene. Hovedmålet med de fleste offentlige nettverk vil være forbedrede klienttjenester, bedre reaksjonsevne og reduserte utgifter. Provan og Milward mener derfor at fra et interessentperspektiv må et nettverk tilfredsstille de behov og forventninger stilt av de interessegrupperingene som har både direkte og indirekte interesse av å se klientenes behov bli møtt.

Interessegrupper på dette nivået vil blant annet være brukergrupper, politikere og allmennheten. Det brede omfanget av interessenter gjør dette til et krevende nivå for analyse. Å tilfredsstille alle gruppene vil i beste fall være problematisk, og i verste tilfelle umulig.

Måleindikatorer her vil være: økonomiske kostnader, økt sosial kapital, offentlig oppfattelse av problemløsning og indikatorer for klienttrivsel.

2.6.2 Nettverksnivå

Om et nettverk skal overleve som en levedyktig og effektiv enhet, er det avgjørende at det har legitimitet ikke bare i samfunnet, men også innad i nettverket.

Provan og Milward presenterer flere mulige målekriterier for å måle effektivitet på nettverksnivå; grad av dobbeltarbeid, antall tjenester som ytes av nettverket, styrkeforhold, vedlikeholdskostnader av nettverket og deltakernes engasjement inn i prosjektet. Videre vil også relasjonene mellom organisasjonene være svært interessante på dette nivået. Interessegrupper for dette nivået vil være deltakerorganisasjonene og myndigheter.

2.6.3 Organisasjonsnivå

Selv om partnerskap i stor grad kan og bør evalueres ut fra hvordan effekten av tilbudet er for samfunnet og på nettverksnivå, er det i følge Provan og Milward viktig å erkjenne at deltakende aktører og organisasjoner også kan være motiverte av egeninteresser. Spørsmålet blir derfor: *hvordan kan dette samarbeidet tjene meg?*

Nettverk vil i stor grad kunne bidra til den enkelte organisasjons resultat. Samtidig vil også den enkeltes organisasjons resultat påvirke nettverket som en helhet. Det symbiotiske forholdet gjør studiet av enkeltorganisasjoners påvirkning fra nettverket viktig.

Måleparametrene for analyse på organisasjonsnivå er ressurstilgang, legitimitet, og pris på tjenester. Videre vil enkeltorganisasjoner kunne tjene på samarbeid gjennom et bedre brukertilbud, ved flere og bedre koordinerte tjenester.

Interessegrupper for dette nivået vil være medlemmer av den enkelte organisasjon og organisasjonens ledelse.(Provan & Milward, 2001, s. 416)

2.7 Kritikk av samstyring

Governance, network og accountability, som jeg kommer tilbake til senere, omtales av Pollitt og Hupe (2011) som «magiske konsepter». Som begrep er de alle svært brede i definisjonene, de er normativt ladete og de gir uttrykk for et ønske om å være universelle – eller nær universelle. I følge Pollitt og Hupe deler disse magiske konseptene følgende kriterier; *Omfattende*: som begrep dekker de store områder og overlapper hverandre, samtidig som de knytter seg sammen med andre konsepter. *Normativ tiltrekning*: konseptene bærer preg av en overveldende grad av positive assosiasjoner, ved at de forbindes med blant annet modernitet. Dette gjøres ofte at slike begreper søker å ta over for andre som har gått ut på dato. *Konsensuspåvirkende*: slike begreper vil fortynne og i verste fall fornekte tradisjonell forskning rundt for eksempel demokrati versus effektivitet, og profitt versus offentlig interesse. *Globalt omsettelighet*: Slike begreper vil være kjent blant forskere og politikere, og blir dermed preget av organisasjonsmote. Begrepene vil derfor ofte finne vei inn i offentlige reformdokumenter og prosjekter(Pollitt & Hupe, 2011, s. 643).

Videre kan det faktum at samstyring finner sted mellom mer eller mindre likeverdige aktører oppleves som en årsak til konflikt. Situasjoner der makt og innflytelse og interessekonflikter står på spill, vil kunne medføre handlingslammelse. I slike situasjoner vil ikke samstyring fungere som det effektive verktøyet det er ment for. Røiseland og Vabo omtaler samstyring som en «godværsstrategi». På tross av den etter hvert utbredte bruken av partnerskap, er konsekvensene av konflikter i slike situasjoner lite systematiske(Røiseland & Vabo, 2012, s. 37).

Forholdet mellom governance og demokrati er tvetydig. På den ene siden har samstyring blitt hyllet ved at den forsterker og fornyer demokratiet, ved blant annet å slippe nye grupperinger inn i de politiske prosessene på grunn av dens ikke-hierarkiske natur. Samtidig utviser governance som styringsideologi trekk som synes å være uforenelig med enkelte grunnverdier

som demokratiet er tuftet på. Hvordan aktører rekrutteres, ansvarlighet og transparens i beslutningsprosesser trekkes alle frem som momenter her (Røiseland & Vabo, 2012).

2.8 Premisser for samarbeid

På tross av at nettverk og partnerskap ofte presenteres som nærmest universelle løsninger på den fragmenteringen vi ser i samfunnet i dag, synes ikke styringsideologien i seg selv å være en garanti for suksess. Andre krav synes å måtte være oppfylt. Knudsen (1993) stiller opp tre kriterier for at samarbeid skal lykkes; domenekompabilitet, ideologisk kompatibilitet og kvalitetsmessig kompabilitet samt mandatkompabilitet. I følge Knudsen vil disse faktorene påvirke og utfylle hverandre (H. Knudsen, 1993, s. 37).

2.8.1 Domenekompabilitet

Knudsens første betingelse for produktivt samarbeid er en oppfattelse blant partene av at det er nyttig for en fordeling av oppgaver mellom de ulike enhetene. Mange bedrifter, både offentlige og private, ser ønsket om å bevare og utvide sitt domene, eller oppgaveområder, som en hovedoppgave. Samarbeid mellom etater med helt overlappende domener vil derfor medføre ren konkurranse. Derimot vil produktivt samarbeid vokse frem i situasjoner der oppgaveområdene er delvis overlappende. Enheter som utfyller og kan dra nytte av hverandres kompetanse, vil derfor være mer tilbøyelige til å gå inn i et samarbeid med intensjoner om reelt samarbeid.

Kommunal øyeblikkelig hjelp markerer her delvis overlappende arbeidsområder, ved at pasienter behandles i kommunen heller enn på sykehuset.

På bakgrunn av punktene under, er gjennomføring av samhandling derfor i stor grad avhengig av hvorvidt enhetene oppfatter samarbeidet som fornuftig og rimelig. Partene må kunne se muligheten for samarbeid og realisering av samarbeidsgevinster i lys av kompatibilitetskriteriene. I de tilfellene der partene opplever at disse kriteriene ikke er oppfylt og mandatet føles påtvunget, vil det i beste fall neglisjeres eller aktivt bli motvirket (H. Knudsen, 1993, s. 38).

2.8.2 Ideologisk kompabilitet og kvalitetsmessig kompabilitet

Knudsen bruker i sin argumentasjon definisjonen ideologisk kompabilitet i vid forstand. Dette omfatter syn på hva som er gode arbeidsmåter og behandlingsformer, og hva sin egen og andres enheter, som potensielle samarbeidspartnere står for.

Kvalitetsmessig kompabilitet innebærer, ifølge Knudsen, at enheter som skal samarbeide bør ha et noenlunde likt kvalitetsnivå, slik at det oppleves respekt for hverandres arbeid. Ideologisk- og kvalitetsmessig kompabilitet henger, i følge forfatteren, sammen med at enheter som har sympati for hverandres arbeidsideologi, videre vil ha lettere for å aksepteres hverandre ut fra kvalitetsmessige kriterier (H. Knudsen, 1993, s. 39).

2.8.3 Mandatkompabilitet

Domene- og ideologisk/kvalitetsmessig kompabilitet er viktige forutsetninger for effektivt samarbeid. Samtidig vil samarbeid ofte avhenge av det Knudsen omtaler som mandatkompabilitet. Initiativet for koordinering mellom enheter kan komme ovenfra (hierarkisk), innenfra nettverket eller utenfra. Spørsmålet kan derfor stilles hvordan den enkelte enhet forholder seg til mandatet som er gitt. Legalt mandat som verktøy for samarbeid vil i seg selv være en for svak impuls til samarbeid, dersom det ikke er forankret i et felles verdigrunnlag.

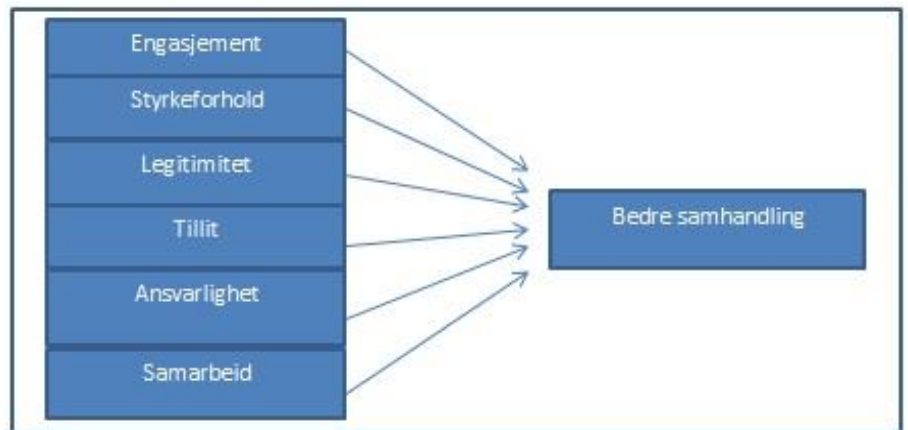
2.9 Aspekter ved partnerskap for nærmere studie

På bakgrunn av arbeidet til Prowan og Milward (2001) samt Lowndes og Skelcher (1998) beskrevet over, har jeg valgt å begrense min studie til hovedsakelig å gjelde undersøkelse på nettverksnivå, men også organisasjonsnivå i pre-partnerskaps-, etablerings- og konsolideringsfasen.

Måleparametrene for samfunnsnivå som omfatter klienttilfredshet, vil på nåværende tidspunkt være svært lite reliable grunnet svakt datagrunnlag. Data om bruken av tilbudet vil også på nåværende tidspunkt være lite reliable; befolkningens generelle allmenntilstand vil variere fra måned til måned og år til år, og medføre naturlige konjunktursvingninger. Kunnskapen om og bruken av tilbudet blant legene vil også trenge tid til å stabilisere seg. Nærmere studie av de økonomiske aspekter på et organisasjons- og samfunnsnivå vil også på bakgrunn av det tidlige tidspunktet for datainnsamlingen bære preg av stor usikkerhet. Dette grunnet kort

datainnsamlingsvindu og store investeringskostnader i en oppstartsfase, og slike faktorer er derfor i stor grad utelatt.

Aspektene jeg har valgt å studere i partnerskapets første faser vil derfor gå på engasjement, styrkeforhold, legitimitet, tillit, ansvarlighet og samarbeid blant nettverkets medlemmer pre-partnerskaps-, etablerings- og konsolideringsfasen.



Utvelgelse av disse punktene for nærmere studie i den kvalitative undersøkelsen, baseres på funn og tendenser fra observasjoner i møter på kommunalt og regionalt nivå høst- og vinter 2012. Punktene har utmerket seg som viktige i arbeidet med å få på plass god samhandling mellom partene. Som en forlengelse av dette, vil jeg også kunne si noe om tidlige erfaringer blant nettverkets medlemmer og fagfolk i kommunene.

3.0 Metode

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for de valgene som er tatt knyttet til forskningsmetoden for denne oppgaven. Videre vil jeg diskutere case som metode, samt muligheten for generalisering av de funn som gjøres i oppgaven. Til slutt vil jeg diskutere reliabilitet og validitet knyttet til case som metode.

Bent Flyvbjerg (1991) argumenterer for at valg av metode bør være avhengig av omstendighetene (Flyvbjerg, 1991, s. 147). Det ble valgt en kvalitativ tilnærming til denne oppgaven av flere årsaker. Målet med denne oppgaven er å beskrive tilbudet og prosessen som ledet frem til oppstarten av Kommunal øyeblikkelig hjelp i Vennesla og Iveland. På grunn av eksisterende datagrunnlag rundt reformen og tidspunkt i reformprosessen for min

datainnsamling, har jeg valgt case-studie som format. På grunn av behovet for å forstå hendelser før vi kan forklare årsakssammenhenger, vil en deskriptiv analyse på dette tidspunktet være mest hensiktsmessig. Som King, Keohane og Verba (1994) beskrev det; «Det er vanskelig å utvikle kausale forklaringer før vi vet noe om verden og hva som treng å forklares ut fra hvilke egenskaper» (Gerring, 2011) Datagrunnlaget bygger på deltakende observasjon under forhandlingene, semistrukturerte intervjuer med respondenter samt et oppfølgingsmøte med deltakere fra kommunen for å diskutere funn.

3.1 Case

Case-studier har vært, og er en mye brukt tilnærming til forskning innen samfunnsvitenskapelige studier og psykologi. På tross av dette er det en uenighet rundt case-studie som god metode. Oppfattelsen av at casestudier kun har en begrenset verdi når det kommer til generalisering sitter dypt, uten at forskning har klart å finne en analyseform som overlegen(S. S. Andersen, 1997)

John Gerring (2004) definerer et case som “*an intensive study of a single unit for the purpose of understanding a larger class of (similar) units*” (Gerring, 2004).

Svein Andersen forklarer et case som følgende: «*Betegnelsen «case» kommer av det latinske «casus» og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. (...) Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om et eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Enten fordi det bare finnes kun en eller noen få, eller fordi det bare er en eller noen få caser som er tilgjengelige for forskeren. (...) Ofte er idealet å gå i dybden på et case og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein. Undersøkelsesenheten sees som et komplekst hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut.*» (S. S. Andersen, 1997, s. 8-9)

Et felles kjennetegn for case-studier er at objektet man studerer er avgrenset i både tid og rom. Stake (1994) presiserer kjennetegn ved case slik: «*Ikke alt er en case. Et barn kan være en case. En doktor kan være en case – men doktorens legeaktiviteter mangler det spesifikke og avgrensede til å kalles en case. Et offentlig kontor kan være en case. Årsaken til barnemishandling eller tiltak for å håndtere foreldre som mishandler barn vil sjeldent kalles case. Disse temaene er generelle fenomener heller enn spesielle. En case er noe spesielt*».(Jacobsen, 2005, s. 92)

Samtidig som case-studier har sine styrke i å beskrive et objekt inngående, har det også sine svakheter. Omfattende datainnsamling medfører at kvalitative forskningsdesign ofte har få informanter. Et høyt antall variabler som velges fremfor et stort antall respondenter, kan medføre problemer knyttet til representativitet. Kompleksiteten og nyansene i dataene gjør det lett å miste oversikt eller unnlate viktige aspekter. Videre kan det oppstå problemer med nærhet til objektet man studerer. Ved å komme for nær caset, risikerer man å miste evnen til kritisk refleksjon samt statusen som nøytral observatør av fenomenet (Jacobsen, 2005, s. 130). Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg vært svært bevisst behovet for å fremstå nøytral, i møte med både sykehus og kommune.

På grunn av den kvalitative metodens natur, vil problemstillingen ved slike opplegg vil ofte være preget av uklarhet. Manglende kunnskap i forkant av undersøkelsen setter spesielle krav til utformingen av spørsmålene. Uklare problemstillinger medfører derfor behov for fleksible undersøkelsesopplegg, som er i stand til å kunne endres underveis. (Jacobsen, 2005, s. 131).

3.2 Intervju

Oppgaven bygger på 8 kvalitative intervjuer med nøkkelinformanter gjennomført våren 2013. Samtlige intervjuer ble gjennomført en-til-en, og fant sted ansikt til ansikt over en tre ukers periode. Det ble for disse valgt en semistrukturerte tilnærming, hvor spørsmålene var kategoriserte, men åpne for å tillate flest mulige nyanser. Jeg startet prosessen med en felles intervjuguide, men oppdaget raskt at guiden måtte tilpasses hver respondents stilling, ettersom mange av dem hadde ulike roller i prosessen, og var med på ulike tidspunkter og nivåer.

Populasjonen for oppgaven ble sammenfattet ut fra deltakelsen i forhandlingene. Listen baserer seg på egne valg basert på deltakelse under møter regionalt og i kommunen, samt på innspill fra både kommune og sykehus knyttet til personers relevans til prosjektet. Forespørsel om deltakelse ble sendt per mail til samtlige potensielle respondenter, hvorpå respondenter ble valgt på bakgrunn av et kriterium om bredde og variasjon.

Forhandlingene om og arbeidet med Øyeblikkelig hjelp er et prosjekt som spenner både over administrasjon, leger og sykepleiere. På grunn av et ønske om kildemangfold ble de endelige intervjuobjektene derfor valgt fra ulike nivåer; ledere, mellomledere og fastleger.

På grunn av min tette deltakelse i forhandlingsmøtene høsten 2012 der min oppgave ble presentert for de fremmøtte, valgte jeg en åpen linje hvor hensikten med min studie ble

forklart for respondentene som ikke allerede var informert. Samtlige respondenter var dermed innforstått med min vinkling og mine spørsmål i forkant av intervjuet. Videre ble samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd, og senere transkribert i sin helhet.

3.3 Analyse

På bakgrunn av datainnsamlingens tidspunkt, ble spørsmålene og analysen i hovedsak designet som et retrospektivt og induktivt tverrsnittstudie, hvor jeg ønsket i hovedsak deltakernes oppfattelse av tiden under og etter forhandlingene. Samtidig ønsket jeg respondentenes tanker om hvordan de oppfatter at tilbudet har blitt i dag. Spørsmålene ble dermed i hovedsak rettet mot forhandlingsperioden, men også deres oppfattelse av tilbudet slik det fungerer i dag.

Som studiemetode har denne formen for analyse sine fordeler og ulemper. Tverrsnittstudier egner seg i situasjoner der man ønsker å beskrive en tilstand på et gitt tidspunkt, samt å studere hvilke fenomener som varierer sammen på et gitt tidspunkt. Fordelene med et slikt opplegg er lave kostnadsrammer og rask informasjonsinnhenting. Svakheten ved et slikt design ligger i dens manglende mulighet til å plukke opp endringer i en tilstand eller oppfatninger over tid (Jacobsen, 2005, s. 102).

Ved en retrospektiv tverrsnittstudie oppstår det raskt ulemper knyttet til hukommelse. Hvor riktig husker respondentene fra hendelsene? Faren for erindringsforskyvning vil også her kunne være til stede, ved at respondentene ser hendelsene i et fortegnert lys, enten i positiv eller negativ forstand. Et annet problem vil kunne oppstå ved etterrasjonalisering, ved at respondentene ønsker å fremstå som mer rasjonelle enn det de egentlig var. Et retrospektivt design vil derfor kunne være noe mer upålitelig enn eksempelvis tidsseriedata, hvor data hentes inn på ulike tidspunkter over tid. Disse svakhetene vil dog ikke være et hinder for analyse av et retrospektivt design. Men, det gjør at vi må være var av at vi ikke måler faktiske endringer, og heller endringer respondentene på intervjutidspunktet føler har skjedd (Jacobsen, 2005, s. 106). I denne oppgaven er svakhetene som oppstår gjennom et retrospektivt design forsøkt motvirket gjennom metodetriangulering.

3.4 Reliabilitet og triangulering

Et viktig spørsmål som dukker opp ved utvikling av forskningsdesign er om det er trekk ved selve undersøkelsen som skaper de resultatene jeg kommer frem til. For å motvirke dette, er det i denne oppgaven benyttet metodologisk triangulering gjennom informantintervjuer, deltakende observasjon og oppfølgingsmøte.

Triangulering som metode baserer seg på erkjennelsen av mangler og svakheter ved den enkelte metode og datakilde. Flere ulike aspekter av forskning tas derfor i bruk for å styrke forskningsdesignet, og dermed øke funnenes indre og ytre validitet og reliabilitet.

Triangulering defineres som «*kombineringen av to eller flere datakilder, forskere, metodologiske tilnærminger, teoretiske tilnærminger eller analytiske metoder innen samme studie*»(Thurmond, 2001, s. 253).

Ulike typer triangulering kan brukes alt ettersom hva slags forskningsdesign som er valgt. For denne oppgaven ble det brukt metodologisk triangulering. Her tar man i bruk minimum to data-innsamlingsmetoder fra samme design – enten kvalitativt eller kvantitativt. Her er fokuset på ulike innsamlingsmetoder for å øke validitet og reliabilitet. Deltakende observasjon i lokale prosjektmøter i Vennesla og i regionalt styringsutvalg ble her brukt i kombinasjon med en-til-en intervjuer og respondentvalidering etter fullførte intervjuer gjennom et oppfølgingsmøte med sentrale informanter. Her ble det gitt feedback på dataene som var samlet inn.

Metodologisk triangulering som verktøy har både sine styrker og svakheter. Metoden er godt egnet til å avdekke unike forskjeller i informasjonen, som potensielt ville kunne forblitt skjult om bare en metode ville blitt brukt. Gjennom oppgaven oppdaget jeg også en styrke i triangulering, ved etterprøvelse av observasjoner gjort innledningsvis på møtene jeg var på. Tendenser og spørsmål som her dukket opp kunne utdypes i senere intervjuer.

På tross av dette settes det samtidig større krav til forsker på grunn av omfattende datainnsamling og analysering. Manglende kunnskap fra forskers side om hvordan slike funn skal håndteres og analyseres, kan også medføre svakheter i resultatene(Flick, 2007, s. 94; Thurmond, 2001, s. 256).

3.5 Deltakende observasjon og oppfølgingsmøte

Foruten de individuelle intervjuene som ble gjennomført for denne oppgaven deltok jeg gjennom høsten og vinteren 2012/13 i flere forhandlingsmøter og arbeidsmøter både på regionalt nivå og lokalt i Vennesla, samt ett møte i Medisinsk faggruppe. Disse møtene har bidratt til en god forståelse av temaet. Videre har deltakelsen gitt meg nyttige innspill i det senere arbeidet med intervjuene. Refleksjonene i etterkant av møtene har vært viktige for utviklingen av oppgaven.

3.5.1 Regionalt styringsutvalg

Gjennom høsten 2012 fikk jeg delta som observatør på to av møtene i arbeidsgruppa for Kommunal øyeblikkelig hjelp for Knutepunkt -kommunene. Mandatet for disse møtene gikk på hvordan disse kommunene kunne opprette KØH-tilbud, samt hvilke tiltak som skulle være gjeldende for samtlige kommuner, og hvilke som skulle være unike for den enkelte kommune. Selv om tilbudet fremdeles var i en sen planleggingsfase i Vennesla, ble resten av kommunene informert om progresjon og erfaringer av Helse- og omsorgssjefen.

3.5.2 Lokale prosjektmøter i Vennesla

I oktober 2012 deltok jeg i et arbeidsgruppemøte i Vennesla kommune. Dette var to måneder før tilbudet startet opp. Store deler av tilbudet var på plass, og møtet ble brukt til å informere om utviklingen i RS-gruppa for Knutepunktet samt informere fagdirektør fra SSK om utviklingen i Vennesla.

3.5.3 Oppfølgingsmøte

Etter at intervjuene for oppgaven var gjennomført, ble det arrangert et oppfølgingsmøte i Vennesla hvor noen av de sentrale informantene deltok. På dette tidspunktet ble midlertidige tendenser diskutert. Det var på dette møtet en stor enighet om de midlertidige funn som ble presentert. Dette var med å sikre høyere reliabilitet for analysen.

3.6 Generalisering

Et sentralt tema i forskningslitteraturen rundt kvalitativ metode har basert seg på muligheter og metoder for å sikre generaliserbarhet.

Innenfor den tradisjonelle forskningstradisjonen har case-studier i stor grad vært en forskningsdisiplin som har møtt stor motstand. Blant kritikerne var Donald Campbell (1966) som uttrykte følgende: «*Such studies have such a total absence of control as to be almost no scientific value... Any appearance of absolute knowledge, or intrinsic knowledge about singular isolated objects, is found to be illusory upon analysis*» (Flyvbjerg, 1991, s. 140)

Bakgrunnen for denne kritikken bunner ut i metodens manglende forankring i den hypotetisk deduktive forskningstradisjonen, som vektlegger blant annet hypotesetesting (Flyvbjerg, 2006). Case-studie som metode har videre høstet stor kritikk knyttet til muligheten for generalisering av observasjoner.

I følge Flyvbjerg (1991) eksisterer det i siste instans bare kontekstavhengig viten i studie av samfunn og menneske. Case-studier vil i følge denne argumentasjonen også være kontekstavhengige av natur. Dette synet deles av Jacobsen, som argumenterer for at case-studier studerer det som skjer i konteksten der et fenomen utvikler seg. En slik type studie vil derfor være svært komplekst ved at det er mange variabler det er interessant å studere. Case-studie kan derfor sies å være gode i de tilfeller der man ønsker en dypere og mer helhetlig forståelse av en spesiell hendelse. Samtidig har case-studier en stor styrke i dens nærhet til virkeligheten og detaljrikdom som er med på å gi en nyansert virkelighetsoppfattelse (Flyvbjerg, 1991; Jacobsen, 2005).

Argumentet til Flyvbjerg om kontekstavhengig viten, baserer seg på den graden av mangfold og detaljrikdom omgivelsene og individene består av. For å oppnå virkelig kunnskap om et felt vil fakta og regelbasert viten måtte suppleres med kontekstavhengig viten, gjennom konkrete caser og eksempler (Flyvbjerg, 1991, s. 142).

«*One can often generalize on the basis of a single case, and the case study may be central to scientific development via generalization as supplement or alternative to other methods. But formal generalization is overvalued as a source of scientific development, whereas “the force of example” is underestimated*» (Flyvbjerg, 1991, s. 142)

Case-studiet har ifølge Flyvbjerg (1991) også en annen viktig rolle som en del av forskerens egen læringsprosess. På bakgrunn av ideene fremsatt av Aristoteles i verket «The

Nicomachean Ethics» hvor han mente at virkelig visdom (Phronesis) kun kan oppnås gjennom en kombinasjon av praktisk og teoretisk kunnskap, bygger Flyvbjerg videre på dette, og mener fakta og regelbasert kunnskap er et viktig *utgangspunkt* for personlig læring. Læring på de to høyeste nivåer hvor «virtuos ekspertise» er det høyeste nivå, kan kun oppnås gjennom egen erfaringslæring og kjennskap til det spesifikke – altså den kontekstavhengige viten som case-studie representerer. Årsaken til dette ligger i nyansene og detaljrikdommen som kommer frem gjennom nære studier av enkeltcaser (Flyvbjerg, 1991, s. 142).

I følge Flyvbjerg (2006) er case-studiets mulighet for å generalisere undervurdert. I følge Karl Popper (1959) fungerer case-studiet til generalisering gjennom falsifisering. Om det viser seg at bare en observasjon ikke passer inn i forventningen, vil antakelsene ikke være valide, og må derfor forkastes eller endres. Popper brukte eksempelet om at alle svaner er hvite. Om man på bakgrunn av denne påstanden finner en sort svane, må påstanden forkastes. Gjennom intense og mer dyptpløyende observasjoner innen samfunnsvitenskapene, vil det som synes å være hvite svaner, ofte vise seg å være sorte (Flyvbjerg, 2006).

All forskning vil til en viss grad lide under forskerens forutinntatthet, og en annen del av kritikken mot case har vært frykten for at forskeren bare vil fokusere på å bygge opp under sine egne antakelser. Argumentet mot case-studiet har møtt motstand fra flere forskere som forklarer at deres antakelser, hypoteser og konsepter som de satt med i forkant av studiene har vist seg å være feil, og derfor må justeres. (Flyvbjerg, 1991)

Videre argumenterer forfatteren at om ønsket med forskningen er å oppnå en størst mulig mengde informasjon eller kunnskap om en gitt problemstilling, vil det i følge Flyvbjerg (1991) ikke nødvendigvis være et representativt case som ville vært mer hensiktsmessig. Derimot argumenterer han for at atypiske og ekstreme case ofte gir mer informasjon, fordi det ofte involveres flere aktører og mer grunnleggende mekanismer i situasjonen en studerer (Flyvbjerg, 1991).

Kulturelle særegenheter, kommunenes helsestruktur og det gode forholdet til sykehuset (SSK) gjør at Vennesla og Iveland kan sees på som en avvikende case. Dette fordi flere av trekkene skiller seg fra andre kommuner som ikke stiller med samme forutsetninger i møtet med et sykehus i en forhandlingssituasjon. Samtidig representerer disse kommunene et best-case scenario ved at disse forutsetningene ligger så tett opp mot den ønskede situasjonen (Flyvbjerg, 1991).

Resultatene fra denne oppgaven vil derfor kunne generaliseres til andre kommuner gjennom falsifisering. Om det på sikt viser seg at tiltaket i disse kommunene kan defineres som en suksess, vil det bevise for andre kommuner at KØH vil kunne la seg gjennomføre på en god måte. Om det derimot på sikt viser seg at tilbudet ikke lar seg gjennomføre på noen god måte i Vennesla, vil man kunne trekke en begrenset konklusjon at andre kommuner også vil oppleve problemer ved etableringen av tilbudet (Flyvbjerg, 2006). Caset Vennesla-Iveland vil dermed potensielt fremstå som en «sort svane».

«More discoveries have arisen from intense observation than from statistics applied to large groups» Beveridge, W.I.B (1951) gjengitt i (Flyvbjerg, 1991)

3.7 Etiske hensyn

Veien frem mot Øyeblikkelig hjelp har blitt drevet frem på en litt annerledes måte enn man kanskje forestiller seg fra utsiden. Gruppen som har arbeidet med dette, både i kommune og på sykehuset, har vært liten, noe som har satt store krav til anonymisering både under datainnsamlingsperioden, og senere også i analysen og konklusjonen. I de passasjene under analysen hvor enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes av eksempelvis sin posisjon, er sitater og konteksten de er hentet fra og satt inn i godkjent av den enkelte person før publisering

På grunn av casets begrensede størrelse og muligheten for gjenkjenning av personsensitiv informasjon, ble det sendt søknad om godkjenning av forskningsprosjekt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), som godkjente prosjektet. Oppgaven og datamateriell er videre utarbeidet og oppbevart etter NSD sine retningslinjer.

4.0 Case

Caset i Vennesla er omfattende. Jeg vil derfor i dette kapittelet presentere Vennesla kommune og videre hvordan arbeidet frem mot oppstarten av KØH foregikk. Bakgrunnen for delavtale 4, som regulerer tilbudet, blir også presentert.

4.1 Vennesla og Iveland som case

Vennesla og Iveland med sine 14626 innbyggere representerer et relativt unikt case når det kommer til helse og omsorg av flere årsaker.

Kommunene har gjennom mange år hatt et interkommunalt samarbeid med blant annet felles legevakt, barnevernstjenester og IT-tjenester, med Vennesla som vertskommune.

Vennesla kommune har i tillegg per 05.03.13 Norges største fastlegesenter med 14 fastleger knyttet til seg. Av disse er det fire tilsynsleger med ansvar for kommunens sykehjem. Totalt har kommunene 93 sykehjemsplasser, hvorav 12 plasser er korttidsplasser og 2 er Øyeblikkelig hjelp døgnplasser.

Alle legene tilknyttet Iveland og Vennesla kommune har i tillegg et felles pasientjournalssystem. De samme som er tilsynsleger er også fastleger, dette sikrer at alle legene får tilgang til komplette pasientjournalopplysninger om alle KØH-pasientene, og det letter også koordineringen legene imellom. Dette er et stort fortrinn for de to kommunene, som også gir en unik styrke for pasientsikkerheten. Dette er nok relativt sjeldent i norsk sammenheng. Videre har begge kommunene også har kort reiseavstand til nærmeste sykehus i Kristiansand. Ved forverring av tilstanden hos pasienter som faller inn under KØH- tilbudet vil dette kunne være et viktig sikkerhetsnett.

Kommunene står fremdeles relativt fritt, innen visse rammer, til å velge hvilke pasientgrupper de ønsker å implementere i sitt tilbud, basert på kommunens kompetanse og utstyr. For Vennesla og Iveland kommune er det med dagens kompetanse og ressurser kun aktuelt å gi behandling til pasienter med avklarte diagnoser, med lite fare for forverring og med en forventning om at behandlingsbehovet er 1-3 dager (Helsedirektoratet, 2013, s. 16-17).

Øyeblikkelig hjelp-prosjektet fremstår på mange måter som et prestisjeprosjekt for Vennesla og Iveland kommune av flere årsaker. For det første lå kommunenes organisering av helsetjenesten allerede svært tett opp mot de krav som er stilt fra departementets side rent strukturelt. Videre hadde kommunens en kultur for samarbeid og dialog innad, samt at det forelå en bred tverrpolitisk enighet rundt prosjektet.

4.2 Koordinering og planlegging i Agder

Basert på erkjennelsen av blant annet demografiske forskjeller, er det lagt opp til muligheten for store lokale tilpasninger av tilbudets omfang. Samtidig har Helsedirektoratet gitt ut en veileder for hvordan tilbudet kan organiseres og hvilke faglige og økonomiske grep det fordrer (Helsedirektoratet, 2013).

Sykehuset Sørlandet (SSHF) tydeliggjorde tidlig i prosessen at de av koordineringshensyn kun ønsket å samarbeide med de fem interkommunale samarbeidsorganene, gjennom en paraply kalt Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS) om utformingen av felles tilbud for hvert kommunenettverk. Slik ble det likevel ikke i Knutepunkt-kommunene, da flere kommuner av ulike årsaker har valgt å opprette egne tilbud, og det planlegges derfor i dag opprettelse av tre ulike KØH-enheter i Knutepunkt-kommunene. På grunn av tilbudets kompleksitet, har planleggingen foregått i flere fora med utgangspunkt i OSS.

4.2.1 Regionalt Samarbeidsutvalg arbeidsgruppe

OSS – Overordnet strategisk samarbeidsutvalg, er et overordnet strategisk partssammensatt utvalg mellom Sørlandet Sykehus HF, representert gjennom den øverste ledelsen, og de enkelte kommunesammenslutningene i Agder, representert gjennom rådmenn og kommunesjefer. OSS fungerer som en overordnet koordinerings- og iverksettende enhet for Samhandlingsreformen i Agder.

Under OSS er det opprettet egne regionale samarbeidsutvalg, bestående av representanter fra samtlige kommuner i Knutepunktet samt representanter fra sykehuset. For opprettelsen av Øyeblikkelig hjelp i Agder ble det nedsatt en egen arbeidsgruppe spesifikt for Knutepunkt-kommunene.

Gruppens mandat var todelt; 1) å utarbeide forslag til hvordan Knutepunkt-kommunene kunne opprette KØH-tilbud og 2) å utrede hvilke tiltak som skulle være gjeldende for samtlige Knutepunkt-kommuner og hvilke tilbud som skulle være unike for den enkelte kommune.

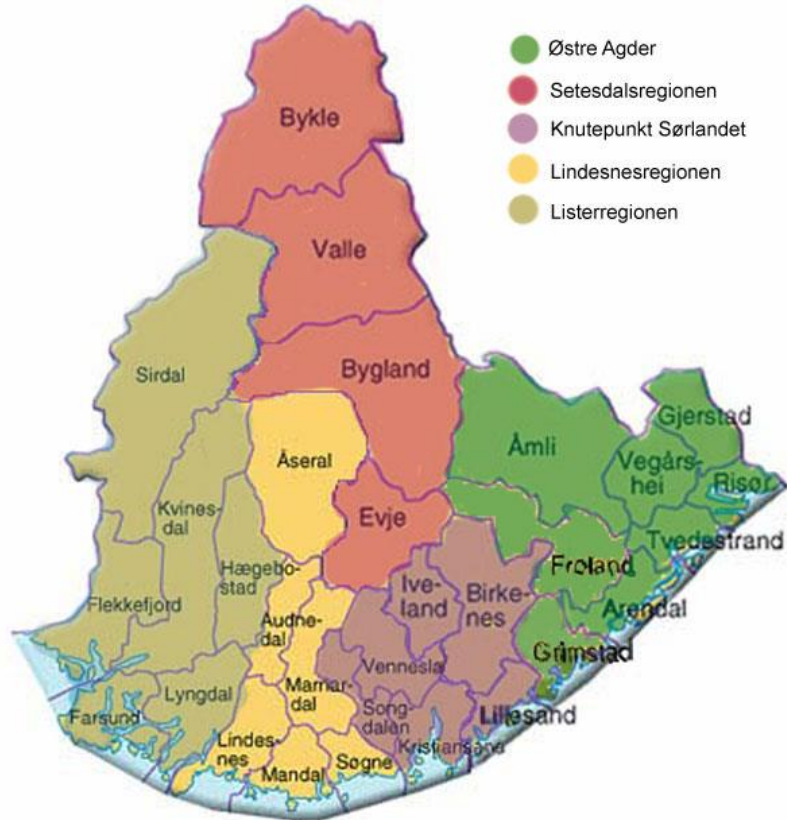
4.2.2 Prosjektgruppe Vennesla og Iveland

I Vennesla ble det opprettet en prosjektgruppe for å jobbe frem mot tilbudet lokalt. Arbeidet her besto av flere komponenter; 1) prosjektgruppen ble et talerør fra de regionale forhandlingene og ut mot kommunene, og 2) å koordinere arbeidet med opprettelsen av tilbudet lokalt. Prosjektgruppen ble satt sammen av personer fra administrasjonen i begge kommuner, sykepleieransvarlig (nestleder) ved Venneslaheimen omsorgssenter, fastlegene/legevakten og tilsynslegene tilknyttet opprettelsen av tilbudet. I tillegg var nattlegevakten i Kristiansand og sykehusledelsen invitert med.

4.2.3 Medisinsk faggruppe

13.september 2012 ble det i (OSS) vedtatt opprettet en medisinsk faggruppe (MFG) som skulle definere felles kvalitetskrav og krav til pasientsikkerhet for alle KØH-tilbud som opprettes i Agder. OSS ga faggruppen følgende mandat:

«Det opprettes en medisinsk faggruppe KØH, med leger fra helseforetaket og kommuner / fastleger som representerer hele Agder. Gruppen skal beskrive kriterier for legetjenesten inkludert vaktberedskap, og utarbeide minimumskrav til kvalitet og pasientsikkerhet ved KØH-tilbudene på Agder. I tillegg skal gruppen utrede forekomsten / omfanget av aktuelle pasientkategorier»
(Medisinsk faggruppe, 2013)



Figur hentet fra: <http://www.sshf.no>

Utvalget ble satt sammen 50/50 av representanter fra sykehus og kommunene, med et fokus på konsensusenighet. Mandatet for denne gruppen er levert, men utvalget har siden gitt seg selv nytt mandat som et diskusjonsforum for spørsmål knyttet til KØH i Agder. Vennesla har i disse møtene vært særlig representert ved at de som første kommune har startet

opp tilbudet, og har bidratt inn mot gruppen med praktiske erfaringer fra sitt tilbud.

Dette utvalget jobbet parallelt med arbeidsgruppen i RS gruppen til Knutepunkt Sørlandet. Rapporten lagt frem av dette utvalget har blitt førende for om sykehuset godkjenner nye søknader fra kommunen om opprettelse av KØH-tilbud. Nye tilbud må derfor oppfylle samtlige krav presentert i rapporten.

Rapporten fra utvalget ble levert etter at Vennesla fikk godkjent sin søknad av sykehuset. På grunn av det som opplevdes som gode erfaringer fra Vennesla-avtalen, ble denne til en viss grad førende for den videre utformingen av rapporten fra den medisinske faggruppen.(Medisinsk faggruppe, 2013; Sørlandet sykehus, 2011).

Etter at gruppen leverte sitt mandat gjennom delrapport 1 er mandatet nå utvidet til å omfatte generell kvalitetssikring av samhandlingsreformen i Agder.

4.2.4 Delavtale 4

Etableringen av Samhandlingsreformen er et resultat av en rekke virkemidler, og med muligheten for store variasjoner. Gjennom bestemmelsen i den nye Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 om “plikt til å inngå avtale” ble plikten til formalisert samarbeid mellom kommune og helseforetak lovfestet. Gjennom disse avtalene tvinges partene til både organisatorisk og faglig samarbeid, for sammen å utvikle helse og omsorgstjenestene. Som en forlengelse av den nye Helse- og omsorgstjenesteloven, besluttet Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide en ny veileder til kapittel 6 i Helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til strukturen og konkrete arbeidsoppgaver. Hensikten her var «å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Totalt vil kommunene ha utarbeidet 12 delavtaler med sitt helseforetak, hvorav Delavtale 4 regulerer arbeidet med KØH i kommunen.

Tillegg til Delavtale 4 mellom Vennesla kommune og Sørlandet Sykehus HF ble sist revidert og offisielt signert den 7/11-12, og markerte oppstarten for Vennesla. Se vedlegg 4 for avtalen i sin helhet. Arbeidet med avtalen ble gjennomført mellom sykehuset og kommunen med hyppige innspill fra involverte parter på begge sider.

Gjennom avtalen reguleres inklusjons og eksklusjonskriterier for tilbudet samt krav til organisering og legedekning.

5.0 Empiri

Jeg vil i dette kapittelet ta for meg empiri jeg har funnet gjennom intervjuene jeg har gjennomført blant respondentene tilknyttet planleggingen av Kommunal Øyeblikkelig Hjelp i Vennesla og Iveland kommune.

På grunn av den todelte problemstillingen, vil jeg først gå gjennom empirien knyttet til hvert kriterie jeg har valgt å studere. For hvert tema presentert, vil jeg bruke sitater for å belyse funn. På grunn av casets begrensede størrelse og mulighet for gjenkjenning av personer har jeg valgt å anonymisere alt bortsett fra om informanten er tilknyttet sykehus eller kommunen.

Videre vil jeg presentere statistikk fra Vennesla på tilbudets bruk gjennom de første månedene i bruk for å gi ett bilde på bruksnivå samt dekningsgrad. Disse tallene må sees i kontekst. Bruk av tilbudet de fire første månedene vil ikke nødvendigvis gjenspeile gjennomsnittlig bruk over en lengre periode.

På grunn av informantenes ulike stillinger, arbeidsoppgaver og deltakelse i ulike deler av prosessen, har intervjuguiden blitt tilpasset den enkelte respondent.

5.1 Engasjement

Om en person vil være positiv til en problemstilling og jobbe for å oppnå de mål som er satt, forutsetter ett engasjement og en tro på tilbudet. Kommunal Øyeblikkelig Hjelp ble presentert i starten som en desentralisering av oppgaver tilbake til kommunen. Tilbudet oppleves derfor som ett distriktpolitisk. Muligheten for opprettelse av tilbudet ble tatt godt imot av både politikere og i administrasjonen i begge kommunene. På spørsmålet derfor om hvordan støtten var til oppstart av tilbudet svarer en informant fra Vennesla:

«Kjempebra. Folk vil få det til. Politikere er med, og rådmennene er med.»

Dette synet deles i både Vennesla og Iveland, og synes å bunne ut i troen på bedre pasienttilbud og distriktpolitikk gjennom blant annet sysselsetting. På spørsmålet om hva respondentene tenkte om tilbudet, ytrer samtlige åtte informanter en positiv – men noe avventende innstilling på tilbudet KØH som ide:

«Jeg trodde det kom til å bli bra. Jeg var veldig usikker med en gang. Er dette ett nytt sykehus? Eller er det ikke? KØH tenkte jeg at så flott! Hvis vi skal få noe sånt nærmere der vi

bor så vi slipper å kjøre så langt, og det er litt fordi at en bor i indre bygda, og noen ganger kan det være fint å få øyeblikkelig hjelp.»

Reaksjonen på tilbudet fra kommunens side ble i stor grad delt av respondentene fra sykehuset:

«Jeg brenner for den ideen, men jeg ser og de utfordringer som er for å få det til.»

Utfordringene som nevnes for tilbudet var i hovedsak knyttet til to punkter – finansielt og organisatorisk. Skepsisen til det økonomiske knyttet seg til kommunens evne til å drifte tilbudet innen de finansieringsrammene som forelå. For sykehusets del beskrives en mistro til at de to sengene i Vennesla skal klare å ta hånd om nok pasienter tilsvarende summen sykehuset ble trukket.

På grunn av de store lokale tilpasningsmulighetene som forelå for tilbudet i starten – samt den noe misvisende tittelen på tilbudet, var det en i starten en viss usikkerhet for hva tilbudet skulle omfatte:

«Øyeblikkelig hjelp høres så alvorlig ut, det høres ut som at du har vært i en bilkrasj med opprevde hender og føtter, men definisjonen er avklarte pasienter med lite fare for forverring som kan behandles på et allmennmedisinsk nivå så er det ingenting skummelt med dette.»

Alvorlighetsgraden og behandlingsnivået for tilbudet var en problemstilling som ble tatt opp i i både, MFG, RS-utvalget og i arbeidet med delavtale 4. Selv om det var en interesse for tilbudet, var det og en skepsis mot kvaliteten på sykehussenger lokalisert i kommunene rettet mot tilbudet fra både kommunalt- og sykehuset. En fastlege beskrev det slikt:

«Jeg tenker du ikke får samme kvalitet og, du klarer ikke å bygge opp et sykehus i hver kommune for en billigere penge totalt sett for samfunnet enn det du har på sykehuset, så det ligger på en måte i sakens natur at det er helt umulig. Det betyr og at du får en redusert kvalitet på tilbudet og det må da ligge innbakt, og det er det ingen som har turt å prate om i prosessen.»

Dette synet bekreftes av en informant fra sykehuset:

«Og jeg opplevde for min del som jobber på sykehus, så ser jeg at det vil ikke bli så mange færre pasienter som kommer inn i sykehuset med den modellen som Vennesla og Iveland har lagt seg på. Og jeg har nok blitt mer klar over at å lage et lite KØH enhet i en liten kommune

eller kommunesammenslutning, er til mindre hjelp i forhold til pasienter inn i sykehus enn om du lager en stor enhet som Kristiasand og Lillesand har lagt opp til. Jeg tror sykehuset vil merke færre pasienter inn jo større enheten i kommunen er.»

Skepsisen for det finansielle perspektivet for KØH var todelt, og kom til uttrykk både fra kommunen og sykehuset. For sykehusets del sammenfaller den økonomiske skepsisen med en manglende tro på effekten sengene forventes å ha på sykehuset. Informantene fra Vennesla var todelt i synet på de økonomiske rammene for tilbudet:

«Jeg tror det er for lite i forhold til det det krever med disse pasientene. For det krever fagpersoner til enhver tid, og det er ofte vi ikke har inne disse pasientene, og så har vi en nyopprettet korttidsavdeling med 12 plasser og det er der vi har lagt KØH. Korttidsavdelingen i seg selv er en utrolig hektisk og travel avdeling som allerede krever disse fagpersonene. SÅ det er ikke som at vi kan avse en sykepleier til bare KØH. SÅ det er knapt med ressurser.»

En annen informant derimot er litt mer optimistisk:

«Ja, jeg tror det holder, for vi har vært tvungen til å holde oss innen de rammene som er tiltenkt.»

Størrelsen på tilbudet bygger i stor grad på fordelingsnøkkelen utarbeidet av Helsedirektoratet, og tolkes som et kriterium for å måle suksess av tilbudet. På spørsmålet om hvordan man opplevde de driftsmessige kravene som ble stilt, stiller de fleste informantene seg kritiske til antall liggedøgn kommunene er blitt tildelt svare en respondent:

«Det er jo tall som så vidt jeg har skjønt er regnet ut på landsbasis som bare er smørt ut over alle kommunene som at alle kommunene, fykene og sykehusene var like. Og det visste vi fra før at det var det ikke.»

En av informantene opplyser videre:

«at de ikke ville klare å fylle alle de døgnene vi skulle legge inn. Det er umulig vet du.. i oppstartsfasen. Her har lovgiverne vært litt ambisiøse.. det var det første jeg tenkte, men det får nå gå som det vil. For nå skal dette innarbeides og få tillit blant kollegaene og blant sykepleierne som jobber der og i befolkningen... så den beleggsprosenten synes jeg var litt høyt.»

Den manglende troen på antall liggedøgn i kommunene baserer seg på to årsaker; 1) fordelingsnøkkelen utarbeidet av Helsedirektoratet synes ikke å ta ikke hensyn til lokale variasjoner – eksempelvis mellom store og små kommuner eller demografiske variasjoner mellom byer, og 2) undersøkelser gjennomført på SSK bekrefter at sykehuset allerede i dag har ett svært lavt antall feilinnleggelser fra kommunene i Agderregionen. På tross av dette har enkelte respondenter tro på at tilbudet vil gå seg til og ble brukt mer enn i dag.

Sykehuset ønsket i utgangspunktet basert på hensyn til grad av samhandling og koordinering at det i stedet for mange små enheter skulle opprettes tre-sengeenheter i Agder bestående av minimum fire sengeposter i nær omkrets til Sørlandet Sykehus sine tre sykehus – Flekkefjord, Kristiansand og Arendal gjennom interkommunale samarbeidsavtaler.

Årsaken var todelt; ønske om effektivisering av planleggingsarbeidet og et ønske om større robuste enheter med mulighet for døgnskuttet legedekning. Her endte Helse- og omsorgsdepartementet opp med å nekte sykehuset å sette størrelsesbegrensninger, noe som åpnet opp for at kommuner som Vennesla og Iveland kunne starte opp ett tilbud bestående av to senger. Tilbudets omfang var lenge ett tema, og har utkrystallisert seg som ett av det klareste skillene mellom sykehuset og kommunen i planleggingsfasen. Dette bekrefter en respondent fra kommunen:

Der er det nok litt ulik forståelse for sykehuset snakker ut fra spisskompetanse ut fra et perfektionistisk nivå, mens allmennlegene og generalistene som kommunene er ser mer hele mennesket i en annen setting. Det er ikke den type action, det er mer behandling. Når det er avklarte pasienter, skal det ikke være stor fare for akutt forverring, og da skal ikke beredskapen være like høy som på akuten på SSHF.»

Problemstillingen om tilbudets omfang ble ett viktig tema under arbeidet i den medisinske faggruppen. Under dette arbeidet ble Vennesla invitert inn for å dele sine erfaringer fra daværende stadiet. Mye på grunn av dette ble deler av innholdet i rapporten herfra tilpasset erfaringene og anbefalingene fra tilbudet i Vennesla. En informant fra sykehuset uttrykte det slik:

«For vi så jo for oss sykehuspasienter. Men det var våre forventninger, og de har vi nok endra og tilpassa betydelig. Forventningene fra Vennesla vet jeg ikke om kom så tydelig frem. De var nok kanskje mye mer realistiske. De så for seg de pasientene de trodde de kunne

håndtere, og det er vel sånn det har blitt også. På en måte var Vennesla kommune delen mye mer realistisk og avslappa på det enn hva vi var..»

5.2 Samarbeid

Evnen til samarbeid presenteres som en kritisk faktor for vellykkede partnerskap av Kenis og Prowan (2007). Videre ligger tanken om bedre samarbeid og samhandling mellom stat og kommune som en av selve grunnpilarene for reformen.

På grunn av liten kontakt med andre kommuner som og startet opp i 2012, ble Vennesla på mange måter et pilotprosjekt for Agder for å bygge erfaringer. En av informantene fra kommunen oppsummerte prosessen slik:

«Det er selvfølgelig veldig tungt, med masse barnesykdommer, men det er tungt på en annen måte, for da er det mer på utvikling og positive erfaringsutvekslinger. Det å måtte krige med noen.. det var ikke noe krig mellom oss og sykehuset. Sykehuset var veldig positive til at noen startet opp og fikk litt erfaringer som man kunne bygge videre på. Så vi var heldige med timingen tror jeg.»

Erkjennelsen av Vennesla som pilotprosjekt bekreftes av andre informanter:

«Siden dette er ett pilotprosjekt, så må det være toleranse for at veien blir til mens vi går. Det er ingen som har gitt oss noen kokebok for hvordan dette skal gjøres.»

Statusen som pilotprosjekt er dog ingen garanti for godt samarbeid parter imellom. På spørsmålet om hva de tenker om prosessen mellom sykehuset og kommunen, forklarer flere at den opplevdes som god:

«det var et godt klima med lite angst og uro i Vennesla i alle fall, så der har de i alle fall trygget det veldig. Prosessen har vært god.»

Samtlige informanter i kommuner beskriver prosessen som ryddig og synes fornøyde.

«jeg synes jo prosessen har vært ryddig og grei og vært med flere ganger og absolutt vært med i framdriftsplanen og jeg føler vi har mye vi skulle ha sagt og vi har vært med å utarbeide planen ned til minste ord i avtalen på hvordan ordlyden skal være ned til minste detalj.»

En av informantene fra kommunen opplyser videre:

«Jeg synes prosessen har vært god, og jeg føler at vi har fått det greit til med de forutsetningene vi har hatt.»

Informanter fra både sykehus og kommune ytrer seg positivt om samarbeidet partene imellom.

«Sykehuset virka veldig tente og villige og ønsket å få dette i gang, og spennans. Like spennende som Vennesla kommune synes. Så jeg synes at hele veien frem til tilbudet var oppretta virka det som likestilte parter egentligere det var ett ønske om å få en god kommunikasjon opp å gå. Så det følte jeg. Jeg følte det var en gjensidig respekt der. Sykehuset vil alltid være sterkere føler en jo, men det er kanskje bare mentalt at en tenker at de er».

Opplevelsen av godt samarbeidsforhold mellom SSK og Vennesla deles av en informant fra sykehuset:

«I køh sakene generelt så tror jeg vi kan si at Lister har et greit samarbeidsforhold – grei tone.(...) Knutepunktet har ikke vært noe problem. Vennesla har vært greit. Egentlig har det meste rundt køh vært veldig greit».

Troen og ønsket om å få dette til, har medført at prosessen vært svært pragmatisk drevet fra begge sider, som igjen har medført ett lavt konfliktnivå. Det underveis i prosessen som har vært av skepsis, har ofte ikke å være knyttet til arbeidet mellom SSK og Vennesla, men heller mot de overordnede føringene og planene fra departementet og direktoratet gjennom blant annet kravet til antall liggedøgn. På tross av skepsisen synes det gjennomgående ønske fra begge leire at det er viktig å få på plass et tilbud i fylket for å kunne ha et erfaringsgrunnlag for de senere oppstartene. Ønske om å få tilbudet på plass har vært en viktig faktor som kan ha hindret krangling og glattet over uenigheter - noe som synes å bli bekreftet ved at sykehuset omtaler hele prosjektet i Vennesla som pionerarbeid.

5.2.1 Utarbeidelse delavtale 4

Selve utarbeidelsen av delavtale fire mellom Vennesla og sykehuset foregikk uten store møter og forhandlingsteam og foregikk i stor grad per mail og over telefon. Bakgrunnen for dette var pragmatisk gjennom et ønske om å rasjonalisere prosessen og spare ressurser.

«Litt for å rasjonalisere fra vår side og, for det var vanskelig for oss å sette av folk til nok en gruppe. Vi var jo litt skeptiske til at det skulle bli så mange sånne grupper. Vi så jo for oss kanskje tre sånne prosjekter rundt Flekkefjord, rundt Arendal og rundt Kristiansand. Og så plutselig var det 8-9, og da så vi det at vi har ikke mulighet til å være med alle stedene.

Opplevelsen av dette som en noe annerledes måte å arbeide på deles av kommunen:

«Vi hadde kanskje litt unormale forhandlinger, og fristen var ganske kort, så forhandlingene foregikk på mail og telefon. De som kommer i etterkant og lager KØH (ref.: starter prosessen nå etter Vennesla) har vært i masse møter med sykehuset og kommunene, mens vi hadde stort sett bare forhandlinger per mail og over telefon. Forhandlingene foregikk ved at vi forhandla i forhold til ulike utkast til en avtale. Avtalen gikk fram og tilbake internt i kommunene og internt på sykehuset. Vi jobbet på detaljnivå om hvilke kvalitetskrav og formuleringer som skulle med. To ganger var den muntlig godkjent av SSHF, og vi i kommunen var klar til å skrive under. Men så ble det «omkamper» internt på sykehuset i forhold til enkelte avdelinger som synes at avtalen var for dårlig. Vi var helt på deadline før vi klarte å få den i havn. Men samarbeidet i den prosessen har vært upåklagelig, men det har nok vært fordi vi gjorde det meste på mail og telefon.»

Når informantene i kommunen ble bedt om å forklare hva de synes om denne måten å arbeide på, svarer en:

«Jeg føler det har vært løst og ledig. Lett å snakke, og du kan si det som faller deg inn, og det har vært åpent for alle spørsmål. Alle har kunnet uttrykke sine bekymringer over ting, og vi har fått til presiseringer. Vi har hatt avtaler oppe på skjerm og justert de underveis. (...)Det har vært lettvint, og en grei måte å jobbe på.»

I ettertid ble den signerte utgaven av delavtale 4 for Vennesla et viktig dokument for arbeidet i MFG og som en referanseramme for sykehusets kvalitetsmessige godkjenning av andre kommuners søknader om oppstart til Helsedirektoratet.

5.3 Tillit

I følge Lowndes og Skelcher (1998) vil partenes tillit være blant de viktigste faktorene partene imellom når det kommer til kvaliteten på partnerskapet i veien videre. Samtlige informanter ble spurt om hvordan de oppfattet tillitsforholdene mellom de ulike aktørene.

På spørsmål om man hadde tillit til blant annet det medisinskfaglige i kommunen ved oppstart internt i kommunen, svarte en respondent helt klart:

«Ja, det hadde vi. Ellers hadde vi ikke startet».

Sykehusets skepsis til tilbudet møtte og forståelse i kommunen og blant fastlegene.

«Men jeg skjønnte sykehusets skepsis, og særlig når sykehuset mente ting, så syns jeg det var legitime synspunkter de hadde på det, og jeg synes det var veldig nyttig at sykehuset var kritisk til det vi gjorde, for det må de være for at vi skal få et godt tilbud. Så jeg oppfattet ikke det... det jeg opplevde av dialogen var at den var korrekt... skepsisen var der, og den må være der, slik at en må bryne seg mot den.»

Tilliten til den medisinskfaglige forsvarligheten var og et tema for diskusjon i MFG og i RS gruppen hvor Vennesla deltok. I MFG fikk Vennesla som eneste kommune jevnlig presentere sine synspunkter og progresjon. Parallelt med dette ble progresjonen presentert for RS gruppen. I begge fora var det i starten en betydelig skepsis knyttet til det at Vennesla skulle starte opp alene, selv om denne ikke nødvendigvis var unison. På spørsmålet om hvordan kommunen opplevde sykehusets tillit til sitt arbeid var svaret varierende.

«Egentlig kommer det litt an på hvem som representerer sykehuset. Om det er fagdirektør eller en annen direktør. Fagdirektør opplevde jeg at hadde tro i den forstand at de var positive til at det var godt at noen startet opp så de vet litt om hva det handler om. Men nå vi bare ser på det økonomiske perspektivet ser vi at han har null tro på dette».

Samtidig er det en erkjennelse av at sykehuset består av mange personer og mange enheter:

«Så kan jo vi tillegge dem tanker og meninger som de slett ikke har bare fordi vi tror de har det så hierarkisk eller ikke snakker sammen, så man kan jo få et inntrykk at alle avdelingene på tvers, og liker å gjøre sine ting selv. Sykehuset er ikke en, det er mange (ref.: personer og enheter) tenker vi fra utsiden, så det er ikke sikkert det er sånn. Så tillit... det blir bedre og bedre tillit».

Som en informant fra kommuner beskrev:

«For hadde de visst hva kommunen faktisk gjør så hadde de aldeles ikke vært nervøse for KØH tilbudet. Vi har – som det ble sagt – korttidspasientene vi har i Vennesla ofte mye mer dårligere enn KØH-pasientene, for korttidspasientene har vært inne og hatt eksempelvis en

operasjon på sykehuset og blitt skrevet ut så snart de omtrent er kommet til bevissthet, og da er det fortsatt mye uavklart igjen. Det kan oppstå komplikasjoner, de er veldig dårlige, det er massivt behov for hjelp, mens KØH pasientene er avklart med klar behandling, du vet hva de skal ha og det er en forventning om at innen relativt kort tid skal bli bedre. De som skrives ut fra sykehuset har man ingen forventninger til, de kan ofte bare bli dårligere. Så vi er vant til å håndtere kjempesyke pasienter, men denne verden kjenner ikke sykehuset så godt til. Så i mangel på kunnskap kan de nok være mer skeptiske til o vi driver risikosport, men de hadde nok hatt mer tillit til oss om de hadde hatt mer kunnskap og vica versa.»

Opplevelsen av tillit fra den medisinske faggruppen synes å ha økt i takt med en økende grad av felles forståelse av tilbudets omfang. Problemstillingen knyttet til tillit mellom partene synes i noen grad å ha utspring i kulturforskjeller mellom kommune og sykehus. En informant fra sykehuset beskriver det slikt.

«Men jeg tror nok vi tenkte litt forskjellig... det bar nok mye preg av sykehustenkning, og ikke så mye inn i kommunetenkning. Mye av starten på hele det her handler om det at vi har vært låst i hver våre kulturer. Så vi sykehusleger har nok ikke tenkt kommunalt nok til å begynne med, men vi har nok endra oss ganske betydelig.»

Gjennom den stadige oppdateringen fra Vennesla om status på prosjektet før og under oppstart og videre i dag hvor MFG har tatt på seg rollen som kvalitetssikringsorgan synes tilliten mellom partene å være økende. Skepsisen til kommunen kompetanse oppleves fremdeles å være der, men i mindre grad enn i starten.

Når jeg spurte hvordan informantene opplevde tilbudet i dag rent kvalitetsmessig, svarer samtlige informanter fra både kommunen og sykehuset at den føles trygg og innen de rammene satt av avtalene. En respondent fra sykehuset svarer følgende på spørsmålet om hvordan man opplever sikkerheten i dag.

«ja, jeg opplever det som trygt. Men litt vagt... men jeg kan ikke si jeg ikke opplever det som trygt. Det er jo folk rundt dem hele tiden, og jeg tror jo at det som er skriftliggjort nå i og med at kommunen har fått til den avtalen om at de skal få bruke sykehuslege i forbindelse med diagnostisering.»

Kommunens følelse av tillit til sitt arbeid fra kommunen var noe splittet:

«Ja, de opplever nok den sykepleierfaglige kompetansen som veldig trygg og god, men det er jo et nytt felt for legene og så det jo noen ganger at de føler – ikke med KØH, de har ikke vært de som har krevd mye, men med korttidsplassene som startet opp 1.1.12, så må pasientene mye raskere ut av sykehuset nå, og da vil de som er tilsynsleger som har korttidspasienter oppleve ganske mye mer akutt sykdom nå enn før, så de kjenner nok at det burde være mer legetilsyn til de korttidspasientene. Så det er litt rart at sykehuset på en side ikke har skrupler på å sende ut kjempedårlige pasienter til korttidsplassene eller kommunen generelt – bare få dem ut, for nå har vi det trangt. Mens det at vi selv tar en vurdering på om vi kan behandle dem selv, er de utrolig skeptiske til i forhold».

5.4 Styrkeforhold

Frykten for et mismatch mellom sykehus og kommunene har som tidligere beskrevet av blant annet Veggeland (2013) og Romøren (2011) vært blant de mest fremtredende kritikkene av samhandlingsreformen som helhet, og har og vært ett fokusområde i Vennesla. Øyeblikkelig hjelp på sin side skiller seg fra problemstillingen om utskrivningsklare pasienter ved at tilbudet er styres og driftes av kommunen. Videre er det kommunen selv som sender søknad om godkjenning av oppstart til Helsedirektoratet, dog etter en kvalitativ godkjenning fra sitt regionale helseforetak. Dynamikken og utfallet i dette arbeidet vil derfor potensielt avvike fra arbeidet med delavtale 5 – om retningslinjer for utskrivningsklare pasienter.

5.4.1 Styrkeforhold utarbeidelse Delavtale 4

Selv om delavtale 4 ble utarbeidet administrativt, er består sykehuset av flere enheter, med ulike formeninger. På tross av dette synes det generelle styrkenivået å ha vært relativt likt. Blant punktene som har vært mest omtalt under mitt arbeid, har vært behovet for legetilsyn for pasientene. En informant fra sykehuset opplevde styrkeforholdet følgende:

«Om det ble noe skjevfordeling i den... nei, vi var veldig lite uenige egentlig. Det var ikke en følelse av noe... i alle fall ikke i innledende manøver kan du si. Dette her var jo våren 2012, så kom disse søknadene på bordet, og da reagerte noe av fagmiljøet på at dette ble for løst i fisken, og kanskje ikke ivaretok kvaliteten på den måten det skulle, og det endte opp med at vi hadde en runde med alle disse fire søknadene inkludert Vennesla, og da gjorde vi noen små endringer, men det gikk mer på tilstedeværelse av doktor.. noen små vurderinger. Og den

opplevde jeg at Vennesla tok med en gang. Det var ikke nødvendig å presse de på det, imotsetning til i alle fall et par av de andre søknadene hvor vi faktisk ikke ble enige»

Opplevelsen av liten uenighet deles av kommunen. Samtidig er samhandlingsreformen er et påtvunget partnerskap, noe som kommer frem i problemstillingen rundt legetilsyn for pasientene; Sykehusets krav til legedekning måtte oppfylles for at de kunne gå god for den medisinske kvaliteten på tilbudet. Behovet for dette ble ikke delt av kommunen:

«Men det var sånn at forhandlingene gikk parallelt inne i avdelingen – altså medisinsk, kirurgisk og ortopedisk, altså de avdelingene på sykehuset. For når vi hadde lagt et forslag til avtale sendte man det ut til sine avdelinger, og fikk tilbakemeldinger. Og da var det veldig sprikende syn på hvilke nivå vi skulle ligge på. Så var det jo kommunen hvilke nivå vi så for oss at vi kunne ligge på med tanke på sykepleiere, legedekning og utstyr og slikt. Vi måtte nok svelge noen kameler for å godta at vi skulle ha legetilsyn på huset hver eneste dag, i forhold til at disse korttidspasientene og at tilbudet bare har to senger og det er ikke hver dag det er det. Men legene gikk med på det, men det var med en mentalitet av «må vi, så må vi», så skal vi løse det. Men det var ikke helt den lista de mente det var nødvendig å ha, men det var sånn sykehuset krevde det skulle være.»

For Vennesla sin del, aksepterte man raskt kravet fra sykehuset etter interne samtaler. Denne avgjørelsen ble foretatt svært kort tid før søknadsfristen for oppstart i 2012 gikk ut, og kravet bar derfor preg av å være et ultimatum. Årsaken til at Vennesla godtok dette var derfor i stor grad en strategisk avgjørelse for å kunne motta penger og starte opp i 2012.

5.4.2 Styrkeforhold i medisinsk faggruppe

Mens selve delavtaleavtalen ble forhandlet lokalt mellom SSK og Vennesla, ble Medisinsk Fagutvalg opprettet som et fora for legene. MFG ble en viktig arena i første runde for å utarbeide de medisinskfaglige kjørelinjene for KØH for alle kommunene hvor blant annet kriterier for innleggelser ble diskutert.

MFG består av kommuneleger og fastleger fra hele Agder, og det har vært ett fokusområde på likeverdighet mellom sykehus og kommunene, og det var i oppstarten et viktig kriterium at begge partene skulle være likt representert og være likestilt. Hvorvidt det fungerer i praksis - at alle har like mye og si vil til en viss grad være subjektivt og personlig. Erfaringene fra sykehuset synes å være positive:

«Det var konsensus.. det tror jeg stort sett det var. Det er ikke alltid det er så enkelt, men det er noe med at de skjønner at det er dårlig tid, og så bli fort enige. Det var basert på konsensustenkning – vi går ikke herfra før vi er enige, og vi tar bare med det vi er enige om, så sann sett kan de si at den er moderat og forsiktig.»

Følelsen av likeverd deles av kommunen, og en informant opplyser videre:

«Det er alle overlegene på sykehuset tror jeg. Jeg tror det er 6 leger fra sykehuset og seks leger fra kommunesammenslutningen i Agder. Og det oppleves og helt jevnbyrdig synes jeg. De er veldig lyttende.»

Ved å utarbeide en rapport der leger fra samtlige kommunesammenslutninger bidro, ga og en positiv effekt gjennom økt legitimitet. Kritikken og den potensielle mistilliten man kunne opplevd, synes å ha uteblitt. Dette bekreftes av en informant fra sykehuset omtaler MFG som et suksessutvalg, og utdyper:

«Og arbeidet fungerte godt, og vi var så fornøyde med oss selv at vi fortsetter. Mandatet er levert, men mandatet er utvidet til å være en medisinsk faggruppe som tar stilling til løpende saker som dukker opp.»

5.5 Ansvarlighet

Klar ansvarsfordeling oppleves som et helt sentralt kriteri for et fungerende partnerskap. Tilbudet i Vennesla er forankret i delavtale 4 som omtaler blant annet tilbudets omfang i kommunen, legetjeneste, inklusjons- og eksklusjonskriterier for bruk av tilbudet samt tvistehåndtering. Blant de viktigste punktene følger under pkt. 5.1 pasientgrupper hvor det står:

«Øyeblikkelig hjelp tilbudet skal gjelde pasienter med kjent sykdom som kan behandles på et allmennmedisinsk nivå. Det vil si pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå.(...) Øyeblikkelig hjelp skal gis der dette er et like godt eller bedre alternativ enn sykehusinnleggelse»(Vennesla og SSHF, 2012).

Der delavtale fire la grunnlaget for omfang og, ble problemstillingen utfyllende besvart i rapport 1 fra den medisinske faggruppen som igjen delvis baserer seg på avtalen mellom SSK og Vennesla. I denne rapporten diagnosegrupper, innleggelsesprosedyrer og krav til kompetanse ytterligere utfylt.

I motsetning til ansvarsfordelingen knyttet til utskrivningsklare pasienter, vil kommunen om den føler den ikke har kompetanse eller ressurser til å ta imot en pasient nekte. Avtalen oppleves også som tydelig i kommunen:

«Ansvarsfordelingen er jo ganske tydelig ut fra medisinskfaglig rapport, og hvilken tilstander som skal være på KØH»

Etter at mandatet for den første rapporten ble levert, har som tidligere beskrevet gruppen tatt på seg rollen med kvalitetssikring. Gruppens sammensetning er lik som under det tidligere arbeidet, og representativiteten gir gruppen styrke og legitimitet også i dag.

Passusen om at tilbudet skal gis i kommunen dersom tilbudet er «like godt, eller bedre alternativ enn sykehusinnleggelse» åpner opp for en viss grad av skjønn. I særtilfeller hvor kommunen har følt seg usikre på om pasienter de har tatt imot har vært innenfor dette mandatet, kan nå disse tas opp til evaluert i MFG. Hittil har det vært gjennomført et slikt møte, og erfaringene synes fra utsiden å være gode.

Denne øvelsen synes å ha hatt to virkninger: 1) kontinuerlig evaluering sikrer tilbudets kvalitet gjennom tilpasninger i kommunen om klarere oppfattelse av særtilfeller. 2) Åpenhet og ønske om innspill på hvorvidt arbeidet som gjøres i kommunen føles medisinskfaglig trygt øker kommunens legitimitet og tillit hos sykehuset og resten av Knutepunkt-kommunene.

5.6 Legitimitet

Store Norske Leksikon forklarer legitimitet som at noe er bredt akseptert, enten fordi det er godkjent i lov eller fordi det av andre grunner anses rettmessig eller rettferdig (O. F. Knudsen, 2013). Røiseland og Vabo legger til grunn en forståelse av aksept for handlinger og beslutninger i befolkningen, også når disse går på tvers av deres egne interesser og mål. Videre finnes det ifølge dem mange ulike typer legitimitet, blant annet *byråkratisk legitimitet* som skapes gjennom byråkratiske prosedyrer som er med og sikrer likebehandling og rettsikkerhet (Røiseland & Vabo, 2012, s. 86). På grunn av intervjuutvalget og oppgavens vinkling er det denne formen for legitimitet jeg har valgt å studere. For å besvare spørsmålet om legitimitet, tok jeg utgangspunkt i delavtale 4 samt rapporten fra den medisinske faggruppen som er styringsdokumentene for kommunen. I intervjuene for oppgavene ble informantene spurt hva de tenker om avtalene, og hvordan de opplever den.

5.6.1 Delavtale 4

Som styringsdokument for kommunen er delavtale 4 et viktig dokument for arbeidet i kommunen.

Dersom utarbeidelse av en slik avtale ikke er forankret i organisasjonene, vil det lett kunne føre til misnøye. Utarbeidelsen av dette dokumentet foregikk administrativt innenfor og mellom organisasjonene. En informant på sykehuset opplevde følgende:

«Du føler jo litt på og om sakene er kontroversielt og. Jeg ville jo ikke gjort det med delavtale 5 som går på utskrivningsklare pasienter, for det har vært så forferdelig mye føss, så det er noe med å kjenne på hvor mye prosess skal du kjøre på ulike saker. Du kan ikke tenke matematikk på alle saker, for hvis du skal kjøre bred og omfattende vurdering på alle saker, blir du aldri ferdig, så noen må vi nesten ta administrativt.»

For å sikre oppslutning og legitimitet ble det derfor lagt opp til et tett samarbeid i prosjektgruppen i kommunen om arbeidet med utkastet parallelt, hvorpå nye utkast og endringer ble kontinuerlig presentert og kommentert. Informantene fra kommunen som deltok i prosjektgruppen trekker frem arbeidet som til en viss grad kosmetisk.

«Men du kan si avtalen er veldig sånn at når vi og satt og justerte på den så var det kosmetiske ting som en kanskje har kjent på at det kanskje ikke ville være så store konsekvenser for tilbudet. Det var mer å endre på setninger».

Selv om endringene til en viss grad opplevdes som kosmetiske, har det så langt jeg har oppdaget ikke vært problemer med avtalens legitimitet - det synes derimot at informantene er fornøyd med utfallet av avtalen. En informant fra kommunen uttrykte:

Det ble veldig likt i forhold til hva vi så for oss, og det ble bedre enn jeg hadde håpet å tro på. Det gikk fortere enn jeg hadde håpet å tro på.

Den tette oppfølgingen av arbeidet på delavtale fire lokalt i kommunen gjort at oppslutningen om den synes å være god, selv om det var vanskelig for en del informanter i kommunen å mene noe konkret om avtalens.

Arbeidet med delavtalen fra sykehusets siden oppleves også som greit uten de store konfliktene. Her ble utkastene til delavtalen sendt til de ulike klinikkene for innspill og

endelig godkjenning. Innspill herfra ble oversendt kommunen for kommentarer og innspill. Sykehuset synes også å ha tiltro til avtalens endelige form. På spørsmålet om hvordan en respondent fra sykehuset opplever den endelige avtalen, svarer informanten:

«Det er en avtale som er grei og som det er enighet om fra sykehusets side.»

5.6.2 Medisinsk faggruppe

Gjennom sitt arbeid med den medisinske fagvurderingen av KØH, fikk MFG også en viktig rolle knyttet til å sikre legitimitet til tilbudet. Gjennom å sette sammen gruppen av kommuneleger fra samtlige kommunesammenslutninger og la den være konsensusbasert ble den ferdige rapporten på mange måter forankret i en form for byråkratisk legitimitet. Dette har siden påvirket utarbeidelsen av Delavtale 4 om KØH for kommunene som kom etter Vennesla og Iveland ved sykehuset først signerer på at de går god for tilbudets kvalitet når kommunene godkjenner rapporten fra faggruppen. Rapporten har dermed blitt et viktig verktøy for sykehuset. Som en informant fra sykehuset beskrev det:

«de gamle tre avtalene som ikke ble godkjent og de nye som er kommet i år har vi satt som forutsetning at de aksepterer hele den avtalen fra medisinsk faggruppe. Og den ligger som mal, og om den ikke stemmer på alle punkter, så signerer vi ikke – så der har vi kjørt beinhardt, og der har vi kjørt med makt. Og det har alle akseptert, og det kan vi gjøre fordi de selv har vært med selv å lage den, så det har fungert. Først konsensus – binder opp kommunene, så møtes vi igjen i nye avtaler rundt samme tema. Så ser de det for det første at det er et fornuftig dokument, og samtidig vet vi at kommunene har vært representert, så har det ligget som basis for de nye søknadene som er sendt inn til departementet.»

Der utarbeidelsen av delavtale 4 foregikk lokalt mellom Vennesla og Sykehuset, og involverte mange ulike aktører i kommunen, gikk arbeidet i MFG i stor grad et nivå over prosjektgruppen i Vennesla ved at knutepunktets representant inn i gruppen kom fra Kristiansand. På tross av dette fikk Vennesla delta på møtene på grunn av deres tidlige erfaringer med tilbudet. Dette ga kommunen en stor fordel i å

delta i utformingen av avtalen over andre kommuner som på daværende tidspunkt var mer avventende. Som en informant fra kommunen forteller:

«Da var jeg med henne, og det tror var nyttig for min del og for kommunen og for avtalens form. Jeg gjorde noen grep for avtalen som jeg mener er nøkkelen for avtalen på landsbasis. Vi fikk inn den passusen om at legevaktslege kan skrive i henvisningen at vi gjerne tar imot pasienten på akutt plass når x, y, z er avklart på akutt mottak, slik at disse sengene som kommer rundt i kommunene blir en del av.».

Gjennom intervjuene var det noe vanskelig å få informantene til å mene noe konkret om de mente om den endelige delavtale 4, men det synes klart at opplevelsen av legitimitet må sees i sammenheng med den generelle oppfattelsen av hvordan tilbudet har blitt, hvorpå det synes å være en enighet om at tilbudet har blitt bra.

Det er dog viktig å poengtere det ikke er intervjuet personer fra andre kommuner som siden har måtte godta denne avtalen. Vennesla sin opplevelse av avtalen som legitim og riktig vil derfor ikke nødvendigvis representere andre kommunes oppfattelse. Dette fanges ikke opp i denne oppgaven.

5.7 Antall pasienter:

Under følger en statistikk over bruk av tilbudet til dags dato. Det er her viktig å være klar over at oversikten bygger på statistikk fra tilbudets fire første måneder fra 10.12.12 tom. 26.04.13. Pga. endringer i antall innleggelses og antall døgn siden oppstart vil dekningsgraden derfor endres over tid.

Funnene under må sees i konteksten av et tilbud i etableringsfasen. I løpet av tilbudets fire første måneder etter oppstart har tilbudet behandlet 25 pasienter med til sammen 94 liggedøgn. I beregningene fra helsedirektoratet har Vennesla og

Iveland fått estimert forventede antall

Faktisk antall liggedøgn i kommunen	94
Antall personer	25
Gjennomsnittlig Alder	75,2
Gjennomsnittlig antall liggedøgn	3,76
Forventede liggedøgn i perioden fra staten	259,93
Medianalder	81
Dekningsgrad i kommunen:	36,2 %

Utskrevet til:	Antall
Hjem	15
Korttids	4
Sykehus	2
Døde på KØH-enheten	2

liggedøgn i samme perioden til 254 døgn. Dette gir tilbudet i Vennesla en dekningsgrad etter fire måneder på 36,2 %.

Diagnosene til pasientene som hittil har brukt tilbudet har vært komplekse, men har hittil hatt en stor overvekt av intravenøs behandling. Tilbudet har og fungert som palliasjon i de siste fasene for noen pasienter. Dødsfallene i statistikken baserer seg på terminale pasienter.

Av alle lagt inn på tilbudet har 15 pasienter, tilsvarende 60 %, returnert hjem etter endt behandling. Gjennomsnittlig liggedøgn vil på nåværende tidspunkt være svært utsatt for svingninger på grunn av lavt antall pasienter og variasjoner i antall liggedøgn, men dagens antall på 3,76 døgn per pasient er innenfor hva kommunen forventet.

Oversikt over pasienter og evaluering av om kommunal øyeblikkelig hjelp var riktig behandlingsnivå er gjennomgått og godkjent i Medisinsk faggruppe. Der bekymringen i forkant fra sykehusets siden baserte seg på frykten for at dette tilbudet skulle ende opp med å ta imot pasienter som tidligere ville fått hjelp av hjemmesykepleien i sitt eget hjem, viser gjennomgangen at det motsatte heller er tilfelle ved at kommunen i enkelte tilfeller har tatt imot og behandlet pasienter som egentlig burde fått behandling på innen spesialisthelsetjenesten, noe som støtter opp under frykten for oppgaveglidning presentert tidligere.

5.8 Forslag til utbedringer

Tilbudet er i dag fremdeles langt på vei i en konsolideringsfase, og strukturelle tilpasninger vil derfor naturlig forekomme frem mot 2016 hvor tilbudet blir påbudt for alle kommuner.

På spørsmål om hvordan informantene opplever tilbudet i dag er det en bred enighet om at nøkkelen til suksess for tilbudet ligger i fastlegene. På spørsmålet om hvordan kunnskapen om tilbudet er blant legene, svarer en respondent i kommunen:

«Det varierer og litt. Det handler litt om hvem som er interessert og hvem som kjenner de har et eierforhold til det. De som har vært med på planleggingen vet vi har nok og god nok kunnskap, så er det noen som sover i timen, men som har fått informasjonen. Men vi ser jo at vi igjen og igjen må informere, og det er sånn det er når det er nye ting.»

Ettersom mange pasienter kommer inn på akutteneheten på sykehuset med varierende alvorlighetsgrad, vil enkelte av disse pasientene oppfylle kravene til ett behandlingsopplegg

på ett lavere nivå enn innen spesialisthelsetjenesten. For å hindre unødvendige innleggelser som kommer gjennom akutteneheten, oppstår det også da et behov for god kunnskap om tilbudet og kriterier for bruk blant legene på legevakten i Kristiansand på natt og blant akuttlegene. På samme spørsmål om hvordan kunnskapen er blant legene på sykehuset, er svaret:

«den er for dårlig, men det er jo bare Vennesla hvor dette tilbudet er da, men når disse nye enhetene dukker opp til høsten så må vi informere om det, men per i dag er det helt sikkert for dårlig.»

Problemstillingen knyttet til sykehuset her er todelt. Generell kunnskap om tilbudet og innleggelsesrutiner samt turnuslegers skepsis mot å sende pasienter tilbake til kommunen heller enn å legge de inn på sykehuset for observasjon. Ønske om styrking av akutteneheten med mer erfarne leger mener flere av informantene at vil blant annet kunne bidra til å snu flere pasienter før de defineres som innskrevne.

6.0 Resultater og drøfting

Jeg vil I dette kapittelet trekke frem sentrale funn, og vise sammenhenger mellom problemstilling, empiri og teori. Videre vil jeg forsøke å gi et svar på problemstillingen om hvordan partnerskapet mellom sykehuset og Vennesla og Iveland har fungert gjennom oppstartsfasen.

6.1 KØH i Vennesla som mandatorisk partnerskap?

Samstyring gjennom organisatoriske partnerskap som fenomen har den senere tid fått stor oppmerksomhet internasjonalt og her hjemme. På tross av den store oppmerksomheten, har forskningen i stor grad omhandlet frivillig partnerskap – der begge parter ser fordeler og frivillig ønsker å gå inn i et samarbeid. Tvunget partnerskap som vi nå ser gjennom NAV- og nå sist Samhandlingsreformen er i mindre grad utforsket. Dynamikken i blant annet oppstartsprosessen beviste Lowndes og Skelcher (1998) at ville være ulik den man vil se i frivillige partnerskap. Der det jeg har funnet av litteratur rundt temaet partnerskap i både nasjonal- og internasjonal litteratur har satt et klart skille mellom frivillig og tvunget, representerer Vennesla et interessant case ved at det i utgangspunktet er et mandatorisk

partnerskap regulert gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven. Selv om loven tilsier at tilbudene først skal være ferdig etablert innen 2016, valgte Vennesla på et svært tidlig stadium å etablere tilbudet av egen vilje. Ønsket fra kommunen om å starte opp har medført at mye av karakteristikken av det man vil definere som frivillig samarbeid gjenspeiles i arbeidet i kommunen. På grunn av dette, har dynamikken rundt dette arbeidet i Vennesla blitt opplevd som noe annerledes enn hva man kan forvente. Dette har igjen medført at Vennesla og prosessen potensielt vil kunne skille seg fra hvordan senere tilbud vil fremstå.

Der tvungne partnerskap ifølge Røiseland og Vabo (2012) kan medføre ulike grader av motarbeidelse og neglisjering, valgte Vennesla og proaktivt søke som første kommune i Agder. Dette synes å ha påvirket forhandlingsdynamikken for både arbeidet med delavtale 4 samt arbeidet med rapporten i MFG ved økt mulighet for deltakelse i bestemmelsesfora.

6.2 Legitimitet og flat struktur som kriterie for samhandling?

Hvorvidt tilbudet kommer til å bli en suksess, hviler på flere årsaker. På nåværende tidspunkt vil det bare være mulig å si noe om forutsetningene for at partnerskapet kommer til å fungere. Om vi legger til grunn argumentet til Lowndes og Skelcher (1998) om at partnerskap bare vil overleve dersom det oppleves som nødvendige og så lenge det eksisterer en vilje til å samarbeide blant deltakerne, vil punktene jeg har valgt å studere kunne gi en viss pekepinn.

For Vennesla sin del har det siden oppstart vært en bred oppslutning rundt prosjektet, både blant politikere og i administrasjonen. Troen på-, og ønske om å starte opp veide tyngre enn skepsisen til om man ville klare å fylle plassene. Videre var også sykehuset positive til et pilotprosjekt før andre kommuner planla å starte opp. Ønsket om å kunne starte opp raskt, kan på en side ha medført et kunstig lavt konfliktnivå ved at kravet om legedekning bare ble godtatt. På en annen side har begge sider agert pragmatisk, og vist forståelse for den andre parts valg og forhandlingssituasjon. Denne pragmatismen virker å ha medført at behovet for å utvise makt eller å sette seg på bakbena derfor ikke har vært tilstede fra sykehuset, som igjen har medført en følelse av reelt samarbeid og faktisk likeverd som er noen av kjennetegnene ved frivillig samstyring.

Vennesla har evnet å ta raske avgjørelser underveis i prosessen på grunn av en flat organisasjonsstruktur hvor det har vært lett å snakke med hverandre, og fordi man har hatt *ett* fastlegesenter som har forenklet koordineringen mot legene i kommunen. Skepsisen jeg hadde

ved starten av prosjektet om muligheten for lav legitimitet ved å kjøre forhandlingene administrativt er motbevist i dette caset. Arbeidet frem mot oppstart foregikk gjennom parallelle prosesser både i sykehus, kommune, MFG og i det regionale styringsutvalget i Knutepunkt Sørlandet. Gjennom utbredt møtevirksomhet og aktiv deltakelse fra alle, synes prosessen og vært transparent, og dermed sikret støtte for det videre arbeidet. Arbeidsfordelingen regulert gjennom delavtale 4 og rapporten fra MFG som var utarbeidet i samarbeid mellom kommunene og sykehuset sikret klare ansvarsforhold som alle synes å ha vært enige i.

6.3 Maktbalanse

Samhandlingsreformen blir omtalt som en retningsreform, hvor det og legges opp til lokale variasjoner. Føringer for arbeidet er derfor overordnet, og lokale forhold gjør at resultatet ikke kan forutses. Fordelene ved lokale forhandlinger gjennom skreddersydde løsninger tilpasset kommunens egne demografiske forutsetninger kan – om styrkeforholdet er skjevt eller om det ikke eksisterer hva Knudsen (1993) omtaler som ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet mellom partene, medføre at fordelene bli spist opp, og resultatene ende negativt. Veggeland (2013) og Romøren (2011) sin skepsis knyttet til asymmetrisk maktbalanse innen samhandlingsreformen synes i mindre grad å inntreffe for Vennesla og Iveland sin del knyttet til utarbeidelsen av delavtale 4. Årsakene til dette er sammensatt. Gjennom muligheten til påvirkning av blant annet rapporten fra MFG direkte fra kommunen og ikke gjennom proxy-representanten fra Knutepunktet representert av Kristiansand har man kunnet farge resultatet i større grad enn man kanskje ellers ville kunne ha gjort.

Gjennom det administrative arbeidet gjennomført med delavtale 4, rapporteres det om en god tone med forståelse for hverandres ønsker og valg mellom sykehuset og kommunen. Det synes derfor å ha vært en høy grad av kvalitetsmessig- og ideologisk kompatibilitet i dette arbeidet, noe som ble bekreftet gjennom gjensidig ros for hverandres jobb i denne fasen. Arbeidet i den medisinske faggruppen hadde en noe annerledes – og muligens mer forutsigbar utvikling gjennom større ideologiske skiller mellom det medisinske personellet og kommunen som må forsvare sin generalist-filosofi overfor leger som er vant til å tenke mer som spesialister. Uten at dette er studert nærmere, synes det å ha vært en viktig faktor at det i denne arenaen var sammensatt med en 50/50 deltakelse fra kommunene og helseforetaket, og at avgjørelser ble tatt gjennom konsensus. Observasjonene fra arbeidet rundt MFG bygger i

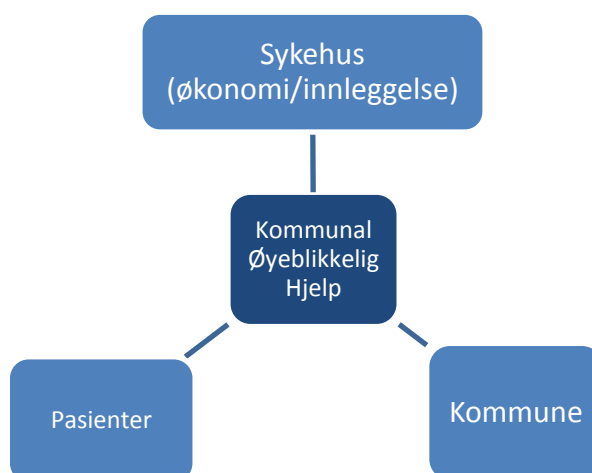
stor grad opp under funn av Ferlie et al. (2005) som gjennomførte en studie av profesjonelle mikrofelleskap innenfor den britiske helsesektoren. Funnene viste at de sosiale og kognitive grensene mellom fagmiljøer påvirker hverandre og kan virke gjensidig forsterkende. Undersøkelsen viste at slike skiller kun var mulig å overvinne der det var en opplevelse av tillit, motivasjon og sosial interaksjon mellom aktørene (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005, s. 131).

Arbeidet om oppstarten av KØH i Agder har markert et skille mellom ønske om større, robuste og sentraliserte enheter på den ene siden og ønske om lokale i hver kommune. Intensjonen slik den står beskrevet i veilederen for oppstart er at tilbudet skal: «*gi bedre behandling til pasienter nærmere der de bor*»(Helsedirektoratet, 2013). Helsedirektoratet har derfor inntil videre valgt å la hver kommune bestemme selv. Tilbudet bærer derfor preg av å være et distriktspolitisk verktøy – like mye som et økonomisk.

6.4 KØH som suksess for hvem?

Dilemmaet om store- kontra små enheter har og en annen side. Hvor skal grensen gå for hvor små enhetene kan være? Og hvor små kan enhetene være og fremdeles være medisinskfaglig forsvarlig? Vennesla og Iveland fremstår som et interessant eksempel i denne diskusjonen. På grunn av kravet om legetilsyn minimum en gang i døgnet som er regulert i avsnitt 7.1 i rapporten fra MFG vil mange kommuner ikke klare økonomisk å bære et slikt tilbud alene.

Svaret kan da være interkommunale samarbeidsavtaler eller vertskommuneavtale som valgt i Vennesla – noe som synes å være en relevant og interessant løsning for mindre kommuner. SSHF har i Agder satt foten ned ved minimum to senger for tilbudene som opprettes i fylket basert på ønske om kvalitetssikkerhet.



Videre oppleves argumentene over like mye som begynnelsen på en større debatt. I sin analyse av partnerskap og nettverk presenterte Prowan og Milward (2001) ett dilemma når det kommer til effekten av nettverk – nemlig hvordan skal man evaluere tilbudet? Hvem skal det være effektivt for?

Gjennom forhandlingsprosessen oppleves dette som ett kjernesporsmål i samtlige fora. Skal tilbudet evalueres fra pasientenes ståsted knyttet til behandlingstilbudet? Skal det evalueres basert på bakgrunn av økonomiske forhold? Om det legges til grunn utelukkende økonomiske motiver, synes oppfatningen blant informantene å være at små enheter i kommunen ikke er lønnsomme, og resultatet kan derfor ende med sentralisering. Diskusjonen om hvorvidt tilbudet er økonomisk forsvarlig er for tidlig å diskutere. Innkjøringsfasen og svingninger i befolkningens allmenntilstand samt kunnskapsnivå ute i kommunene gjør at dette må følges over tid. Alternativet til de mindre lokale enhetene som er opprettet i Vennesla blir en enhet på mellom 15 og 20 senger samlokalisert med legevakta i Kristiansand som ligger vegg i vegg med sykehuset. Selv om dette trolig vil være mer økonomisk lønnsomt gjennom mulighet for stordriftsfordeler om man ser det i et makroperspektiv, vil tilbudet for mange av informantene være vanskelig å godta. Flere av informantene fra kommunen ytret en sterkt skepsis på i hvor stor grad tilbudet i en slik situasjon ville bli brukt, fremfor en direkte innleggelse på et tilbud som ligger på sykehjemmet i kommunen. Hensynet til reiseavstand må derfor også tas med. Om man derimot skal evaluere tilbudet ut fra pasientenes ståsted, synes det på bakgrunn av tilgjengelig data på nåværende tidspunkt å tale for lokale enheter.

På tross av det som en del mener er en skuffende start, har tilbudet allerede gitt synlige og positive ringvirkninger i kommunen. Ved å samlokalisere øyeblikkelig hjelp plassene med korttidsavdelingen har kompetansehevingen blant de ansatte på KØH ifølge informantene medført en bedre kvalitetsmessig behandling også for korttidspasientene ved at man kan tilby en mer omfattende behandling man tidligere ikke hadde kompetanse til også for pasientene som ikke ligger på KØH. Rekruttering til stillinger som sykepleier innen kommunen har lenge vært sett på som krevende, ikke bare for Vennesla, men også for resten av Agder. Denne problematikken ble senest presentert gjennom en spørreundersøkelse gjennomført av NAV i NRK.(Sellevoid & Løchen, 2013). Erfaringene hittil fra Vennesla tyder på at den økte kompetansen, og de mer varierende arbeidsoppgavene som følger med, kan bidra til økt rekruttering til sykehjem ute i kommunene, noe som bekrefter erfaringene fra helsestusene i Nord-Norge, som igjen sikrer arbeidsplasser ute i kommunene. Effekten tilbudet har på den enkelte kommune må derfor også tas med som en faktor i en helhetlig vurdering av tilbudets suksess.

6.5 Organisatorisk og resultatmessig suksess

Hele bakgrunnen for tilbudet hviler på påstanden om at det er for mange unødvendige innleggelser inn i norske sykehus i dag, som dermed kan behandles i kommunen. Argumentene imot at tilbudet vil fungere i Vennesla er flere; argumentet til Jan Emil Kristoffersen (2010) synes å være legitimt; å oppdage unødvendige innleggelser på innleggelsestidspunktet synes krevende pga usikkerheten knyttet til diagnose på daværende tidspunkt. Videre viser forundersøkelser gjennomført i Vennesla blant fastlegene over en periode på halvannen måned høst og tidlig vinter 2011, at av 106 innleggelser, ville bare 18 av disse under visse omstendigheter kunne omtales som unødvendige, noe som tilsvarer 17 % av kommunens totale innleggelsene på sykehuset. At man allerede i dag ligger på en dekningsgrad på 36,2 % som tilsvarer en betraktelig høyere bruk enn hva man estimerte med i forkant er interessant å merke seg. Samtidig dukker spørsmålet opp om hvor mye lengre strikken kan tøyes uten at det går på bekostning av pasientsikkerheten for å fylle plassene. Erfaringene fra Vennesla bekreftes og fra sykehuset om lave rater over feilinnleggelser fra samtlige av kommunene i Agder (Dalane, 2012). Gode resultater til tross; tilbudet hittil kostet betydelig for sykehuset gjennom store kutt i sine budsjetter, uten at man reelt enda har mulighet til å redusere antall senger. Argumentene for å støtte oppstarten i Vennesla er mer sammensatt enn bare ønsket om lærdom i regionen fra sykehusets side. For SSHF representerer KØH en stor økonomisk utfordring gjennom store kutt i sine budsjetter. Ønsket om å støtte en tidlig etablering i Vennesla og Iveland er derfor også delvis fundert på økonomiske incentiver. Midlene sykehuset gjennom avtalen overfører til kommunen, vil først kunne hentes inn igjen i deres budsjetter når kommunen behandler pasienter tilsvarende hva sykehuset mister fra sine budsjetter. Bistand til tidlig oppstart, og rask overgang til en stabil «performance»-fase, vil derfor kunne sikre lavere total kostnader for sykehusene på sikt. Effekten på sykehuset vil dog bli mer synlig etter hvert som stadig flere kommuner starter opp i månedene og årene som kommer. Videre synes det å oppstå et problem ved nasjonale evalueringer for kommuner som allerede fra før av har dokumenterte lave rater av unødvendige innleggelser som kommunene i Agder skal ha like mange innleggelser som kommuner som scorer dårligere på nøyaktighet. For en mer realistisk tilnærming til tilbudet, har flere av informantene ønsket en revidering av fordelingsnøkkelen for å ta høyde for blant annet eksisterende feilinnleggesinnleggesrater og kommunenes demografi.

I stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) presenteres ideen om BEON – best effektive behandlingsnivå, som et tillegg til LEON – lavest effektive omsorgsnivå. Tanken var en mer

helhetlig tenkning med fokus på forebygging, tidlig diagnostikk og behandling, samt oppfølging for å få et mer helhetlig pasientforløp. Pasientene skal motta behandling på det laveste nivået i helsetjenesten som best kan yte bistand. For å oppnå dette i praksis, kreves det et tett samarbeid mellom kommunene og helseforetakene. Det gode arbeidet og de gode resultatene fra Vennesla kan derfor sees på som et sted på veien for å oppnå disse idealene.

7.0 Konklusjon og avsluttende drøftelse

«I hvor stor grad har partnerskapet rundt Kommunal øyeblikkelig hjelp i Vennesla og Iveland fungert i iverksettingsfasen og i hvilke grad har dette bidratt til reduksjon i sykehusinnleggelser?»

Marshall Berman (1983) sa en gang at: «We live in a world where all that is solid melts into air» (Rhodes, 1997), noe som for denne oppgaven synes å være en passende beskrivelse. Caset jeg har studert, beveger seg i grenselandet mellom frivillig og tvunget samarbeid, noe som har gjort det til en spennende utfordring å studere, men samtidig noe utfordrende ved at dynamikken man forventer å se, ikke alltid har vist seg å stemme i praksis. Bruk av teoretiske konsepter har derfor til tider vært krevende.

Om jeg skal forsøke å besvare min problemstilling om i hvor stor grad partnerskapet mellom sykehus og kommune synes å ha fungert, synes det gjennom mine funn at partnerskapet har fungert på organisasjons, og nettverksnivå i de innledende fasene av tilbudet. Samtidig viser og data fra tilbudets første fire måneder at det er langt igjen til det kan kalles en suksess om man velger å se det basert på antall innleggelser. Jeg vil forklare hvorfor.

Etableringen av KØH i Vennesla ble gjennomført med en god faglig klinisk forankring gjennom den medisinske faggruppen nedsatt av OSS på regionalt nivå, noe som synes å ha vært avgjørende for tilbudets suksess i kommunen. Videre ble også de medisinske faglige miljøene gjennom fastleger, kommuneleger og sykepleiere i Vennesla inkludert tidlig i prosessen, noe som medførte en god samhandlingskultur og god faglig forankring også internt i kommunen. Åpenheten og dialogen i prosjektmøtene sikret at usikkerhetsmomenter ble løst tidlig, og på et lavt nivå. Prosessen var videre godt forankret politisk i begge kommunene, noe som sikret god legitimitet og tillit til det administrative arbeidet.

Arbeidet internt i kommunen og i møte med sykehuset synes gjennomgående å ha vært preget av et ønske om å få det til fra alle parter. På tross av utgangspunktet med asymmetriske maktforhold, har Vennesla vist at det rent praktisk er mulig å oppnå god samhandling på tvers av organisasjoner og vertikale styringsnivåer.

Den administrative ledelsen i kommunen har fungert bra, og har hatt en spesielt viktig rolle, gjennom blant annet å sikre god deltakelse og informasjonsflyt. Ledelsen har i forhandlingene vist seg å være handlingsdyktig og dynamisk i møte med sykehuset. Det menneskelige aspektet synes derfor å ha spilt en viktig rolle i prosessen

Argumentet om at kommunen alltid vil være parten som lider under et mektig sykehus synes til en viss grad å kunne utfordres i dette caset. Det tvungne samarbeidet og føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har ikke bare lagt føringer på kommunene, men og bevisst lagt føringer på sykehuset som har vært nødt til delfinansiere prosjektet uten at det finnes garantier for at det vil fungere. Kommunen har derfor hatt en interessant og tilsynelatende god forhandlingsposisjon, gjennom forarbeidene til delavtale 4.

Arbeidet med KØH og delavtale 4 skiller seg også klart fra spørsmålene rundt delavtale 5 om utskrivningsklare pasienter. Der begge delavtalene innebærer overføringa av klare oppgaver fra sykehuset til kommunen, skiller KØH seg ved at kommunen beholder det overordnede ansvaret, og dermed beholder sin autonomi uten å kunne bli overkjørt fra sykehuset.

For at tilbudet ikke skal strande som en administrativ øvelse i tiden fremover, synes det på bakgrunn av erfaringene å være svært viktig å involvere fastleger, legevaktsleger og leger på akutenheten ikke bare i en etableringsfase, men også i det videre arbeidet. Kunnskap og informasjon om tilbudet samt hvilke kriterier som er gjeldende for innskrivning og bruk av tilbudet ut til leger med innskrivningskompetanse må være på plass før legene vil bruke tilbudet. Erfaringene fra Vennesla viser og viktigheten av klar ansvarsfordeling mellom sykehus og kommune. Den utfyllende rapporten fra MFG sikret klare ansvarsforhold om diagnosegrupper og alvorlighetsgrad, som igjen har medført en mindre arena for misnøye og uenighet mellom kommunen og sykehuset.

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven synes Vennesla og Iveland å ha bevist at det er mulig å opprette et godt kvalitativt tilbud med god støtte forankret i kommunen på tross av skjevheter i maktbalansen. På grunn av de gode forutsetningene kommunen hadde i forkant, mente mange at Vennesla ikke bare var en syretest for Agder, men og for resten av landet.

«*Fungerer det her, kan det fungere andre steder også*». At Vennesla synes å lykkes med tilbudet synes å bevise at tilbudet kan la seg opprette på en god måte selv i små kommuner med begrensede administrative ressurser. På tross av suksessen mer det organisatoriske, er kravene fra Helsedirektoratet om antall liggedøgn fremdeles en utfordring. Om man derimot skal evaluere antall innleggelser basert på forundersøkelsene som ble gjort internt i kommunen, har tilbudet hatt en svært positiv start. Dette til tross – etter fire måneders drift ligger kommunen fremdeles langt etter estimatene fra Helsedirektoratet med bare 36,2% dekningsgrad.

Caset Vennesla reiser også et interessant spørsmål om hvorvidt det er lurt for små kommuner å bryte løs fra større samarbeid. For Vennesla er det flere aspekter som har spilt inn, og som vil være relevante også for andre kommuner. Gjennom samlokalisering av KØH- og korttids enhetene ble det sikret en mer robust og større enhet i kommunen. Døgnkontinuerlig legetilgang utfylles av den korte veien fra sykehjemmet og ned til SSK i nødstilfeller sikret pasientsikkerheten. Et lokalt tilbud vil også kunne sikre en større og bredere sykepleierkompetanse som også vil komme korttidspasientene til gode. På tross av fordelene ved å etablere lokalt, er det og svakheter som bør vurderes. Vennesla ligger strategisk plassert som nærmeste kommune til Kristiansand, noe som sikrer kort reisevei ved komplikasjoner. Dette vil ikke være tilfellet for kommuner i med lengre avstand til sitt sykehus, hvor reiseavstanden kan bli et kritisk moment ved akutt forverring for pasientene.

Kan man så si at det var lurt av Vennesla å opprette sitt eget tilbud som første kommune i Agder? Her synes svaret å være ja. Forutsetningene til Vennesla i kombinasjon med den økte påvirkningsmuligheten man fikk gjennom direkte tilgang til MFG, virker å ha veid opp for fordelene ved å avvente en oppstart. Det faktum at barnesykdommene som hittil har dukket opp har blitt håndtert tilsynelatende på en god måte gjennom dialog i blant annet MFG om tvilstilfeller taler til kommunens fordel.

Effektene av tilbudet synes å være omfattende utover bare å opprette ett behandlingstilbud. Gjennom den gode kvalitetsmessige- og ideologiske kompatibiliteten, fremstår resultatet av KØH som resultatet av samhandling slik det var forespeilet gjennom forarbeidene. Resultatet ble derfor mer enn bare samhandling på papiret. På tross av utfordringene som ligger i koordinering av profesjonelle fellesskap, har man her å ha klart å få til en god samhandlingskultur i de kliniske miljøene både i kommunen og på sykehuset på grunn av tillit og motivasjon blant aktørene.

Skal man lykkes med samhandling innenfor faglig tunge virksomheter, synes det på bakgrunn av caset for denne oppgaven å være et kriterie at tilbudene er forankret i de profesjonelle mikrofelleskapene. Dog ikke bare på meso-nivå interorganisatorisk, men og på mikronivå internt i den enkelte kommune. Funnene herfra bygger derfor opp under, og forsterker konklusjonene av Ferlie et al.(2005).

Forhandlingene, og arbeidet med delavtale 4 fremstår videre som en god læringsprosess for både kommune og sykehus gjennom å fremheve diversiteten innad i organisasjonene for hverandre og gjennom dette skape forståelse for hverandres arbeid som kan legges til grunn ved senere samarbeid.

Videre kommer spørsmålet om funnene herfra kan generaliseres. Når jeg startet prosjektet høsten 2012 ble Vennesla presentert som et best case-scenario ved at det var så mange forutsetninger som lå til rette for at det skulle kunne fungere. Når det kommer til muligheten for generalisering av funn fra denne oppgaven, må Flyvbjergs argument om kontekstavhengig viten legges til grunn. Lokale variasjoner som organisasjonsstrukturer og ulik grad av ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet vil spille inn i arbeidet. Samtidig er en del variabler som har vært avgjørende for Vennesla kontekstsuavhengige, som føringene fra direktoratet gjennom den nasjonale veilederen og gjennom lovverk. På bakgrunn av disse argumentene, vil jeg hevde at det er gode muligheter også i andre små kommuner å etablere KØH-tilbud gjennom (gjensidig) samhandling med helseforetakene.

7.1 Forslag til videre forskning

På tross av den senere tids store internasjonale interesse for samstyring og partnerskap synes forskningen mest å omfatte frivillige partnerskap. Forskningen på effekten av tvungne partnerskap synes noe mindre utforsket, spesielt innen helsesektoren. På tross av at dette blant annet i Norge har blitt en utbredt samarbeidsform. NAV-reformen og Samhandlingsreformen er begge eksempler der kommune og stat tvinges til å samarbeide i et stort omfang og med potensielt enorme økonomiske og strukturelle konsekvenser basert til en viss grad på teoretiske forutsetninger reformene tilsynelatende ikke oppfyller. Dessverre er det flere problemstillinger min oppgave ikke har fanget opp, eller hatt mulighet til å gå inn i, og jeg sitter derfor igjen med spørsmål jeg tror kan danne bakteppe for senere forskning:

- 1) Tilbudet Øyeblikkelig hjelp skal innføres av samtlige kommuner i landet innen 2016 gjennom mulighet for lokale variasjoner. På bakgrunn av erfaringene fra min oppgave, tror jeg det kan være et interessant prosjekt å studere hvordan små kommuner håndterer iverksettingen i forhold til store kommuner.
- 2) Ønsket om interkommunalt samarbeid av store, robuste og sentraliserte KØH-enheter presenterer et annet spørsmål. Hvordan organiserer kommunene seg rundt i landet, og gir store og sentrale enheter mer bruk på tross av ofte lange reiseavstander?
- 3) Videre synes det klart gjennom denne oppgaven at arenaen Medisinsk fagutvalg har spilt en viktig rolle ved å invitere kommunelegene med i utarbeidelsen av de medisinskfaglige forholdene knyttet blant annet til diagnosegrupper og lokasjon og dermed sikre legitimitet og tillit til prosessen fra begge sider. Organiseringen gjennom en slik gruppe synes å være unik for SSK og kommunesammenslutning i Agder. En slik organisering anbefales fra Helsedirektoratet, men er ikke pålagt. Hvordan påvirkes samarbeidet mellom kommuner og helseforetak av en slik gruppe kontra fylker som ikke har etablert det?

8.0 Kildeliste

- Aaraas, I., Langfeldt, E., Ersdal, G., & Haga, D. (2000). Sykestuemodellen, nøkkelen til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve! . *Tidsskrift for Den norske legeforening*(6), 702-705.
- Andersen, N. Å. (2006). *Partnerskabelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, S. S. (1997). *Case-studier og generalisering - Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalane, P. K. (2012). *Innleggelsesregistrering Vennesla*. Paper presented at the Foredrag Vennesla legesenter, Vennesla.
- Elander, I. (2002). Partnerships and urban governance. *International Social Science Journal*, 54(172), 191-204.
- Evans, D., & Forbes, T. (2009). Partnerships in health and social care. *Public Policy and Administration*, 24(1), 67-83.
- Fallan, L., & Pettersen, I. J. (2010). Mål og mening? - Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi & finans* 1(1), 99-109.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *The academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Flick, U. (Red.). (2007). *Analyzing qualitative data*. London: SAGE publications Ltd.
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt*. København: Akademisk forlag.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219-245.
- Forskningsrådet. (2012). Om evalueringen av Samhandlingsreformen. fra http://www.forskningsradet.no/prognnett-evasam/Om_evalueringen/1253972204852
- From, J. (2002). Hva er Governance? *Tidsskrift for samfunnsplanlegging, byplan og regional utvikling*, 2002(6).
- Gerring, J. (2004). What is a case study and what is it good for? *American Political Science Review*, 98(2), 341-354.
- Gerring, J. (2011). Mere description. *British journal of political science*, 42(4), 721-746.
- Goldsmith, S., & Eggers, W. (2004). *Governing by networks: The new shape of the public sector*. Washington: The Brookings Institutioun.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen -Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og*

regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.: Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Kommentarer til nasjonal veileder.*: Hentet fra

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Samhandlingsreformen i kortversjon. fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Helsedirektoratet. (2013). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold Veiledningsmateriell.*

Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell/Sider/default.aspx>.

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kenis, P., & Provan, K. G. (2009). Towards an exogenous theory of public network performance.

Public Administration, 87(3), 440-456.

Knudsen, H. (1993). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker - Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo: Tano.

Knudsen, O. F. (2013). Legitimitet. *Store Norske Leksikon.* fra <http://snl.no/legitimitet>

Kooiman, J. (2003). *Governing as Governance.* London: Sage publications.

Lowndes, V., & Skelcher, C. (1998). The dynamics of multi-organizational partnerships: an analysis of changing modes of governance. *Public Administration*, 76(2), 313-333.

Medisinsk faggruppe. (2013). Kommunal øyeblikkelig-hjelp døgnenhet - krav til kvalitet og kompetanse: rapport 1 fra medisinsk faggruppe.

Norsk Institutt for by- og regionforskning. NIBR evaluerer Samhandlingsreformen. fra

<http://www.nibr.no/no/aktuelt/nibr-evaluerer-samhandlingsreformen.aspx>

Pollitt, C., & Hupe, P. (2011). Talking about government. *Public Management Review*, 13(5), 641-658.

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

Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.

Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do Networks Really Work? A framework for evaluating public-sector organizational Networks. *Public Administration Review*, 61(4).

- Rhodes, R. A. W. (1994). The hollowing out of the state: the changing nature of the public service in Britain. *The Political Quarterly*, 65(2), 138–151.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Rodriguez, C., Langley, A., Beland, F., & Denis, J. L. (2007). Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39(2), 150-193.
- Romøren, T. I. (2011). Samhandlingsreformen – et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk sygeplejerforskning*, 1(1), 82-88.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International journal of Integrated Care*, 11(7), 1-8.
- Rose, L. E. (Red.). (2005). *Det kommunale laboratorium: Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring - governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sellevold, T., & Løchen, L. E. W. (2013, 14.05.2013). Stor mangel på sykepleiere, *Nrk.no*. Hentet fra <http://nrk.no/nyheter/distrikt/sorlandet/1.11026596>
- Skodvin, K. G., Aaraas, I., 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.
- Stortinget. Samhandlingsreformen. fra <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=43331>
- Straume, E., & Skarsaune, K. (2000). Sykestuene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6(120), 654.
- Sørlandet sykehus. (2011). Overordnet strategisk samarbeidsutvalg. fra <http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/oss/Sider/side.aspx>
- Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 253-258.
- Veggeland, N. (2013). En midlertidig reform, *Klassekampen*, s. 21.
- Vennesla og SSHF. (2012). *Samarbeidsavtale mellom Sørlandet sykehus HF og Vennesla og Iveland kommune. Etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold 2012. Tillegg til delavtale 4.*: Hentet fra <http://www.vennesla.kommune.no/Documents/Pleie%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Tillegg%20til%20delavtale%204.pdf?epslanguage=no>.
- Westeren, K. I., & Similä, J. O. (2012). Arbeidsnotat: Samhandlingsreformen - styring og organisering

Vedlegg 1: informasjonsskriv

Informasjonsskriv sendt ut per mail til samtlige potensielle informanter.

Hei,

Jeg er masterstudent i statsvitenskap ved Universitetet i Agder og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er Kommunal Øyeblikkelig Hjelp (KØH), og jeg ønsker å undersøke hvordan partnerskapet mellom sykehuset (SSHF) og kommunene Vennesla og Iveland har fungert i de innledende fasene av tilbudet. Jeg er interessert i å finne ut om planleggingen av tilbudet foregikk mellom likeverdige parter.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 10-12 personer tilknyttet planleggingsarbeidet for KØH. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan deltakerne oppfattet forhandlingsprosessen fra sin side.

Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut noe om hvordan blant annet kultur, tillit, forventninger og målforståelse virket inn på forhandlingene og den endelige avtalen som ble fremforhandlet høsten og vinteren 2012.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 15.06.13.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver tilbake per mail og bekrefter deltakelse. Samtykkeerklæring vil signeres før intervjuet starter.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 93 83 09 52, eller sende en e-post til Eirik.brattum@hotmail.no. Du kan også kontakte min veileder Dag Olaf Torjesen ved institutt for statsvitenskap og ledelsesfag på telefonnummer 38 14 15 53, eller e-post dag.o.torjesen@uia.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Eirik Brattum

Gimleveien 10a

4630 Kristiansand

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledningsvis:

- Hva synes du om Kommunal Øyeblikkelig hjelps tilbudet?
- Hvilke forventninger hadde dere til tilbudet i forkant av planleggingsfasen?
 - ble disse forventningene innfridd?
- Hvilke forventninger opplevde du at de andre partene hadde i forkant av forhandlingene?
- Hvilke mål håpet dere å oppnå?
- Føler du at de målene er nådd? (evt kan oppnås med dagens form på tilbudet?)
- Hvordan opplevdes målforståelsen mellom partene i oppstarten? (aligned goals)

Prosedyrer:

- Hvordan opplever du de prosedyrene som ble satt for tilbudet?
- Hvordan opplevdes prosessen som ledet frem til de ferdige prosedyrene?

Risiko:

- Hvordan opplever du risikofordelingen mellom partene i dag? (økonomisk og ressursmessig)

Tillit:

- Hvordan føler du tilliten var mellom partene i forhandlingsfasen?
- Hvordan føler du at partnerskapet har påvirket forholdet til sykehuset / kommunen?
- Hvordan opplevdes de ulike partenes tro på tilbudet som påvirkende på forhandlingsresultatet?

Ansvar:

-Hvordan oppleves ansvarsfordelingen mellom partene slik den ble seende ut? (fornøyd?)

Kommunikasjon

-Hvordan opplevdes kommunikasjonsklimaet mellom partene i forhandlingsfasen? (og i etterkant)

-I hvilke grad vil du si det legges opp til informasjonsutveksling / deles informasjon med andre utenforstående parter? (tenker her på de andre knutepunkt-kommunene)

Kultur:

-Hvordan føler du at partenes ulike kultur har påvirket samarbeidet mellom partene? (underveis og i etterkant av forhandlingene)

Forhandlingene:

-Hvordan opplevde du styrkeforholdet mellom partene i forhandlingene som ledet frem mot oppstarten?

Foregikk forhandlingene mellom likeverdige parter?

-Hvordan føler du styrkeforholdet mellom dere er i dag i den daglige driften?

-Hvordan ble uenigheter mellom partene håndtert underveis i forhandlingsprosessen?

Hvordan blir uenigheter håndtert mellom partene i dag?

-Hvordan opplever du partenes holdninger er i forhold til dette samarbeidet?

-Hvordan opplevdes det å forhandle mot mer enn en part?

-hvordan føler du at informasjon om planene og forhandlingene ble formidlet ut i organisasjonen?

Resultat:

-Hvordan opplever dere pasientenes syn på tilbudet som?

-En av intensjonene med reformen og tilbudet var å øke koordineringen mellom partene. Føler du at dette har skjedd?

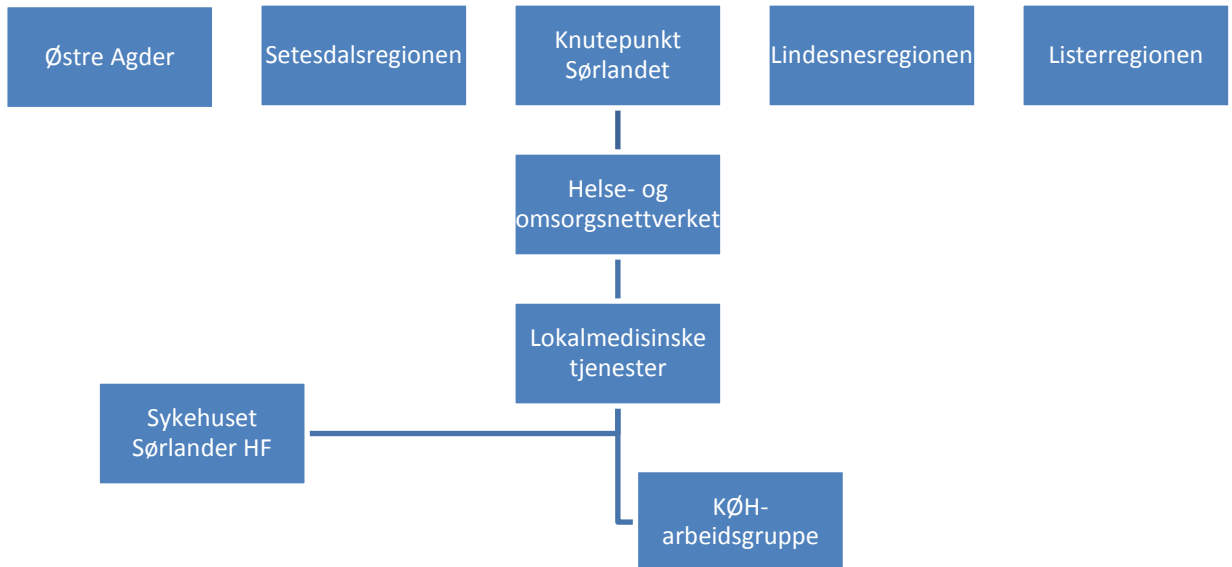
-Vil du si at tilbudet slik det eksisterer i dag innfrir de forventningene til tilbudet?

Helt til sist; er det noe du har lyst å si som vi ikke har kommet inn på enda?

Vedlegg 3: Organisasjonskart

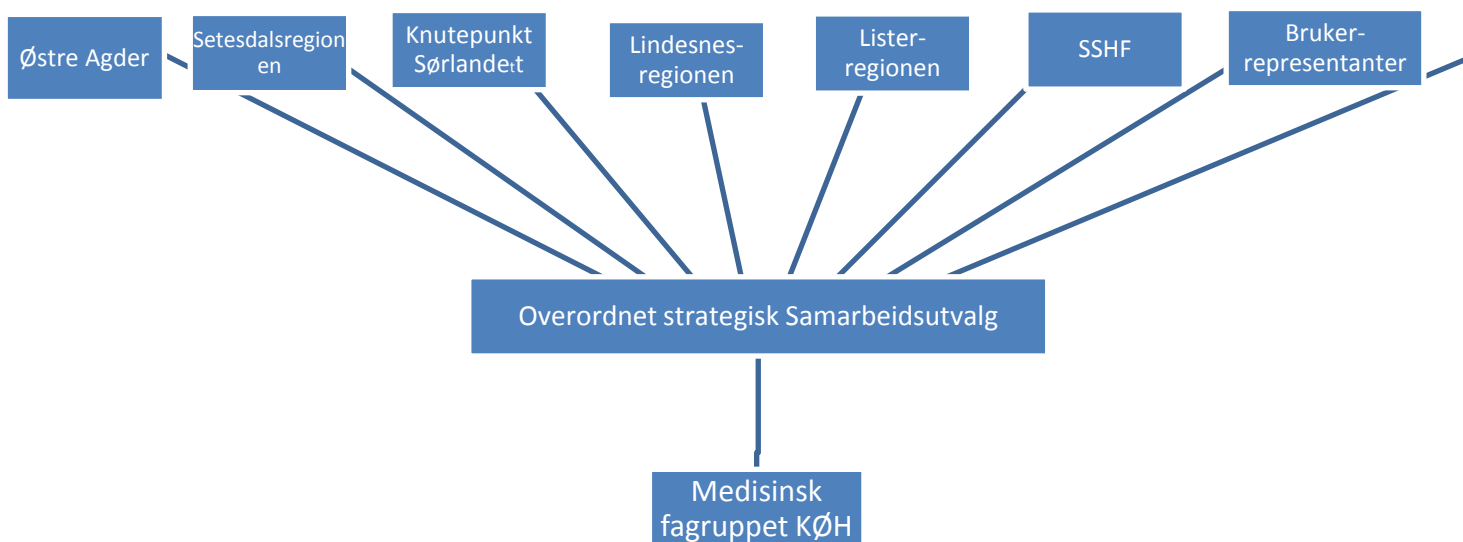
Organisasjonskart *Knutepunkt Sørlandet*

<http://www.knutepunktsorlandet.no/artikkel.aspx?AId=941&back=1&Mid1=59&Mid2=233>



Overordnet Strategisk samarbeidsutvalg (OSS):

<http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/oss/Sider/medlemmer-i-oss.aspx>



Vedlegg 4: Delavtale 4 Vennesla kommune

Tillegg til delavtale 4, SSHF, Vennesla og Iveland

Samarbeidsavtale
mellom
Sørlandets sykehus HF
og
Vennesla og Iveland kommune

Etablering av
kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold
2012

Tillegg til delavtale 4

Revidert avtale.

Godkjent av styringsgruppen (RS) 25.10.12

1. Parter

Denne samarbeidsavtalen om etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØH) er inngått mellom Sørlandets sykehus helseforetak (SSH) og kommunene Vennesla og Iveland.

2. Avtaleperiode

Avtalen om etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold er begrenset til tidsrommet 1.7.2012–1.7.2013. Avtale om eventuell videreutvikling skal være inngått innen 1.6.2013.

3. Bakgrunn og lovgrunnlag for avtalen

Denne avtalen omhandler iverksetting og videre utvikling av kommunale øyeblikkelig hjelp-døgnplasser, basert på delavtale 4, inngått mellom kommunene i Knutepunkt Sørlandet, herunder Vennesla og Iveland kommune og Sørlandet Sykehus HF.

Stortinget vedtok i juni 2011 lov om Helse – og omsorgstjenester. § 3-5 og § 3-1 i denne lov pålegges kommunene å gi øyeblikkelig hjelp til personer som oppholder seg i kommunen. Plikten er utvidet til å gjelde døgnopphold jfr. tredje ledd i § 3-5: *“Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse – og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.”*

4. Formål med og virkeområdet for avtalen

Målet med å opprette kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud, døgnopphold, er å *bedre forløpet* for de aktuelle pasientene som da kan motta hjelp nærmere der de bor. Samtidig vil presset på spesialisthelsetjenestens døgnplasser dempes ved en reduksjon i øyeblikkelig hjelp innleggelser. Den nye tjenesten skal av pasienten oppleves som *bedre eller like god*.

Øyeblikkelig hjelp-tilbudet skal bidra til et mer helhetlig akuttmedisinsk tilbud og det skal være et alternativ for pasienter som kommunene har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til selv.

Gjennom denne avtalen vil partene sikre at etablering og drift av et døgntilbud om øyeblikkelig hjelp for innbyggerne i Vennesla og Iveland kommune starter opp innen utgangen av 2012.

5. Ansvars-, oppgavefordeling og innhold i etableringen

5.1 Pasientgrupper

En forutsetning for at tjenesten blir faglig forsvarlig og kan sikre eller styrke kvaliteten på behandling og pleie, er at pasienter som omfattes av dette, har en avklart diagnose og et funksjonsnivå som kommunen er i stand til å vurdere og behandle, og hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten¹

¹ Jfr. Helse og omsorgsloven § 3-5 og veileder «Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold». Utgitt 02/2012.

Inklusjonskriterier:

Øyeblikkelig hjelp tilbudet skal gjelde pasienter med *kjent sykdom* som kan behandles på et allmenmedisinsk nivå. Det vil si pasienter med *forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå*. Brukerne vil ofte være kronikere med akutt forverring og dermed kjent for kommunen gjennom fastlegen, hjemmesykepleien eller korttidsopphold. Det er funksjonsnivået til pasientene og kompleksiteten i tilstanden som skal avgjøre inklusjon eller eksklusjon. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen skal gis der dette er et like godt eller bedre alternativ enn sykehusinnleggelse. *Se for øvrig veilederen ift. eksempler på konkrete diagnosegrupper.*

Eksklusjonskriterier:

Pasienter som ikke skal henvises til/legges inn til øyeblikkelig hjelp/døgnopphold må vurderes ut fra hvorvidt en har en sikker/avklart diagnose med lite fare for akutt forverring. Der legen er usikkert på om det er forsvarlig omsorgsnivå i det kommunale ø-hjelps tilbudet må legen kontakte kommunens vaktssykepleiere (fast tlf.nr) som kan bistå i vurderingen. Det vises for øvrig til veilederen ift. eksempler på diagnosegrupper som ikke er tenkt et kommunalt ø-hjelpstilbud.

5.2 Organisering

Vennesla kommune, som vertskommune for Vennesla og Iveland legevakt, vil stå ansvarlig for etablering og drift av tilbudet.

Arbeidet fram mot oppstart organiseres som et prosjekt der mandat, oppgaver og arbeidsform for gruppa skal være ferdig innen 1. oktober 2012. Styringsgruppen er Regionalt samarbeidsutvalg (RS) for Knutepunktet.

Det opprettes en arbeidsgruppe – heretter kalt faggruppen - med helsefaglig representasjon fra Sørlandets sykehus HF og Vennesla og Iveland Legevakt, samt Kristiansand Legevakt der avgjørelser kan få innvirkning på legevaktstilbudet/samarbeidet på natt. Faggruppen skal kvalitetssikre oppstart, delta i videre utvikling av tilbudet og evaluere deletableringen. Faggruppen skal ha et nært samarbeid med tilsvarende faggruppe for Knutepunktet.

Følgende premisser skal ligge til grunn:

- Tilbudet starter opp den 10. desember 2012.
- Det medisinsk – faglige og organisatoriske ansvar for etablering og drift legges til Vennesla kommune.
- Det etableres to senger i lokalene til Venneslaheimen omsorgssenter, tilknyttet korttidsavdelingen.
- Alle pasienter skal tilses av lege før innleggelse til øyeblikkelig hjelp enheten, senest ved mottak på denne.
- Vedtak om innleggelse av pasienter i øyeblikkelig hjelp døgn – sengene (KØH) kan treffes av fastleger, legevaktsleger og tilsynslegene. Sykehuslegene på bakvaktsnivå (LIS-lege) kan etter avtale og i samarbeid med legevaktslegene i Vennesla henvise pasienter til kommunens øyeblikkelig hjelp døgnstilbud. Dette forutsetter at Vennesla legevaktslege godkjenner/kvalitetssikrer innleggelsen og er ansvarshavende for pasienten.
 - Tlf. til Vennesla/Iveland legevakt: 381 56666/direkte 381 50135).

- Pasientene skal sikres daglig observasjon, og rask diagnostikk og igangsetting av behandling.
- Det utføres daglig legevisitt til alle pasienter som er lagt inn som ø-hjelp
- Det skal innen ett døgn tas stilling til videre behandling av pasienten.
- Sykehuslegenes rolle i det kliniske arbeidet skal fortsatt følge dagens praksis ift veiledning, jfr. § 6-3. i lov om Spesialisthelsetjenester.²
- Ved klinisk usikkerhet skal det være lege-til-lege kontakt.

5.3 Legetjenesten

Vennesla kommune har landets største fastlegesenter med 14 leger samlet i felles etasje på Helse og velferdssenteret. Dette gir oss et unikt fortrinn sammenlignet med mange andre kommuner. Kommunen har allerede i flere tiår hatt en unik medisinskfaglig samhandling med samling av alle legene i kommunen og tett samarbeid med kommunens helse og omsorgstjeneste, i tillegg til det langvarige interkommunale samarbeidet mellom Iveland og Vennesla. Alle fastlegene, tilsynslegene og legevaktslegene i Vennesla og Iveland har i tillegg felles pasientjournalssystem, som sikrer at innskrivende lege har tilgang til alle pasientjournaler for innbyggerne i Vennesla og Iveland. Dette er et kvalitetsmessig stort fortrinn for å sikre at nødvendige pasientopplysninger er tilgjengelig for innskrivende lege.

Legene i Vennesla og Iveland vil derfor ha mulighet til å gjøre en trygg og grundig vurdering av pasientens helsetilstand før innskriving til øyeblikkelig hjelp-tilbudet ved Venneslaheimen, og slik at risikoen for å legge inn pasienter med fare for akutt forverring blir redusert. For å sikre tilstrekkelig legetilsyn vil Kommunen fra 1.9.12 øke tilsynslegetimene med ca. 9 timer per uke. Pasienter på akutt plassene ved Venneslaheimen vil ha tilgjengelig lege 3-4 dager i uken, samt daglig mulighet for telefonisk konsultasjon med tilsynslegene, også etter normal arbeidstid. Oppstår det noe akutt på dag/kveld vil legevakten eventuelt tilsynslegene rykke ut dersom pasienten ikke er i stand til å komme til legevakten. Fastlegene og legevaktslegene ved Vennesla og Iveland legevakt er tilgjengelige fra 08-23 hver dag og hele året. Utrykningstid er satt til < 30 min. Vi anser det per i dag ikke som nødvendig å ha lege fast til stede på natt ift. akutt plassene.

Etter kl. 23 må eventuelt innleggelse og oppfølging av pasienter til øyeblikkelig hjelp-sengene i Vennesla skje via legevaktslege i Kristiansand. Det er ikke sannsynlig at behovet for legetilsyn på natt blir større etter etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud. Dette begrunnes med at kommunens leger kun skal skrive inn/ta imot pasienter som har en kjent og stabil diagnose og har et funksjonsnivå som kommunen er i stand til å behandle, og hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten (jfr. punkt 5.1). Legevaktsamarbeidet med vertskommunen Kristiansand forventes videreført som i dag og vil på lik linje med kommunens leger ha mulighet til innskriving til ø-hjelpssenger i Vennesla kommune. Også ved slike tilfeller må pasienten i prinsippet tilses av lege før innleggelse i ø-hjelp-sengene. Unntaket kan være pasienter der det er avtalt "åpen innleggelse" for observasjon, eks. kreftpasienter med ukontrollerte symptomer. Skulle det vise seg at bruken

²Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten: Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. § 6-3. / lov om Spesialisthelsetjenester:

av nattlegevakten i Kristiansand opplever økt press av pasienter fra Vennesla og Iveland etter oppstart av ø-hjelpssenger vil det gi grunnlag for revidering av denne avtalen.

5.4 Sykepleie, - og fysioterapifaglig tjenester

Partene er enige om at tilgang på sykepleiefaglig kompetanse på døgnbasis er en forutsetning for dette tilbudet. Fysioterapitjeneste skal være tilgjengelig daglig/ved behov.

Nærmere rutiner for kompetanseoverføring skal beskrives i delavtale 6 og 7, se pkt. 5.5.

5.5 Kompetansekrav

Delavtale 6 og 7 regulerer samarbeid om kompetanseoverføring.

Det skal videre utarbeides en konkret plan for kompetanseheving og kursopplegg for Vennesla kommune i samarbeid med de andre Knutepunkt kommunene og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjeneste vil være viktig samarbeidspartner for både kommunen og SSHF.

SSHF forplikter seg til å bidra med kompetanseoverføring for Knutepunktregionen i tråd med avtalt framdriftsplan i fagutvalgene for delavtale 6. Opplegget må videreutvikles og revideres etter hvert som en inkluderer flere pasientgrupper i tilbudet.

5.6 Støttefunksjoner og behov for utstyr

Partene er enige om at det skal utarbeides en detaljert oversikt over støttefunksjoner og utstyr som er nødvendig.

Vennesla kommune er ansvarlig for at helsepersonellet som yter helsehjelp i KØH-tilbudet, har tilgang til et forsvarlig pasientjournalssystem for KØH i sykehjem.

Partene vil ta i bruk elektronisk meldingsutveksling i tråd med det som er utviklet og tilgjengelig.

6. Sikring og utvikling av kvalitet og evaluering

Tjenesten skal være faglig forsvarlig og oppleves like god eller bedre av pasienten som trenger øyeblikkelig hjelp. Tjenesten blir dermed et godt alternativ til innleggelse på sykehus for de aktuelle pasientgruppene. Med utgangspunkt i pasientens tilstand forplikter partene seg til å lage pasientforløp/ behandlingslinjer som beskriver hvor pasienten skal behandles, på sykehus eller i kommunal øyeblikkelig enhet. Partene vil over tid i fellesskap utvikle forløp og kriterier for flere pasientgrupper fortløpende basert på dokumentasjon som framkommer gjennom systematisk evaluering.

Partene forplikter seg i fellesskap å:

- Jobbe målrettet for å utarbeide og iverksette behandlingslinjer hjem – til hjem, som beskrivelser av gode pasientforløp (- utviklet gjennom Knutepunktprosjekt om Lokalmedisinske tjenester)
- Ta i bruk relevante kvalitetsindikatorer og styringsparametre
- Tydeliggjøre ansvars plassering, rutiner og informasjonsflyt
- Plan for kompetanseutvikling må samordnes med prosjektet i delavtale 6

7. Økonomi

7.1 Grunnlaget for finansiering av tilbudet

Denne etableringen bygger på regelverket som Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) har lagt opp til for finansiering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen 2016. Avtalen forutsetter at kommunene får overført midler fra Helse Sør Øst og statlige myndigheter i tråd med Helsedirektoratets tilskuddsordning og veiledningsmaterieil.

Beregningsgrunnlaget tilsier at kommunene Vennesla og Iveland skal få overført ca. 3 millioner i friske midler (jfr. Veilederen for ø-hjelpstilbud, siste vedlegg) når tilbudet er etablert. Helse Sør Øst utbetaler sin halvpart fra 1.1.13. Helsedirektoratet utbetaler sin andel fra september 2012. Dette fordeler seg slik:

Kommune	Tildeling kr. full utbygging	Ant liggedøgn full utbygging
1014 Vennesla	2 703 000	624
0935 Iveland	260 000	60

Dette forplikter nevnte kommuner innen 2016 å etablere et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgntilbud med et volum på 684 liggedøgn/365 som utgjør 1,87 senger dvs. 2 senger.

7.2 Tilskudd fra Helse Sør - Øst

Vilkåret for å utløse midler til investering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra regionalt helseforetak (Helse Sør – Øst) er at nevnte kommuner har fått tilsagn om tilskudd fra Helsedirektoratet, og at tilbudet er etablert.

Dersom nevnte kommuner har fått tilskudd i tråd med beregningsgrunnlaget som er gitt i statlige kriterier, og startet opp med pasientbehandling innen 10.12.12, vil Helse Sør – Øst i samarbeid med HOD gi kommunene tilskudd i tråd med beregningsgrunnlaget.

7.3 Utgiftsfordeling mellom kommunene

Fordeling av utgiftene mellom kommunene følger den statlige fordelingsnøkkelen som er gitt i veiledningsmaterieillet. Det utarbeides budsjett og regnskap på vanlig måte. Midlene fra Helsedirektoratet og Helse Sør – Øst tildeles den enkelte kommune.

8. Kontinuitet i tilbudet om øyeblikkelig hjelp

Tilbudet som gis på SSHF for de pasientene som er aktuelle for døgntilbudet i kommunene skal opprettholdes inntil tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert (jfr. pkt. 6 i delavtale 1.) Dette vurderes av faggruppen.

9. Informasjon og kommunikasjon

Partene er enige om at øyeblikkelig hjelp døgntilbudet sikres god forankring.

Ansatte i Vennesla og Iveland vil få informasjon gjennom personalmøter samt oppslag på arbeidsplassen.

Innbyggerne og pasientene vil få informasjon gjennom publisering av endringen i tilbud i lokalavisen "Vennesla Tidende" samt informasjon via fastlegen. Det utarbeides også eget infoskriv.

Fastlegene vil få informasjon gjennom fast samarbeidsmøte, gjennom kommunelegen og gjennom tilsynslegene som er tilknyttet omsorgssentrene. Legevakten for Vennesla og Iveland vil få informasjon på samme måte som fastlegene da dette er de samme personene.

Legevakten i Kristiansand vil få informasjon gjennom faggruppen, Knutepunktnettverket og kommunelegen i Vennesla samt gjennom samhandlingskoordinator ved SSHF.

Andre samarbeidspartnere vil få informasjon gjennom media eller informasjonsbrosjyre. Vi har også jevnlig samarbeidsmøter med samarbeidspartnere og det vil da være naturlig å informere om KØH-plassene. Sykehuset har selv ansvaret for og informerer aktuelle ansatte om endringen og avtalen.

Begge parter forplikter seg til å sikre at denne kunnskap blir formidlet til alle involverte ansatte på begge nivå.

10. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Pasient – og brukerorganisasjoner involveres i tråd med den overordnede samarbeidsavtalen.

11. Evaluering

Tilbudet vil bli evaluert etter nærmere avtalte prosedyrer mellom partene.

Partene forplikter seg til fortløpende å dele informasjon og kunnskap om pasientdata jfr. pkt. 5.2 og pkt. 6 i denne avtalen, og delavtale 14 om styringsdata.

Partene er enige om at en viktig indikator ved evalueringa er om det er oppnådd en reduksjon i antall innleggelse i sykehuset for aktuelle pasientgrupper kommunene som er omfattet av denne avtalen. Flere tiltak og indikatorer for god overvåking av tilbudet vil bli utviklet gjennom gitte kriterier av medisinsk – faglig prosjektgruppe (jf. pkt. 6).

12. Håndtering av avvik

Faggruppen skal behandle og lukke ulike avvik som blir meldt i forbindelse med døgntilbudet i kommunen, jf. punkt 5.1 For øvrig vises til punktet om avvikshåndtering i samarbeidsavtalen, og egen delavtale 12 om avvikshåndtering som blir vedtatt i løpet av 2. halvår 2012.

13. Håndtering av uenighet – tvisteløsning

Uenighet mellom partene skal primært løses gjennom dialog på lavest mulig nivå. For øvrig vises til punktet om uenighet og konflikthåndtering i samarbeidsavtalen, og egen delavtale 13 om uenighet og konflikthåndtering som blir vedtatt i løpet av 2. halvår 2012.

14. Mislighold av avtalen

Dersom en av partene misligholder sin del av avtalen, og dette fører til dokumentert tap hos den andre part, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen.

15. Varighet, revisjon og mulighet for oppsigelse av avtalen

Partene skal evaluere avtalen i forbindelse med inngåelse av avtale om deletablering, trinn 2 med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 1. ledd. Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen blir endret.

Avtalen kan sies opp med 3 måneders frist, jf. Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5, 2. ledd. Dersom en av partene sier opp avtalen skal Sørlandets sykehus HF varsle Helse Sør – Øst RHF. Helse Sør – Øst RHF skal varsle Helsedirektoratet, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 2. ledd, 6

16. Varighet, revisjon og mulighet for oppsigelse av avtalen


Partene skal evaluere avtalen før eventuell videreutvikling innen 1.6.2013, med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 1. ledd. Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen blir endret.

Avtalen kan sies opp med frist på 3 måneder, jf. Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5, 2. ledd. Dersom en av partene sier opp avtalen skal SSHF varsle Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF skal varsle Helsedirektoratet, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 2. ledd.

Vennesla, 07.11.2012

VENNESLA KOMMUNE


Svein Skisland
Rådmann
Vertskommunen Vennesla kommune


Sten Albert Reisænnen
Rådmann
Iveland kommune


Sørlandets Sykehus HF
Fagdirektør
Per Engstrand
Fagdirektør
Sørlandets sykehus HF