

Ingen fare for kø i kommunal øyeblikkelig hjelp

En komparativ studie av etableringen av «Kommunal øyeblikkelig hjelp»
i de tre største byene på Sørlandet

Eva-Lill Bjørklund

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, 2015

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for Statsvitenskap og ledelse

Forord

Masteroppgaven i Statsvitenskap og ledelse representerer en avslutting av 5 og et halvt års studie ved Universitetet i Agder. Arbeidet med masteroppgaven har vært lærerik, og det har gitt meg innsikt i en bit av helsektoren som er forholdvis ny og vil bli lovpålagt av alle norske kommuner fra 2016. Studieløpet i Statsvitenskap og ledelse har mange berøringspunkter som kan kjennes igjen i Samhandlingsreformen. Reformen har elementer fra blant annet endringsledelse og jus, og det kan ses i lys av samfunnsøkonomiske motiver (NPM). Men mest av alt legger reformen opp til partnerskap mellom sykehus og kommune som forbeholder en gjensidig tilpassing.

Jeg vil takke min veileder Dag Olaf Torjesen for god hjelp til teoretisk tilnærming av tema - i en ellers så praktisk hjerne. Det har vært en lærerik prosess. Takk til alle dere som stilt til intervju og bidratt i samtaler. Det har vært en glede å treffe dere og lytte til dere.

Takk studievenner for gode samtaler og innspill, særlig til Mette Næser Seldal som til tross for egne studer i «International Management» har hørt på og diskutert Samhandlingsreformen. Takk til dere som har bidratt med korrekturlesing nå i sluttspurten, det har vært helt uunnværlig. Til sist vil jeg takke min mann Per Steinar for å støtte og god tro...

Innhold

FORORD	1
1. INNLEDNING	4
1.1 HVORFOR DENNE STUDIEN?	5
2. PROBLEMSTILLING	6
2.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
3. TEORETISK RAMMEVERK	7
3.1 DEFINISJON AV SAMHANDLING OG SAMARBEID	7
3.2 HVA ER KOMMUNAL ØYEBLICKELIG HJELP, OG HVEM SKAL LIGGE DER?	8
3.3 BAKGRUNN FOR ETABLERINGEN AV KØH	9
3.3.1 Organiseringen av helsetjenestene i Norge	9
3.3.2 Samhandlingsreformen	10
3.4 HVA BETYR KOORDINERING?	11
3.5 VERTSKOMMUNEMODELLEN	13
3.6 UTFORDRING VED ETABLERING AV KØH SETT I LYS AV AKTUELL TEORI	14
3.6.1 Enkle ideer og komplekse organisasjoner	14
3.6.2 Mennesker og organisasjonsstruktur	15
3.6.3 Kommunene får større ansvar	16
3.6.4 En eller flere koordineringsmekanismer for helsesektoren?	16
3.6.5 The pigeonholing process.....	18
4. STYRINGS- OG KOORDINERINGSVIRKEMIDLER FOR KØH I LYS AV TEORI	20
4.1 VEILEDNINGSMATERIELL SOM STANDARDISERING AV ARBEIDSPROSESS	21
4.2 NETTVERK OG GJENSIDIG TILPASSING	22
4.3 SAMARBEIDSAVtaler BERØRER FLERE KOORDINERINGSMEKANISMER	23
4.4 NYTT LOVVERK DANNER RAMMEN	23
4.5 KRAV TIL KOMPETANSE, LEGEDEKNING OG VAKTORDNINGER	24
4.6 ØKONOMISKE FØRINGER OG SPLEISELAG	25
5. METODE	26
5.1 CASE SOM FORSKNINGSDESIGN OG STRATEGI	27
5.2 DOKUMENTANALYSE	29
5.3 STRATEGISK VALG AV INFORMANTER OG FRAMGANGSMÅTER FOR KONTAKT	30
5.4 NÆRMERE OM GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE	31
5.5 TRANSKRIBERING	32
5.6 TOLKNING OG ANALYSESTRATEGI	33
5.7 METODENS KVALITET – OM VALIDITET OG RELIABILITET	34
5.8 ETISKE HENSYN	36
6. EMPIRI OG ANALYSE	37
6.1 SAMHANDLINGSREFORMENS RAMMER OG KRAV	38
6.1.1 Dagen modell for Kommunal øyeblikkelig hjelp	38
6.1.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud som virkemiddel for Samhandlingsreformen	39
6.1.3 Loven skal sikre ressursbruk og understøtte samarbeid	40
6.1.1 Samarbeidsavtaler og interkommunalt samarbeid ved de tre KØH-enhetene	42
6.1.2 Samarbeidsgrupper som har betydning for opprettelsen av KØH	43
6.1.3 Økonomiske faktorer og spleiselag	43

6.2	PRESENTASJON AV ANALYSEENHETENE	44
6.2.1	Flekkefjord som vertskommune.....	44
6.2.2	Kristiansand kommune.....	45
6.2.3	Arendal kommune.....	45
6.2.4	Helseforetaket Sørlandet Sykehus	46
6.3	UTFORDRINGER SLIK DET ERFARES MED SAMORDNING OG HIERARKISKE FØRINGER	48
6.4	STANDARDISERING AV ARBEIDSPROCESS MØTER MOTSTAND HOS LEGEPROFESJONEN MED SITT FAGLIGE SKJØNN	53
6.5	UTFORDRINGER KNYTTET TIL GJENSIDIG TILPASSING	55
6.5.1	Kommunikasjon og datasystem	56
6.6	SAMARBEID OG OPPFATNINGER AV KULTUR.....	58
6.7	UTFORDRINGER KNYTTET TIL «OUTPUT» OG «OUTCOME»	63
7.	DRØFTING	66
7.1	GJENSIDIG TILPASSING OG STANDARDISERING	67
7.2	KOMPETANSEKRAV TIL KOMMUNENE – «INPUT» OG «OUTPUT»	68
7.3	DET ER IKKE NOEN FELLES FORSTÅELSE AV INNFRØRINGEN AV TILBUDET OM KØH	70
7.4	ASYMMETRISK FORHOLD MELLOM KOMMUNE OG SYKEHUS?	71
7.5	LOVPÅLEGG	73
7.6	PENGESTRØMMEN	75
7.7	KOMMUNENE HAR FÅTT NY ROLLE?	76
7.8	ANDRE UTFORDRINGER	77
8.	AVSLUTNING OG OPPSUMMERING	77
9.	LITTERATURLISTE.....	83
VEDLEGG 1	86
VEDLEGG 2	90
VEDLEGG 3	91

1. Innledning

En bedre samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten skal effektivisere ressursene i helsesektoren. Ansvaret for pasientene blir fordelt på to nivå; primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten, mens spesialisthelsetjenestene er underlagt et av de fire regionale helseforetakene. Helt siden den forrige kommunehelseloven ble iverksatt på 80-tallet, har det vært et dårlig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten (Heløe & Ånstad, 2007; Prop. 91 L, 2010–2011). Det er en kjent sak at befolkningen i Norge blir stadig eldre (St. meld 16 2010-2011, 2011). Mot slutten av livet blir også flere syke og har behov for koordinerte helsetjenester som omfatter begge forvaltningsnivåene.

I kjølevannet av innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 kom en rekke endringer som skulle på plass for å forbedre samhandlingen rundt pasienter mellom sykehus og kommuner. Disse skulle også gi kommunene et større ansvar og nye helsetjenester. En av disse er «Kommunal øyeblikkelig hjelp» som skal bidra til at flere pasienter, istedenfor å behandles i sykehus, skal behandles i kommunene. Øyeblikkelig hjelp tilbud er først og fremst tiltenkt eldre pasienter og kronikere. Det betyr at kommunene også må rustes til å ta i mot dårligere pasienter og dermed redusere sykehusinnleggelse. Det er en kjent sak at døgnratene for pasienter er mindre i kommunene enn på sykehus, slik at det her også er snakk om å redusere kostbare sykehusinnleggelse (Romøren, Torjesen, & Landmark, 2011). Med kommunal øyeblikkelig hjelp menes et tilbud til personer som har et behov for hjelp, som er påtrengende nødvendig og som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Tilbudet skal fases inn i løpet av fire år: 2012-2015 (Prop. 91 L, 2010–2011). Tradisjonelt har samarbeidsordninger alltid eksistert i helse-Norge. Det må til for å sikre riktig behandling av pasienten og gode overganger mellom hjem, sykehus og kommunale helsetjenester. Samarbeid om akuttmedisinske tjenester er som kjent på plass i dagens legevaktordning. Her finnes et etablert samarbeid mellom de kommunale legevaktene og akuttmottaket, som drives av helseforetakene. Et tredje alternativ etableres nå av kommunene i Norge. Dette er i første omgang hovedsakelig beregnet på eldre og ulike kronikergrupper, som kan unngå sykehusinnleggelse. Kommunal øyeblikkelig hjelp representerer en sammenheng med øvrige tjenester, men er rettet mot pasienter som et tilbud *før* og istedenfor sykehusinnleggelse og ikke for utskrivningsklare pasienter.

Kommunene har ansvar for å sørge for forsvarlige tjenester etter helse- og omsorgsloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Denne omfatter også ansvar for å sikre tilstrekkelige legetjenester i samband med det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Så hvordan organiserer så de ulike kommunene dette? Og hvilke problemer kan organiseringen føre til? Jeg vil rette blikket mot organiseringen knyttet til kommunal øyeblikkelig hjelp.

1.1 Hvorfor denne studien?

Studien er interessant fordi den vil søke å belyse et tilbakevendende og svært aktuelt problem innen helsevesenet; koordinering og samarbeid mellom ulike etater og nivåer. I tillegg er den aktuell fordi man har mulighet til å sammenligne data fra ulike institusjoner og se faktorer som er like og hva som skiller seg ut. Kanskje det er mulig å dra læring fra en etablering og over til en annen? Studien er aktuell fordi den handler om samordning mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, hvordan de skal møte den framtidige eldrebølgen og kanskje studien kan bidra til å forstå de utfordringene de møter. Muligens kan studien peke ut typiske virkemidler for å unngå opphoping av pasienter på sykehus.

2. Problemstilling

Masteroppgaven omfatter et nytt område innenfor «Samhandlingsreformen», kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KØH). Kommunene har plikt til å tilby sine innbyggere et tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet etter helse- og omsorgsloven også før 1.1.2016. Tilbudet er finansiert som en slags spleisepakke mellom spesialistsykehusene og staten fram til 2016, og samstyringen er pålagt av sentrale helsemyndigheter.

I denne studien har jeg valgt å forske på utbygging av øyeblikkelig hjelp-tilbudet i tre byer på Sørlandet. Dette er med andre ord en studie om hvordan tilbudet blir betraktet av dem som har vært involvert med å få det på plass ved tre KØH-enheter. På denne bakgrunn er oppgavens nærmere problemstilling tredelt:

- For det første hvordan spesialistsykehus og kommunehelsetjenesten har samarbeidet om iverksetting av øyeblikkelig hjelp i tre byregioner på Sørlandet, dvs. Arendal, Kristiansand og Flekkefjord.
- For det andre hvordan tilbudet med kommunal øyeblikkelig hjelp har fungert i en tidlig iverksettingsfase i disse byregionene
- For det tredje hvordan organisering og funksjonalitet har variert mellom disse tre stedene.

Jeg stiller flere spørsmål som kan belyse hvordan de tre stedene organiserer tilbudet:

- Hvilke utfordringer foreligger når KØH skal iverksettes?
- Hvem samarbeider?
- Hvordan kan ulike kulturer mellom sykehus og kommuner påvirke samarbeidet?

Forskningsspørsmålene er laget med en forventning om ulikheter, men også med et motiv for å se om temaene i analysene er viktigere enn hvilket helsesystem informantene tilhører. I problemstillingen brukes begrepet funksjonalitet. Funksjonalitet i denne studien dreier seg om hvordan KØH har bidratt til reduksjon av sykehusinnleggelser, samt om helheten på tilbudet hos de ulike organiseringene. Derfor er det interessant å gå i dybden for å få fram variasjoner, samt å se på hva som fungerer i tre ulike organisasjoner som ivaretar KØH på Sørlandet.

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Med brei bakgrunn i helsesektoren er det naturlig for meg å skrive masteroppgaven om tema som omhandler organiseringer i helsesektoren. Jeg har arbeidet i 7 ulike kommuner rundt i Norge og erfart ulik behandling av pasienter på bakgrunn av kommunetilbud og økonomi. Nå har jeg lyst å studere helsesektoren fra et organisatorisk nivå, og ønsker å sette fokus på mitt nærmiljø her på Sørlandet. Valget har falt på Samhandlingsreformen og en av reformens største utfordringer, dvs. iverksetting av kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KØH).

3. Teoretisk rammeverk

Valg av teori er viktig fordi den kobles opp mot tema og har betydning for utfallet av tolkningsresultatene. Teori kan ses på som forenklet modell av virkeligheten, og modellen kan være til hjelp for å forstå ulike sammenhenger. Jeg vil bruke teoriene induktivt som en del av min forståelse og som et verktøy før jeg intervjuer og analyserer data. Jeg velger å se på litteratur om erfaringer som er gjort så lagt i prosessen med å etablere øyeblikkelig hjelp (KØH).

Henry Mintzberg har laget en av de mest kjente begrepsapparat i organisasjonsteorien, og jeg vil legge til grunn hans teorier om koordinasjonsmekanismer i en organisasjon som grunnpilar i oppgaven. I tillegg vil litteraturen om nettverk som utviklingstrekk være et viktig element for diskusjonsdelen av oppgaven. Disse perspektivene har direkte relevans for den påfølgende diskusjonen i oppgaven. Teoriene forventes - til sammen - å gi bedre forståelse av empirien, enn hva hver av dem kan gjøre alene (Andersen, 2013). Det er nærliggende å tenke at jeg også vil finne et konkurrerende teoretisk perspektiv som kan ha forklaringskraft.

3.1 Definisjon av samhandling og samarbeid

Samhandling og samarbeid er to ord som ligger tett opp mot hverandre, og begrepene brukes i store deler av studien. Samhandling kan ikke gjennomføres uten samarbeid, derfor inkluderer det flere aktører. I st.meld. nr 47 (2008-2009) defineres «samhandling» som:

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

Samhandling forstås som det samarbeidet som til daglig foregår mellom organisasjonene på de to ulike forvaltningsnivåene og mellom ulike kommuner. Samarbeidet blir innenfor organisasjonslitteraturen omtalt som «mandated collaboration» eller «mandated networks» (Rodriguez, Langley, Beland, & Denis, 2007). Samarbeidet kan betegnes som mandatorisk, som betyr at det er påtvunget, eller at det er en forpliktelse til samarbeid.

Samhandling eller helhetlig omsorg (integrated care) har ulik betydning i ulike kontekster og blir av Kodner (2002) definert med en pragmatisk tilnærming som jeg finner meningsfullt å bruke. Det presiseres i artikkelen at alle organisasjoner til en viss grad består av hierarkiske strukturer; som igjen består av separate, men sammenhengende komponenter. Disse komponentene er ment å spille komplementære roller for å oppnå deres felles oppgaver.

"The adjective 'integrated' means 'organic part of a whole' or 'reunited parts of a whole.' It is mostly used to express the bringing together or merging of elements or components that were formerly separate.

- integration is the "glue" that bonds the entity together, thus enabling it to achieve common goals and optimal results".

Kodner (2002) definerer altså samhandling som en mer komplett og omfattende prosess, for å finne innovative løsninger med målet om at helsesystemene skal bli mer effektive.

3.2 Hva er kommunal øyeblikkelig hjelp, og hvem skal ligge der?

I samhandlingsreformen (St. meld 47, 2009) framkom det som et av de mest sentrale poeng at tilbudet til pasientene i hjemkommunene skulle bygges opp. For at det skal bli en realitet, vil et av tiltakene være å opprette kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Pr dags dato opereres det med tre ulike betegnelser for denne ordningen. Legeforeningen kaller ordningen for KAD (kommunale akutte døgnplasser). Kristiansand kommune og deres ordning kalles for ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnenhet). Og Arendal og Flekkefjord kaller ordningen for KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp). Helsedirektoratet bruker ØHD som forkortelse. Jeg vil i denne oppgaven bruke forkortelsen KØH.

Foruten at loven gir pasientene rett til øyeblikkelig hjelp (pasientrettighetsloven §2-1, første ledd), bør det avklares hva som menes med øyeblikkelig hjelp. Akutt hjelp avgjøres ut fra et medisinsk skjønn og krever behov for undersøkelse og behandling for å avklare tilstanden. I stortingsproposisjon 91 L (2010-2011, s.206) står:

«En pasient trenger øyeblikkelig hjelp dersom vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten må ha behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting».

Her uttrykkes det at pasientens diagnose skal være avklart og kjent, og at en ikke kan forvente forverring i tilstanden. Pasientens allmenntilstand skal ikke tilsi at det er behov for sykehusinnleggelse (Prop. 91 L, 2010–2011, s. 213). I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gjelder tjenesten om kommunal øyeblikkelig hjelp:

pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Videre sier loven lite om hvilken pasientgruppe som er egnet, og det framstilles noe uklart når man sammenligner med helse- og omsorgstjenesteloven § 3.5 fjerde ledd.

Veiledningsmateriell (2014, s.15) legger vekt på den medisinsk-faglige vurderingen til legen som legger pasienten inn. Men en rekke diagnoser som er oppsummert som særlig aktuelle, er de samme som pasientgruppene legges hyppigst inn for på spesialistsykehusene.

(Helsedirektoratet, 2014a, s. 15). Det presiseres at ved usikkerhet skal pasientene innlegges på spesialistsykehus. Det gis videre en anbefaling om 72 timers opphold på KØH.

Innleggelseskriterier kan variere fra kommune til kommune; alt etter hvilket tilbud den enkelte kommune gir.

Etableringen av øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene gir rom for individuelle tilpasninger, ut fra hva som befinner seg i kommunen fra før, for eksempel sykehjem eller lokalmedisinsk senter (Helsedirektoratet, 2014a; Status for samhandlingsreformen, 2014).

3.3 Bakgrunn for etableringen av KØH

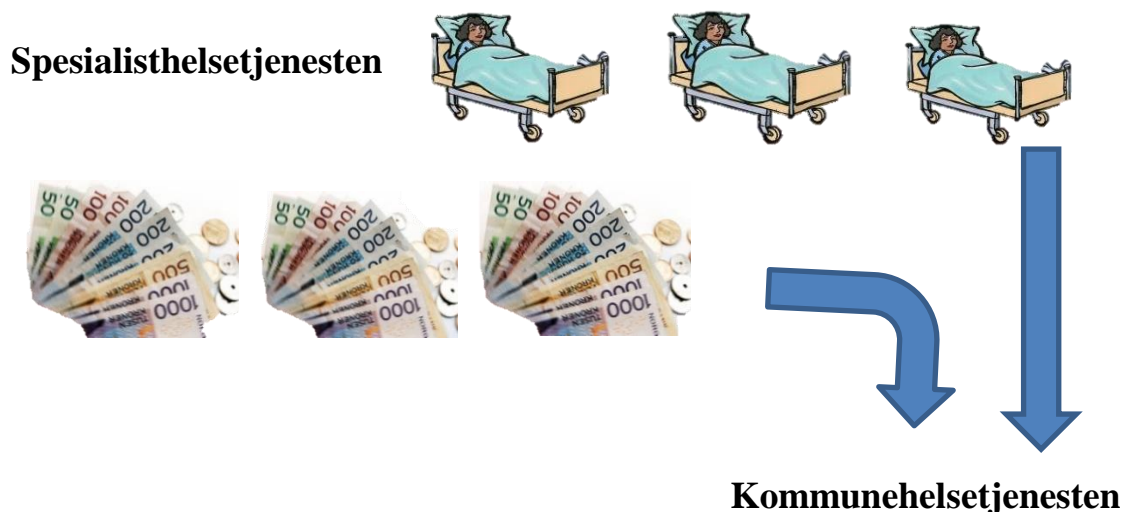
3.3.1 Organiseringen av helsetjenestene i Norge

Helsetjenesten i Norge er fordelt på to forvaltningsnivå, stat og kommune (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Anderson, 2015). Regjeringen er samlet ansvarlig for å gi helsetjenester til befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet har en direkte rolle gjennom lovgiving, finansiering, eierskap i sykehusene og levering av direktiver til helseforetakenes styrever. Staten styrer spesialistsykehusene, mens kommunene leverer helse- og omsorgstjenester (primærhelsetjenester) til sine innbyggere. Kommunene sørger for et forsvarlig primærhelsetilbud gjennom lovgiving, direktiver og finansieringsmekanismer levert av

helsedirektoratet (Mossialos et al., 2015). Helsedirektoratet har overordnet makt til å innføre reformer og tiltak for å påvirke hvordan kommunene best skal gi innbyggerne helsetjenester. Staten kan altså legge føringer for hva det enkelte nivå har ansvar for. En av disse føringene er «Samhandlingsreformen», som ble innført 1.1. 2012. For å innfri målsettingene med reformen, pålegges alle kommunene til å etablere en kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold til sine innbyggere(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.3.2 Samhandlingsreformen

For å forstå og kunne drøfte tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp, finner jeg det nødvendig å redegjøre litt om samhandlingsreformen. En stor del av kapasiteten på spesialistsykehusene opptas av eldre. For å effektivisere helsetilbudene, kreves et tettere samarbeid mellom spesialistsykehus og kommuner. For å få til dette har staten lagt opp til en av dagens overordnede føringer heter «Samhandlingsreformen», som trådte i kraft 1.1.2012. Endringene som skal innføres går ut på at en del av oppgave som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, gradvis skal overføres til kommunehelsetjenesten. Med pasienten skal det følge et økonomisk bidrag (Se figur 1). I første rekke gjelder dette overtakelse av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Deretter opprettes øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. En av de største utfordringene i samhandlingsreformen er etableringen av KØH. Selv om mange ikke har hørt om dette ennå, er det ikke lenge igjen til 2016 og alle kommuner er lovpålagt å ha et tilbud som dette.



Figur 1. Illustrasjon over «Samhandlingsreformen» hovedtrekk (Helmers, 2010).

Hierarkisk styring refererer vanligvis til over – og underordning, der makt utøves ved hjelp av administrative styringsvirkemidler (Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013). I de offentlige

systemene er det politikere som utvikler målene og administrasjonen iverksetter disse. Innholdet i samhandlingsreformen indikerer styring gjennom de krav som blir fremmet, og disse blir ytterligere forsterket av andre styringsvirkemidler.

3.4 Hva betyr koordinering?

Samhandling er det vi gjør når vi koordinerer (Mintzberg, 1983). Samarbeid skjer vanligvis som følge av frivillig koordinering fra involverte partner. Men samordning kan også ses på som mer tvunget koordinering som «mandated collaboration» som i tilfellet KØH der staten gjennom lovgivning pålegger kommuner og sykehus samarbeid (Rodriguez et al., 2007). Koordinering, det generelle og faglige begrepet, brukes når flere forhold er satt opp mot hverandre og vurdert i forhold til en helhet – og delene er tilpasset slik at helheten blir best mulig. Denne studien forutsetter at begrepene er knyttet til samarbeid og hvordan samhandling kan oppnås.

Mintzbergs (1983) forståelse av koordinering ligger som en grunnforståelse i denne masteroppgaven. Det teoretiske hovedgrepet i studiet omhandler koordineringer i og mellom organisasjoner, og jeg vil se på hvordan ulike koordineringsmekanismer kommer til overflaten i samordning av KØH-tilbudet mellom stat, sykehus og kommuner og hvilke muligheter og utfordringer ulike former for koordinering representerer når de tas i bruk. Arbeidsdelingen mellom etater og profesjoner er kjernen i koordinering. Kontroll og kommunikasjon kan foregå både på aktørnivå og på strukturnivå, og det trekkes frem seks koordineringsmekanismer som skal regulere dette:

- **Gjensidig tilpasning**, en koordineringsform som oppnås med uformell kommunikasjon og gjensidig tilpasning. Mennesker tilpasser sin atferd automatisk til andre, og kontrollen for arbeidet ligger i hendene på en operativ kjerne i en virksomhet. Dette er en enkel form for koordineringsmekanisme / samordningsmekanisme, som egentlig passer best i små organisasjoner med få personer involvert (Mintzberg, 1983). Paradoksalt ses dette også i mer kompliserte nettverksstyrte organisasjoner; med mange flere ansatte. I en profesjonsbasert tjeneste kan gjensidig tilpassing være spesielt nyttig, fordi ingen egentlig vet på forhånd hvordan de skal gjøre det de skal gjøre. Men ”output” av arbeidet er klart. Etter hvert som arbeidet går framover, utvikles kunnskapen om hva som skal gjøres. Gjensidig tilpasning finnes mellom sykehus og kommuner gjennom nettverksstyring, eller mellom kommuner som samarbeider interkommunalt om KØH.

Mer konkret finner gjensidig tilpasning sted, for eksempel i form av morgenmøte på et vaktrom, ved vaktskiftet eller i et tverrfaglig team møte om bestemte pasientgrupper. Her samordner ulike profesjonsgrupper sine aktiviteter og behandlingsopplegg. I KØH-sammenheng kan dette for eksempel være når sykehus og kommune har et koordineringsmøte om denne tjenesten.

- **Direkte tilsyn**, oppnås ved å gi instruksjer og korrigerende av arbeidet. Etablering av et formelt hierarki, gir formell myndighet til overordnede. Mekanismen er personlig, direkte overvåking og kontroll. Koordineringen skjer gjennom direkte tilsyn. Denne blir sett i sammenheng med staten (Helsetilsynets) metoder for å oppnå sine mål. Etablerte ledere i helseforetak, kommunale ledere og eksterne tilsynsorgan, som Helsetilsynet kan ha denne funksjonen i forhold til opprettingen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnenheter.
- **Standardisering av arbeidsprosesser**. Innholdet i arbeidet er standardisert og spesifisert, koordinering oppnås ved spesifisering av arbeidsprosesser og arbeidsoppgavene blir utført likt fra gang til gang. Dette skaper forutsigbarhet og reduserer beslutnings- og produksjonskostnadene. Sentralt står bruken av regler, skriftlige rutiner og prosedyrer. De spesifiserte elementene som regulerer de enkeltes oppgaver, kan gjerne fastsettes av en leder eller av et nivå over. Helsedirektoratet har veiledere for etablering øyeblikkelig hjelp og hvilke pasienter som de skal ta hand om (Helsedirektoratet, 2014a). Sykehus og kommune i fellesskap lager prosessbeskrivelser for håndtering av KØH, eller når de bruker nasjonale standarder i form av forløpsbeskrivelser utviklet av Kunnskapstjenesten for ulike pasientgrupper og diagnoser. Helsedirektoratet har eksempelvis også utarbeidet en egen veileder for innføring av øyeblikkelig hjelp i kommunene.
- **Standardisering av «output»/resultater**. Koordinering oppnås ved å angi resultatene av arbeidet. Dette ved å spesifisere dimensjoner ved et produkt eller ansattes atferd, vanligvis med målstyring. Standardisering av resultat bestemmer hva som skal være utfallet av en virksomhet. Standardisering av output skjer for å realisere organisasjonens mål, som når Helsedirektoratet setter krav til finansieringen for eksempel ved at et tilsvarende antall liggedøgn skal reduseres i sykehus, som det opprettes plasser til i kommunen for å få støtte til KØH (Helsedirektoratet, 2014a).

- **Standardisering av ferdigheter/kunnskap.** Profesjonell utdanning og opplæring står sentralt som koordineringsmekanisme. Fagpersoner i helsesektoren kan stole på hverandre fordi de er trent til å handtere oppgaver, og det er sentralt for å kunne utføre arbeidet. Utarbeiding av sykepleiedekning, legedekning og krav til vaktordninger innenfor helsesektoren, må til for å gjennomføre kommunal øyeblikkelig hjelp i kommunene. Når det gjelder KØH, setter Helsedirektoratet også krav til kompetanse i KØH-tilbudet (Helsedirektoratet, 2014a).
- **Standardisering av normer,** et systematisk holdningsskapende arbeid som fremmer tradisjon for hvordan ulike hensyn skal veies og vektlegges i arbeidet. Man utarbeider en felles kultur for organisasjonen, en felles overbevisning og likt verdisett slik at alle fungerer etter samme sett av forestillinger. Det utvikles felles normer for behandlingskvalitet blant ansatte i sykehus og kommuner ideelt sett. En arbeidsplass etablerer et likt syn på - eller felles normer skapes ved å etablere - felles kultur og verdier. Det fordres en vis grad av nærhet for at ansatte i alle deler av helsesektoren vil handle koordinert, for å utvikle likt syn på formål og oppgave med arbeidet.

Ulike koordineringsmekanismer kan brukes hver for seg eller i kombinasjon med hverandre. Dette vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven.

3.5 Vertskommunemodellen

Denne studien tar for seg tre ulike organiseringer av kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold, som er et krav til alle landets kommuner med virkning fra 1.1.2016. Det er store variasjoner i størrelse og folketall mellom kommunene i Norge. For å innfri kravene fra myndighetene, velger mange å organisere tjenesten med interkommunale samarbeidsordninger. Et interkommunalt samarbeid er at to eller flere kommuner inngår et forpliktende samarbeid om å produsere en tjeneste eller andre kommunale oppgaver (Jacobsen, 2009, s. 84).

Alle tre organiseringene benytter seg av vertskommunemodellen. Det er en modell der vertskommunen får delegert myndighet fra samarbeidskommunene (Jacobsen, 2014). Samarbeidskommunene «kjøper» en tjeneste hos vertskommunen, og det betyr at de også kan treffe beslutninger på vegne av samarbeidskommunen. Organiseringen foregår ved at

samarbeidskommunene (deltakerkommunene) danner et styre, og hvert medlem forholder seg til sin hjemkommune. Dette representerer en delegering av beslutningsmyndighet i forhold til de tradisjonelle beslutningsinstanser; som kommunestyre og administrasjonssjef. Når en kommune skal kjøpe en tjeneste hos en annen, lages det betalingsordninger mellom kommunene. En direkte betalingsordning er hvis vertskommunen mottar statlige overføringer for antall sengeplasser, slik det forekommer i denne studien. En annen måte er å motta stykkpris for å ta i mot nabokommunens pasienter (Jacobsen, 2009, s. 89).

Det finnes ulike måter å definere styring på. Den mest vanlige involverer hierarki, som innebærer direkte styring i følge Jacobsen (2014). Direkte styring av interkommunale samarbeid kan være en utfordring, selv om vertskommunen har instruksjonsrett (råderett). Det betyr at vertskommunen har en særskilt rolle med alminnelig styringsrett som arbeidsgiver, og samarbeidskommunene kan ikke blande seg inn i vertskommunens organisering av tjenesten.

3.6 Utfordring ved etablering av KØH sett i lys av aktuell teori

For å begrense studien har jeg valgt ut noen utfordringer og områder som jeg finner og gjenkjenner i teorien. Underkapitlene tar opp teori som kan beskrive noen av utfordringene med etableringene i KØH.

3.6.1 Enkle ideer og komplekse organisasjoner

Samhandlingsreformens hensikt med å etablere KØH for å styrke samarbeid mellom kommune og sykehus, kan virke som en forholdsvis enkel ide, men den skal implementeres i et komplekst system med mange arbeidsdelinger og spesialiseringer. Helse- og omsorgssektoren omfatter en rekke ulike spesialiseringer og et stort mangfold i sin organisering. Forskjellige oppgaveløsninger foregår på ulike nivå, som fører til arbeidsdeling og høy grad av spesialisering. Dette kan knyttes til utfordringer som omhandler organiseringa av KØH vertikalt eller horisontalt. Mintzberg (1983) skiller mellom vertikal og horisontal desentralisering. Den vertikale forklares med å flytte myndighet nedover i ledelseshierarkiet, mens den horisontale desentralisering vil si å flytte makt utover i organisasjonen. Desentralisering finner sted fra stat til kommune, ved at flere oppgaver blir overført til kommunene å gjennomføre; som KØH. Utviklingen går bort fra tydelige hierarkiske styringslinjer, og har ført til mer asymmetriske og likeverdige samhandlingslinjer mellom stat

og kommune. Dette refereres til som samstyring, flernivåstyring eller vertikal samstyring (Røiseland og Vabo 2012), mellom stat og kommune. Beslutningssystemet i forhold til operatørene varierer også med organisasjonsstrukturen.

3.6.2 Mennesker og organisasjonsstruktur

Det at organisasjonsstrukturen baserer seg på hensikten med organisasjonen, de oppgavene som skal løses og koordineringen av arbeidsoppgavene, har Mintzberg (1983) skissert i fem forskjellige organisasjonsformer. Organisasjonsformenes beskrivelser vil bli brukt som en (slags) mal og vil speile de typiske utfordringer. Nedenfor følger en kort redegjørelse av egenskapene til profesjonsbyråkratier og ad hoc kratier. Det er de to organisasjonsformene som er relevante for denne studien.

Det profesjonelle byråkratiet er i følge Mintzberg (1983) et "desentralisert byråkrati», hvor den viktigste strukturen er den operative kjernen. Organisasjoner med høy grad av profesjonsutøvere, som i helsevesenet, er beskrevet av Henry Mintzberg (1983) som profesjonelle byråkratier. Dette begrepet brukes for å få fram at de har stort innslag av profesjonelle medarbeidere, og at de har sterke byråkratiske trekk. Medarbeidere er styrt av profesjonsmetodene, og det er mange ulike profesjoner som møtes i KØH. Helseprofesjonene er spesialiserte, og det må de være for å kunne løse de oppgaver som kreves i deres daglige virke. Graden av spesialisering er avhengig av kravene i jobben. I tillegg finnes det ulik tilnærming av medisinsk logikk, avhengig hvor i helsesektoren en befinner seg (Mintzberg og Glouberman 2001). Dette vil jeg komme nærmere tilbake til.

Ad hoc konfigurering eller nettverksorganisering blir viktig fordi individuell plan handler om samhandling mellom ulike tjenester. Dette ser vi innenfor rådgivende og konsulterende enheter som kan etableres midlertidig, eller være av varig karakter (Torjesen & Vabo, 2014). Eksempler på slike nettverksorganiseringer på Agder er at regionrådene (Lister, Lindesnes, Setesdal, Knutepunktet Sørlandet og Østre Agder) har opprettet egne samarbeidsutvalg med representanter fra kommune, region og sykehus til stede. Representantene kommer sammen for å utveksle informasjon og gjensidig tilpasse seg egen aktivitet basert på felles kunnskap. Viktige tema som for eksempel KØH, som involverer flere av aktørene, blir diskutert og forhandlet. Men beslutninger som eventuelt tas her, må representantene ha ryggdekning for fra sin moderorganisasjon. Mintzberg (1983) kaller denne konfigureringen for ad hoc-krati. Det mest framtrædende koordineringen av ad hoc-krati (nettverket) skjer ved gjensidig tilpasning. Dette har direkte relevans for den påfølgende diskusjonen i studien. Denne typen

organisasjonsstruktur er knyttet sammen gjennom en horisontal organisering, og spørsmålet om hvem som er ansvarlig kan komme til overflaten.

3.6.3 Kommunene får større ansvar

Men i tillegg til at kommunen selv kan utforme tjenestene fritt, har friheten ført til at stadig flere kommuner inngår interkommunale samarbeid for å innfri kravene fra staten.

I de senere årene viser det seg at staten mer og mer styrer kommunene i deres daglige virke (Jacobsen, 2009). Mange norske kommuner er helt avhengige av interkommunale samarbeid for å kunne levere helse – og omsorgstjenester. De har ikke de resursene tilgjengelig som større kommuner har. Men det er problemer knyttet til interkommunale tjenester, for eksempel mangel på helhetsbilde og at det kan være vanskelig å følge opp politisk.

Kommunene kan miste oversikten, og demokratisk kan dette være en utfordring knyttet til det å sikre lokal forvaltning og lokal utvikling. Det er ikke gitt at de lokale prioriteringene har riktig balansepunkt i forhold til det staten har lagt føringer for. Velferdsstatlige mål om likhet og geografisk omfordeling kommer til uttrykk i rettighetslovgivning, effektivitetshensyn og økonomiske virkemidler.

Trenden viser at kommunen selv har muligheten til å utforme tjenestene i form av interkommunale samarbeid, eller fritt etter kommunens utforming og behov. Det har imidlertid vært en tendens mot at informasjonsskriv, veiledere og planer er mindre bindende (Helsedirektoratet, 2014a). Statens «myke» styringsvirkemidler vil virke formålstjenlige og rettet mot prosessene (ikke innhold eller resultater). Det vil si at de mer harde virkemidlene staten gir, påvirker innhold og resultater, men ikke prosessene. Harde virkemidler forutsetter tilsyn, kontroll og sanksjoner (Provan & Milward, 2001), og som en oppsummering påstår Vabo (2012, s.116) at utviklingen går fra hard til mykere bruk av finansielle virkemidler.

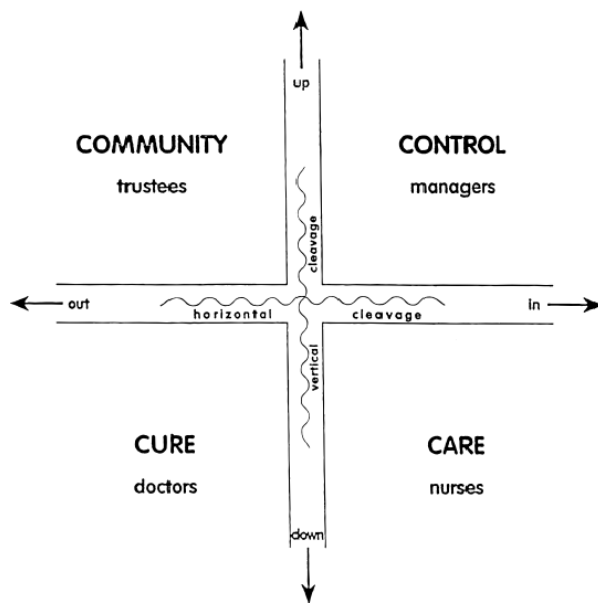
3.6.4 En eller flere koordineringsmekanismer for helsesektoren?

Det vil variere og være avhengig av flere forhold hvor vidt man gjør bruk av en eller flere koordineringsmekanismer. Ofte er det nødvendig å kombinere flere. I en profesjonsbasert organisasjon vil gjensidig tilpassing og standardisering av kompetanse være de mest brukte koordineringsmekanismene, mens det i en byråkratisk organisasjon er mest hensiktsmessig å benytte seg av standardisering av arbeidsprosessen. En standardisering av resultat er en samordningsmekanisme som er i bruk ved resultatstyring (Mintzberg, 1983, s. 4-5). Det at alle

kommunene skal innføre et tilbud om døgnenhet for kommunal øyeblikkelig hjelp er et godt eksempel på dette.

Mintzberg og Glouberman (2001) hevder at helsesektoren favoriserer to koordineringsmekanismer: standardisering av kunnskaper og ferdigheter. Når de to koordineringsmekanismene ikke lengre strekker til, benytter de profesjonelle aktørene seg av gjensidig tilpassing og standardisering av normer. Det er ingen tvil at det råder en sterk kultur innenfor helsevesenet, hevder Mintzberg og Glouberman (2001). Dette synes å samsvare med arbeidsdelingen som bidrar til ulike kulturer og manglende helhetsfølelse, og kan langt på vei forklare hvorfor det er vanskelig å gjennomføre helhetlige samhandling. Mintzberg og Glouberman (2001) drøfter denne problemstillingen om manglende helhetsfølelse, og peker på ulike tankesett alt etter profesjon og nivå i sin artikkel; «Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part 1». Forfatterne forklarer det med at helsevesenet er delt inn i fire ulike tankesett, og at disse må veves tettere sammen for å skape varige endringer i helsevesenet. Rammeverket består av fire tankesett; Care, Cure, Control, og Community. Alle fire tankesettene representerer ulike mønstre etter hvilken profesjon en tilhører, fagfelt og nivå. Tankesettene former hver sine holdninger og bidrar til splittelse, selv om målet egentlig er det samme. Hvis disse begrepene settes inn i konteksten (KØH) som denne oppgaven omhandler, kan vi tenke oss at kommunene har tilnærmingen «care» som vil utgjøre omsorg og pleie, mens sykehusene er mer preget av diagnosefokus; «cure».

Rammeverket er vist i figur 2, og viser de fire tankesett satt i system. Videre er de delt opp av to linjer, en horisontal og en vertikal linje. En horisontal linje skiller dem som driver klinisk, nedover i systemet, fra dem som ikke gjør det. Men i stedet for å arbeide det opp i systemet, skaper dette store skiller i helse- og omsorgssektoren.



Figur 2, viser fire tankesett som bidrar til å skape ulik tilnærming til samme tema

Figur 2 viser at ovenfor den horisontale linjen befinner de seg som er mest styrt av økonomiske motiv. Og den «vertikal cleavage» skiller dem som er nært koblet til en institusjon, for eksempel sykepleiere og ledere på den ene siden, fra dem som ikke er så formelt forpliktet, leger og forvalterne, på den andre (S. Glouberman & H. Mintzberg, 2001).

Artikkelen kan bidra til økt forståelse for de skillene som lett oppstår; også i norsk helsevesen. Selv om artikkelen handler om et sykehus i England, kan kompleksiteten lett kjennes igjen i norsk KØH. Overført til KØH og denne studien synes det fruktbart å tillegge tankesettet «cure» til sykehuset som innehar diagnosetilnærming, mens kommunehelsetjenesten og pleiepersonell representerer «care» (omsorg) som setter pasienten mer i et helhetlig perspektiv i forhold til generelle forhold som blant annet familie, bolig og generell helse. «Control» handler om ledelsen av tjenesten lokalt, og «community» handler mer om blant annet brukerorganisasjoner og KS (kommunesektorens interesse - og arbeidsgiverorganisasjon).

3.6.5 The pigeonholing process

«Pigeonholing» er ikke lett å oversette, men det siktes til å kategorisere og kan utgjøre et bilde på standardløsninger. Egentlig betyr det små bur som duer blir plassert i ;«dukleiver». Organisasjoner kan være byråkratiske uten å være sentraliserte i følge Mintzberg (1983, s. 192). Grunnen er at det i profesjonelle byråkrati foreligger fast standard og resultatorientert målinger fra statens side. I denne sammenhengen gjelder det samhandlingsreformen og

innføringen av KØH. I det daglige virket er alle avhengige av standardisering av ferdigheter og kunnskap hvis deres profesjonelle drift skal kunne fungere.

I daglig drift er det nyttig å ta i bruk standardprosedyrer for forhåndsbestemte situasjoner. Mintzberg (1983, s. 192) kaller denne prosessen for «the pigeonholing process» som handler om å kategorisere, for eksempel ved stille en diagnose. Videre vil driften være å plassere pasienten i «riktig bås», for så å følge opp med passende prosedyrer for den aktuelle situasjon. «Pigeonholing process» blir brukt for å forenkle daglig arbeid. Hver enkelt pasient ville ta enormt med ressurser hvis alle skulle gjennom en individuell og grundig analyse før gjennomføring av tiltak, og Mintzberg (1983) viser til et av poengene til Perrow, (1970), som også omtaler pigeonholing som en effektiv beslutningskjede og sammenligner denne med stereotyper.

Pigeonholing forenkler saker enormt og gjør at det profesjonelle byråkratiet kobler pasientene til de avdelingene som er spesialisert på akkurat den type sykdommer. Det fører til at en psykiater iverksetter og behandler psykose, gynekologen utreder cyste på eggstokken og hjerteinfarkt opereres av en hjertekirurg. I tillegg gir det muligheter for profesjonen til å spesialisere seg ytterligere for å øke sitt faglige nivå.

I en prosess som omhandler pigeonholing, kan vi se grunnleggende forskjeller hvordan det profesjonelle byråkratiet, og ad-hockrati utøver sin organisasjon på.

- I det profesjonelle byråkratiet er diagnose en grunnleggende oppgave. Organisasjonen vil forsøke å sette pasienten i «riktig bås» for å kunne starte en forutbestemt prosedyre for akkurat den aktuelle problemstillingen.
- Ved fullt åpent diagnose søkes det etter en kreativ løsning på et unikt problem. Dette krever en tredje konfigurasjon, som er adhockrati. Ingen standard situasjoner eller prosedyrer eksisterer i denne konfigurasjonen.

På grunn av at pasientene er kategorisert (pigeonholing) vil det i et profesjonelt byråkrati føre til at det skapes et miljø hvor det er en likevekt mellom de markedsbaserte tjenestene og de funksjonelle. Strukturen i det profesjonelle byråkratiet vil på samme tid være basert på funksjonelle- og markedsbaserte tjenester. Det kan forklares med at det eksempelvis på en gynekologisk avdeling vil være spesialister, altså funksjonelle i henhold til kunnskap, ferdigheter og arbeidsprosesser, men også markedsbaserte fordi det er en spesiell gruppering

som behøver tjenesten. Dermed brytes skillet mellom funksjonelle og markedsgrupperinger i dette spesielle tilfellet av det profesjonelle byråkratiet.

Standardisering av ferdigheter er - i beste fall - en løs samordningsmekanisme (Mintzberg, 1983, s. 207). Derfor vil ikke samordningen takle mange av de behovene som oppstår i det profesjonelle byråkratiet mellom fagfolk og støttepersonell. Dermed vil koordinasjonsproblemer oppstå. Det vises til at ordren vil komme fra to systemer:

- den vertikale kraften i tråd av myndigheter hierarkisk ovenfra, og
- den horisontale kraften av faglig kompetanse, som kan sidestilles.

Mintzberg (1983) framhever at dette framstår blant fagfolk som en mer alvorligere form for samordningsproblem. Denne pigeonholingprosessen fremstår som kilden til mye av konflikten i det profesjonelle byråkratiet og i KØH. Videre uttrykker Mintzberg at det er mye politisk uenighet rundt programmer (i form av blant annet reformer) og situasjonsbetinget forståelse (contingencies), blir noe ulikt rundt i systemene - dette kan føre til en innbilt felles forståelse.

KØH representerer noe nytt i helsesektoren, og det finnes ulike organisering av tilbudet i norske kommuner. I tillegg råder det uklarhet vedrørende hvilke pasienter med hvilke diagnoser som skal få innpass der (Helsedirektoratet, 2014a). Ulike lokale tilpasninger kan bidra til komplisere dette ytterligere. Problematikken med å ikke kunne plassere dua i rett bur, som Mintzberg beskriver det, kan lett sammenlignes med samme problemstilling som KØH stå over for. Det foreligger ingen standard prosedyrer for dette, derfor kompliserer dette tilbudet om KØH.

4. Styrings- og koordineringsvirkemidler for KØH i lys av teori

Staten (Helsedirektoratet) styrer en rekke arbeidsprosesser, ulike output- og input for gjennomføringen av KØH. I dette kapitlet har jeg gjort rede for de anvendte styringsvirkemidlene i lys av Mintzberg teori om koordineringsmekanismer.

Koordinering av oppgaver har i en årrekke blitt sett på som tydelige regler og prosedyrer som baserer seg på hierarki og autoritet (Mintzberg, 1983). Der råder ideen om at det foreligger en felles løsning som beste metode for struktureringen av en virksomhet på. En rekke teoretikere har i senere tid tatt til orde for at organisasjoner er forskjellige og bør ses ulikt i forhold til

organisering. Mintzberg har tatt hensyn til en organisasjons indre- og ytre forhold i forhold til hvordan den burde organiseres i den hensikt at organisasjoner da vil fungere mest effektivt og hensiktsmessig. Mintzberg anvender seks former for koordineringsvirkemidler, de første to: gjensidig tilpasning (mutual adjustment), direkte styring (direct supervision), forutsetter nærhet til en leder og interaksjon. Videre tar han for seg koordineringsmekanismer som innebærer standardisering: Standardisering av arbeid, resultat, kompetanse og normer. Det innebærer standardisering av arbeidsprosessen, standardisering av resultatene (outputs) og standardisering av kunnskap / ferdigheter og standardisering av normer.

- Veiledningsmateriell (standardisering av arbeidsprosess)
- Nettverk og gjensidig tilpassing
- Lovgivning og pålagte samarbeidsavtaler (Både direkte styring (hierarki) og gjensidig tilpasning)
- Krav til kompetanse, legedekning og vaktordninger (standardisering av input)
- Økonomiske insentiver (standardisering av output)

4.1 Veiledningsmateriell som standardisering av arbeidsprosess

Veiledningsmateriell er en prosessveiledning som er utviklet av Helsedirektoratet, og den gir omfattende informasjon hva tilbudet om KØH skal bestå i (Helsedirektoratet, 2014a).

Standardisering av kunnskaper lar seg enkelt implementere i profesjonelle organisasjoner (Mintzberg, 1983). Det forutsettes at organisasjonen har høy grad av tillitt til den ansatte for å få organisasjonen til å fungere optimalt. Veiledningen (2014a) gir anbefaling om å etablere KØH i sammenheng med hva som allerede finnes i kommunene fra før av, og at tilbudet skal omfatte kun pasienter som ellers ville blitt innlagt på sykehus.

Den ligger som et teppe over all planlegging og gjennomføring av tilbudet, og er det viktigste prosessdokumentet som gir en detaljert beskrivelse:

- Planlegging og forberedelser (samarbeidsavtaler, organisering, kommunikasjon)
- Faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet (type pasienter, kompetanse og kvalifikasjoner, anbefalt utstyr, lege- og sykepleierdekning)
- Tilskudd og andre finansieringsordninger
- Vedlegg er: Lovverket og anbefalt analyseverktøy av pasienter

Dokumentet skal assistere kommuner og helseforetak i etablering og drift av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Veilederen oppgir hva samarbeidsavtalene mellom kommune og sykehus skal inneholde og hvilke forpliktelser sykehuset har i forhold til kommunene, deres veiledningsplikt og forslag om videomøter. Men de fleste beskrivelser er kriterier som kommunen skal oppfylle. Den skisserer blant annet legers ansvarsområde og oppmøteplikt, angir sykepleierdekning og innskrivingsrutiner for KØH-virksomheten. Videre oppgir den kompetanseheving (standardisering av kompetanse) og prosedyrekunnskap (til bruk av EKG, HCR, pulsoksymeter, O2-behandling, blodprøvetaking, intravenøs og legemiddelbehandling). Vedlagt veiledningsmateriellet er det merknader til helse - og omsorgstjenesteloven § 3 -5 og forslag til vurderingsskjema av pasienten (sårbarhetsanalyse) til bruk i daglig drift.

4.2 Nettverk og gjensidig tilpassing

Mandatorisk samarbeid (forpliktelse til samarbeid) slik Rodriguez med flere (2007) beskriver det, inkluderer en mobilisering av flere styringsmekanismer. Pålegget om samarbeid kan ses i sammenheng med koordineringsvirkemidlet hierarkisk styring fra statens side, og som gjensidig tilpassing av partene. Samarbeidet har ingen klare regler for gjennomføringen, men kan forstås i lys av Mintzbergs teori (1983) som har med gjensidig tilpassing å gjøre. Som tidligere nevnt er gjensidig tilpassing en koordineringsform som oppnås ved hjelp av uformell kommunikasjon. Arbeidet styres gjennom den gjensidige kommunikasjonen mellom aktørene, og denne tilpassingen skjer når aktørene er i direkte kontakt med hverandre. Det kan være i daglig virke, men også i møtepunkt mellom aktører fra ulike nivåer, med representanter fra kommune, sykehus og regioner. Rutiner for oppgavene er ikke forutbestemt, men partene tilpasser seg. Det vil si at gjensidig tilpassing - slik Mintzberg bruker begrepet - speiler det samme som nettverk, og det samme som oppstår i interkommunale samarbeid og samarbeid på tvers av nivå. Samhandling og samarbeid skjer fordi aktørene innser at de ikke (alene) kan nå sine mål alene (Jacobsen, 2009). Derfor kan styring i nettverk løse problemer på tvers av geografiske- og institusjonelle grenser, selv om rammene varierer (Røiseland & Vabo, 2012). På dette grunnlag kan nettverksstyring foregå innenfor ulike institusjonelle rammer vi kan betegne som styringsnettverk. De offentlige myndighetene får således nye roller og blir både inaktivtakere, deltakere og koordinatore av og i nettverket.

4.3 Samarbeidsavtaler berører flere koordineringsmekanismer

De nye føringene i Helse – og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger enkelt kommuner og helseforetak å inngå samarbeid. Staten krever at kommuner og sykehus skal lage samarbeidsavtaler som skal regulere samarbeidet. Innholdet i avtalene er med på å sikre nødvendig samhandling. En rekke avtaler skal sikre forsvarlige samarbeidsløsninger, som skal føre til at flere pasienter blir behandlet i kommunene (Helsedirektoratet, 2012). Avtalene regulerer avtaler innen alle fagområder, både somatikk, psykiatri og rus. Alle kommuner lager avtaler som omfatter: retningslinjer ved innleggelse i sykehus og utskrivningsklare pasienter, samt beredskapsplaner for akuttmedisinsk kjede. I tillegg regulerer avtalene samarbeid rundt kompetanseoverføring og hvilke helse – og omsorgsoppgaver det enkelte forvaltningsnivå har.

Dette viser at flere av Mintzbergs (1983) koordineringsmekanismer berøres. Pålegget er hierarkisk styring, og regnes som direkte styring. Forhandlinger om avtalenes innhold er gjensidig tilpasning, men det er en del standardkrav i avtalene som staten krever skal være på plass som er standardisering av output. Det settes krav til mål og resultat (reduksjon i sykehusinnleggelser), i tillegg settes krav til kompetanse og det er standardisering av input. Det betyr at vi står overfor mange koordineringsmekanismer på en gang og at avtalene tangerer flere koordineringsmekanismer samtidig. Dette inkluderer både kommunen og sykehuset. Avtalene gjelder fram til 2016, deretter skal tilbudet bli en del av en akuttmedisinsk kjede og inngå i den avtalen som omfatter denne.

4.4 Nytt lovverk danner rammen

Samhandlingsreformen bringer med seg lovendringer og det nye lovverket skal understøtte samarbeid og gi pasientene større rettigheter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Loven skal kunne bidra til å sikre optimal behandling og føre til bedre ressursbruk. Derfor har det vært en rekke lover som er modernisert og endret de siste årene. De mest sentrale rettslige endringene er helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og den nye folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011), som begge trådte i kraft 1.1.2012. I tillegg bygger forskrift om fastlegeordninga på samarbeid mellom kommunene og fastlegene (2012). Loven kan ses på som en hierarkisk autoritetsutøvelse, som er en klar styringsmekanisme (Mintzberg, 1983). For å løse lovpålagte oppgaver i kommunen, er det nå blitt lov å overføre oppgavene til en annen kommune i følge § 28 i Kommuneloven (1993). Dette kalles

vertskommunemodellen og innebærer at en kommune utfører oppgaver og treffer beslutninger på vegne av en annen kommune innenfor et konkret område, for eksempel: kommunal øyeblikkelig hjelp. Vertskommunemodellen er i bruk i alle kommunene jeg har undersøkt i denne masteroppgaven.

4.5 Krav til kompetanse, legedekning og vaktordninger

Kommunene skal ivareta kravet til forsvarlighet ved å sikre tilstrekkelig fagkompetanse innen tilbudet om KØH. Dette er jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav d (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kontroll og kommunikasjon kan foregå både på struktur- og aktørnivå, og har en stor betydning i koordineringsaktiviteter. Nødvendig opplæring av personell og planer for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening skal kommunen og helseforetaket sørge for. Personellet skal ha observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse etter generell prosedyrekunnskap (Helsedirektoratet, 2014a). Dette kan ses i sammenheng med det Mintzberg kaller standardisering av ferdigheter og kompetanse og regnes som «input». Samarbeidsavtalene regulerer krav til legedekning i de ulike KØH, men veiledningsmateriellet gir tilråding om tilgjengelighet. Koordinering skjer i det profesjonelle byråkratiet i stor grad ved at man standardiserer kompetansen, har horisontal spesialisering av arbeid, vertikal og horisontal desentralisering, dvs. ved at profesjonelle utøvere har stor autonomi og skjønn i utøvelsen av sitt arbeid (Mintzberg, 1983).

Veiledningsmateriellet gir anbefalinger til legens kompetanse og krav til tilgjengelighet. Videre gir den indikasjoner på at det skal utarbeides en plan for legenes ansvarsområde. Legen er premissleverandør for at kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal fungere. Fastlegen, legevaktlegen og sykehuslegen har nøkkelroller i styring av pasientstrømmene. De vurderer blant annet bruk av kommunale tilbud eller innleggelse på sykehus. Derfor er det særlig viktig å legge vekt på legen som koordinator for denne tjenesten. Jeg vil gi en kort redegjørelse for de ulike legeposisjonene som har mulighet for/til å legge inn pasienter på KØH. Primærhelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten omfatter fastlegen som bindeledd eller koordinator for pasientens «videreslusing» i systemene. Pasienten kan videresendes til ulike instanser; for eksempel spesialistsykehuset, KØH eller at det søkes om sykehjemsplass. Legen stilles ovenfor valg mellom de ulike tiltak. I norsk helsevesen ligger et krav om et likeverdig tilbud. Dette er et grunnleggende prinsipp for den offentlige helsetjenesten (St. meld 16 2010-2011, 2011).

Fastlegeordningen har som formål å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og gir alle som ønsker det rett til en fast allmennlege. Mange av de kommunale fastlegene har også pasienter i hjemmesykepleien og på sykehjem og kan vurdere en innleggelse på KØH for disse pasientene. Legevakt er en kommunal legevaktordning som også kan vurdere å henvise pasienter til et øyeblikkelig hjelp-tilbud. Akuttberedskapen på sykehuset er drevet av spesialistsykehuset og tar hand om de alvorligste skadene og akutte sykdommer. Her er det også mulighet for «å snu pasienten» og gi ham/henne et tilbud om KØH. På den måten er legen en nøkkelforprofesjon som har stor betydning for kommunal øyeblikkelig hjelp.

4.6 Økonomiske føringer og spleiselag

Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6 (2011) viser at både helseforetak og kommunene forplikter seg til samarbeid. Det framkommer at dette er et spleiselag hvor sykehusene skal betale 50 % av regningen, og det resterende beløp er bevilget (i oppstartsfasen) av Helsedirektoratet. De økonomiske bidragene skal sørge for at KØH blir tilstrekkelig godt nok utbygd, midlene er samlet sett beregnet til å fullfinansiere etablering og drift av tilbudene. De økonomiske insentiver og belønninger setter krav til prestasjoner. Resultatet som forventes er at det på sikt skal føre til en reduksjon i at sykehusinnleggelser, og i hovedsak skal dette gjelde eldre med avklarte diagnoser. Dette er en reform som skal føre til at flere pasienter skal behandles i kommunehelsetjenesten, og den skal fremme samarbeidet mellom helseforetakene og kommunen. Tanken bak er at innleggelser i helseforetakene er dyrere enn i kommunen. Staten tar i bruk økonomiske virkemidler (insentiver) og belønninger som setter krav til prestasjoner innenfor KØH. Det munner ut i pengeoverføringer fra Helsedirektoratet. Tiltaket kan ses på som en slags standardisering av output, men at det forventes å føre til en reduksjon av sykehusinnleggelser (Mintzberg, 1983). Alle tiltak av koordinering har elementer av styring i seg, og KØH kan gjenfinnes i det teoretiske rammeverket om ulike koordineringsmekanismer til Mintzberg.

5. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen som jeg har benyttet i denne studien. Hensikten er å gi en beskrivelse av alle de valg jeg har gjort i forskningsprosessen. Først vil jeg begrunne valg av metode, si noe om case som forskningsstrategi, videre forklare innsamlingen av data og bruken av disse. På slutten av dette kapitlet vil jeg diskutere studiens reliabilitet og validitet. Innen for valg av metode kreves det at valg tas eksplisitt, det vil si at det foreligger en begrunnelse for de valg som er tatt. Hensikten er at det skal åpne opp for innsyn om de funn som er gjort. Dette er viktig for videre diskusjoner og videreutvikling av kunnskap (Jacobsen, 2010, s. 19). Det presiseres at forskning og undersøkelser skal kjennetegnes ved systematikk og åpenhet.

Jeg har valgt å bruke kvalitativ tilnærming fordi det egner seg for å øke forståelsen for prosessen, samspillet og relasjonene. Samtidig er en kvalitativ og eksplorerende tilnærming med mange typer data (kombinasjon av dokumentanalyse og kvalitative intervju) godt egnet når en står overfor en kompleks virkelighet og et fenomen der det ikke foreligger mye forskning på forhånd. KØH er i startgropen og forskning på området er det foreløpig sparsomt med. Her velges med andre ord få undersøkelsesenheter (case) hvor en går i dybden med undersøkelse av mange forhold langt ut over det en ville hatt mulighet til gjennom en survey med et begrenset antall variabler i et spørreskjema. Sentralt er kommunenes organisering av døgnenhet for kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) på Sørlandet. Det er valgt ut tre caser for å få innsikter i hvordan ulike kontekstuelle forhold kan spille inn på når KØH skal etableres. Undersøkelser har vært gjennomført i perioden 01.12.2014- 01.07. 2015. Overordnet betyr det at jeg skal beskrive hvordan KØH har fungert så langt, og hvordan organiseringen varierer mellom de tre byene: Flekkefjord, Kristiansand og Arendal. Samt hvilke utfordringer de har møtt med hensyn til samstyring og koordinering for å få tilbudet på plass.

For å kunne belyse og forklare problemstilling, var det nødvendig å bruke kvalitativ metode, og det å benytte flere datakilder syntes fruktbart i denne sammenheng. Valget ble å kombinere dokumentanalyse og kvalitative data fra intervju med de involverte aktørene. Det å bruke dokumenter og intervjupersonenes subjektive opplevelse av virkeligheten, gir et viktig innslag til forståelse og forklaringer (Andersen, 2013). Når man bruker flere kilder, kalles det «datatriangulering» (Andersen, 2013, s. 25). Datatriangulering gir studiet bedre validitet (gyldighet) i tolkninger og forklaringer, og styrken ligger i bredden av forståelse og forklaring av handlinger og prosesser (Thagaard, 2009).

5.1 Case som forskningsdesign og strategi

Design betyr i denne sammenheng å finne og videreutvikle tema, problemstilling og tilnærming for masteroppgaven. Forskningsdesign er en forskningsplan eller et opplegg for innsamling og drøfting av data. Casestudier er et eksempel på design som utføres gjennom en intensiv analyse av ett eller flere objekter (Andersen, 2013). Jeg har valgt å benytte kvalitativ forskningsstrategi i form av samtaleintervju og dokumentanalyse og har valgt ut tre caser som jeg vil sammenligne.

Ofte omtales case som om det kun er en type forskningstilnærming, mens det i realiteten finnes mange ulike forskningsstrategier som ligger i casebegrepet (Andersen, 2013, s. 18). Enkelt sagt er casestudiet en analyseenhet som er egnet når en skal se på en eller få caser. Ved bruk av casestudier kan man sette et avgrenset system under lupen, for å øke forståelsen for en årsakssammenheng eller et fenomen. Det blir benyttet for å forklare eller generalisere en problemstilling av en eller få enheter. Casestudiemetoden har lang tradisjon og kan spores helt tilbake til de greske filosofene, men også til Darwins teori om naturlig seleksjon (Andersen, 2013) s. 23. Ragin forankrer ikke sin framstilling av casestudier i en bestemt vitenskapsteoretisk retning i ”Constructing social research” (Ragin, 1994), men han snakker om prosessen som fører fram til en avklaring hva case er. Dette omtales som «casing» (1994, s. 218). Han mener at forskningsdesignet er en del av forskningsprosessen, og jeg velger å ta utgangspunkt i dette tankesettet i min masteroppgave for å besvare problemstillingen.

I det virkelige liv er det ingenting som kan forklares uten kontekst, eller som gir mening når det tas ut av en sammenheng. Derfor er det nødvendig å se også KØH innenfor de ulike kontekster som de inngår i, og fra ulike sider. Dokumentanalysen min underbygger dette. Det at handlinger og prosesser er nyttige å forstå i ly av kontekst, er nettopp det som er den kvalitative metodes styrke. Kvalitativ metode gir meg mulighet til å kunne belyse intervjupersonenes subjektive oppfatninger av temaet. Observasjoner av personer og institusjoner gir meg mulighet til å se og vurdere selv, og dokumentene gir kunnskap. Det er begrunnelsen for valg av kvalitativ metode og casestudiet.

Men kvalitative studier og casestudier har en svakhet ved at de gir begrensede muligheter for å generalisere utover det studerte caset. (Andersen, 2013; Thagaard, 2009). Det er imidlertid også noen forfattere som mener det er mulig å generalisere ut i fra caset (Flyvbjerg, 1991). Det vil si at kontekstbasert kunnskap slik den opparbeides i casestudier kan ha større verdi, siden en får tak i nyansene i samfunnsvitenskapen enn kontekstuavhengig kunnskap, der

nyansene uteblir, slik den kan fremkomme i kvantitativ forskning. Min studie har ikke til formål å generalisere, men heller beskrive og forklare. Likevel kan det ikke utelukkes at andre kan dra nytte av de funn som er gjort i videre studier. Empirien kan lett sammenlignes med det man finner i andre kommuner i landet, og kan tenkes inneha den samme problematikken. I beste forstand kan studien bidra til å skape en større forståelse for temaene: styring, koordinering og samarbeid mellom offentlige helseetater.

I denne studien har jeg valgt å bruke kvalitativ forskningsstrategi med komparativt design. Komparativ forskning har to grunnleggende valg, å sammenligne - mest like og mest ulike caser (Andersen, 2013, s. 103-104). Da kan man enten framheve og øke forståelsen for hovedcaset, eller finne variabler som forklarer forskjellene. Jeg har som mål å gi forståelse gjennom sammenligning og vil bruke det for å identifisere forskjellene mellom de tre organiseringer av KØH på Sørlandet. Noe av grunnen til jeg fant det naturlig å sammenligne de valgte casene; var at alle tre hovedcaser er lokalisert i en by med tilknytning til sykehus. De ligger alle i samme helsedistrikt (SSHF), men er ulikt organisert. I tillegg til å sammenlikne hva ulik organisering kan bety, vil jeg på bakgrunn av de tre casene kunne akkumulere kunnskap om utfordringer med fenomenet KØH.

I utgangspunktet vil ikke økningen av antall caser bare åpne for klarere skillelinjer, men også mer akkumulert kunnskap om det samme fenomenet. En annen fordel med å bruke komparative studier, er at det kan etableres en referanseramme, som har som mål å karakterisere og måle et fenomen som i utgangspunktet ikke har noen referanseramme fra før, slik tilfellet er med KØH (Andersen 2013, s. 92). I tillegg kan komparative studier minne en på, eller gjøre en klar over forutsetninger man ikke hadde sett. Lipset, (1990) går så langt at han påstår at det gir en bedre analytisk kontroll, fordi det er knyttet til forutsetningen for en observasjon, ikke til antall observasjoner, Andersen (2013).

Et problem med komparative studier er at en eller flere av forklaringsvariablene kan framstå som mer fremtredende enn andre (Andersen, 2013). De kan framstå som veldig viktige når problemene kan være mer sammensatte. Analytisk forenkling er en forutsetning for å forstå kompliserte teoretiske formuleringer, gjennom gode begreper og modeller (King, Keohane, & Verba, 1994, s. 10). Jeg vil undersøke og sammenligne organiseringen, koordineringen og samarbeidet. Målet er å underbygge forskjellene i ly av teori og at sammenligningen vil gi bedre analytisk kontroll.

5.2 Dokumentanalyse

I denne studien var det viktig for meg å bruke dokumentanalyse i tillegg til intervjuer for å belyse problemstillingen på en bedre måte. Det å analysere data fra dokumenter har lang tradisjon i kvalitativ forskning og handler om systematisk å analysere relevante dokumenter (Thagaard, 2009). Det var også til hjelp for å danne et grunnlag og få et bredere syn på feltet enn jeg hadde fått med bare å benytte meg av ett av dem (Andersen, 2013). Selv om jeg er godt kjent med helsesektoren, er KØH relativt nytt, og jeg hadde ingen kunnskap om tema før jeg gikk i gang med studiet. I tillegg er jeg - som forsker - muligens preget av mine erfaringer, kunnskaper og ballast, noe jeg ønsket ikke skulle prege forskningen. Derfor er jeg bevisst på at min bakgrunn kan ha betydning for min forskningsprosess påvirke meg i rollen som forsker. King, Keohane og Verba (1994, s. 50) advarer mot slurvete tilnærming og konklusjoner som baseres på tilhørighet til faget. Det å analysere lovtekster og stortingsmeldinger og bringe inn teori i tolkninger gir distanse og vil kunne nøytralisere ”nærsyntheten”. Ved å anvende en kombinasjon av dokumentanalyse og intervju mener jeg at dataene får et mer solid grunnlag. Organiseringen av de tre kommunal øyeblikkelig-hjelp (KØH) bygger på de samme dokumenter. Likevel har de tre kommunene funnet fram til ulike måter å organisere sine tilbud på. Gjennom intervjuene kan jeg foreta en grundigere analyse av deres valg og sammenligne de ulike løsningene.

Forskerens holdninger kan være forutinntatt. Det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til egne ønsker. For å minimalisere risikoen for bare å legge merke til det man ser etter, har triangulering her sine fordeler (Andersen, 2013). Fordelene ved å analysere loven og andre offentlige dokumenter påvirker virkelighetsforståelsen, dokumentene er tilgjengelige hele tiden og er meget nøyaktige.

Dokumentene som har blitt samlet inn, er nødvendige for å forstå føringen som ligger som bakteppe for KØH. De er også nyttige for å tilegne seg bakgrunnskunnskap om temaet og når man skal beskrive den aktuelle reformen. Disse omfatter offentlige dokumenter som: stortingsmeldinger, veiledninger, rapporter, utredninger, proposisjoner, vedtak og lover. Videre har jeg sett på lokale dokumenter som møtereferat og flere samarbeidsdokumenter mellom forvaltningsnivåene. Noe har jeg fått tilsendt fra informantene, og noe er søkbart på Sørlandet sykehus sine nettsider. Dokumentene er blitt brukt utfyllende og gir en helhetlig forståelse av saksfeltet. I tillegg blir kunnskapen brukt i forhold til intervjuene. Jeg har gått gjennom mange dokumenter, og det er kommet stadig nye dokumenter underveis i arbeidet

med studien. Dette har bidratt til å komplisere arbeidet og gjort det vanskelig å begrense oppgaven. Dokumentene alene gav for knapp informasjon i forhold til problemstilling og de konkrete aktørene studien omhandler. Jeg har derfor foretatt intervju med sentrale personer for å få belyst denne problemstillingen bedre.

5.3 Strategisk valg av informanter og framgangsmåter for kontakt

For å finne fram til intervjupersonene har jeg benyttet meg av tips fra sentrale personer, fra preintervjuene og intervjupersoner underveis. Ulike intervjupersoner passer til forskjellige typer intervju (Kvale, 1997), derfor er det å være strategisk i sin utvelgelse en nødvendighet. Utvalget er gjort med omhu og personene innehar kunnskaper som er relevante for problemstillingen (Thagaard, 2009). Jeg har tatt direkte kontakt med intervjupersonene via mail og telefon. Jeg ringte de fleste først og sendte så mail (se vedlegg 2). Tanken bak å ringe først var «å ufarliggjøre» situasjonen, dessuten kunne jeg raskere avtale et møtested. Informantene fikk selv bestemme tidspunkt for intervjuet. Jeg valgt å oppsøke dem på arbeidsplassen, noe som var en bevisst strategi for å hindre frafall.

Undersøkelseskommunene er valgt ut fra at de alle tre har spesialistsykehus i kommunen, og at alle er lokalisert innenfor helseregionen og underlagt SSHF. Fra de kommunale tjenestene er følgende intervjuet: virksomhetsleder i vertskommune, kommunalsjef, kommuneleger, rådgiver for strategi og samhandling, tjenesteleder, tilsynslege, avdelingsledere og samhandlingskoordinator interkommunalt. Fra spesialistsykehus er følgende intervjuet: samhandlingssjef, samhandlingskoordinator og økonomisjef. I alt 11 personer er intervjuet.

Personene som er intervjuet er omtalt som informanter eller intervjupersoner.

Intervjupersonene er ikke omtalt med navn, selv om det hadde vært mulig å omtale dem ved tittel, har jeg ikke sett nødvendigheten av det. For å finne fram til informantene har jeg tatt direkte kontakt med et utvalg personer, som *har og har hatt* kontakt med KØH. Det har vært viktig for meg å finne personer som sitter på ulike nivå for å få et helhetsbilde. Disse utgjør: personell fra helsesektoren i operativ enheter, ledere i kommunesektoren og samhandlingskoordinatorer og administrative ledere fra flere nivå. Noen av informantene jobbet med behandling av pasienter direkte, og alle hadde administrativt ansvar.

I studien har jeg benyttet meg av halvstrukturerte intervju. Intervjuguide ble utformet i forkant av intervjuene og inneholder et forslag over rekkefølgen av temaene, som det skulle samtales

om (Se vedlegg 1). Dette er en intervjuform som jeg syntes passet fordi jeg kunne holde samtalen innenfor hovedtema; litt ut fra situasjon og intervjuperson. Jeg forsøkte å bygge spørsmålene slik at de enkleste og mest nøytrale spørsmålene kom først, for å skape kontakt og utvikle en god tone. I følge Thagaard (Thagaard, 2009, s. 99) kan rekkefølgen være avgjørende for hvordan intervjuet utvikler seg. Videre har jeg vært bevisst på å ha kort spørsmålsformulering. De første minuttene kan være av avgjørende betydning for hvordan intervjuet forløper (Kvale, 1997). Etter første intervju korrigerte jeg og kuttet ut noen spørsmål fordi de gikk over i hverandre. Jeg opplevde at rekkefølgen for hva det var naturlig å starte med var ulik hos de forskjellige intervjupersonene. Posisjon og bakgrunn hadde størst betydning for hva intervjupersonen var mest fortrolig med å snakke om. Et intervju er en samspillsituasjon som ikke kan fastlåses med mal, i følge Thagaard (2009, s. 103).

Hver av intervjupersonene er stilt en rekke spørsmål for å belyse problemstillingen. Spørsmålene var utarbeidet for å finne utfyllende informasjon som handlet om å beskrive de etablerte KØH i kommunene. Jeg ville belyse hvilke faktorer som påvirker samarbeidet med andre kommune og med spesialistsykehuset. Videre ville jeg se på hvordan tilbudene koordineres og styres. Til slutt ville jeg få fram hva informantene mener er de største utfordringene.

5.4 Nærmere om gjennomføringen av intervjuene

Intervju ble benyttet for å finne utfyllende informasjon om temaet. Jeg var nøye med å informere intervjupersonen om studiet mitt, hva vi skulle samtale om og intervjuets varighet. Som intervjuer var jeg fokusert på å ha en god tone og være interessert (aktiv lyttende). Jeg hadde trygghet i at jeg hadde kunnskap om det vi skulle snakke om, og ved at jeg hadde ferdig utformede spørsmål. Intervjuene ble utført halvstruktureert. Med det mener jeg at det ofte er mer informativt å følge opp det svaret intervjupersonen kommer med, enn å følge på med planlagte spørsmål eller bytte tema. Kvale (1997, s. 91) sier at:

Intervjuerens selv er et forskningsinstrument. For meg synes det viktig å fokusere på hele situasjonen med framtoning og høflighet. Videre viser Kvale (1997) til at øvelse gjør mester. Et annet element er at jeg har hatt verv som har gitt meg erfaring med intervjusituasjonen. Til slutt i intervjuet oppsummerte jeg noen av de viktigste funnene og takket for god informasjon. I tillegg fikk jeg omvisning på de konkrete institusjonene, og fikk - på den måten - et bredere bilde av de fysiske rammene. Intervjuene ble tatt opp på iphone.

Mitt datagrunnlag baserer seg altså på følgende kilder: intervju med nøkkelpersoner i tre ulike byer med tilbud om tjenesten, to intervju fra samarbeidskommuner, tre intervjupersoner ved spesialistsykehuset i ulike posisjoner, lokale dokumenter (fra etatene) og offentlige dokumenter. I tillegg kom uformelle samtaler med andre aktører og egne observasjoner.

Jeg kjente ikke personene på forhand og forsøkte å tilpasse meg intervjupersonene. Det gikk selvsagt ikke like lett i hvert intervju. Intervjupersonene hadde alle noe de likte å snakke mest om. Da kunne det være utfordrende å få samtalen over på tema som jeg ville innhente opplysninger om. De fleste ville at jeg skulle snakke litt om meg selv, noe som overrasket meg, selv om all faglitteratur fremhever interaksjonen som en viktig del av intervjuet. Interaksjonen kan knyttes til hvordan forskeren framstår med personlige egenskaper, sosial bakgrunn, kjønn og alder (Thagaard, 2009).

5.5 Transkribering

Transkribering er å omgjøre opptak av intervju til tekst. Etter hvert intervju gikk jeg i gang med transkribering, de baserte seg på notater jeg hadde gjort underveis og lydopptak.

Transkripsjonen ses på som et verktøy for tolkningen av intervjuene (Kvale, s.116). Denne prosessen fører til at verdifulle fakta og ytringer «vaskes» fra muntlig til skriftlig form.

Transkripsjon medfører en rekke vurderinger og beslutninger som påvirker studiens pålitelighet og gyldighet. Struktureringen av intervjuene starter ved transkribering, og struktureringen kan ses på som begynnelsen av en analyse.

I transkriberingsprosessen har jeg lagt vekt på å lage overskrifter for hvert tema som følger intervjuguiden (vedlegg 1). Besvarelser som hører til under hvert tema blir satt inn her, under hver kategori. Kvale (1997, s. 126) kaller metoden for meningsanalysering for meningsfortetting.

5.6 Tolkning og analysestrategi

Mitt intervjumateriale består av transkribert tekst fra til sammen tolv informanter, og er meget omfattende. Struktureringen av de transkriberte intervjuene for analyse har vært en svært viktig prosess. Disse ble ordnet ut fra tema og fokusområder.

Etter fasen med transkribering var overstått, var jeg klar for analyse av forskningen. Først kommer utsnitt av intervjuet, så analyseres uttalelsen og den knyttes til sentrale tema. Deretter har jeg speilet uttalelsene med teori og dokumentanalysen. Problemstillingen fokuserer på hva informantene selv opplevde som utfordringer ved: organisering, koordinering, samarbeid og styring. En mulig feilkilde kan være at noe av informasjonen jeg fikk fra informantene ikke ble vektlagt og brukt i drøftinga.

Temasentrert tilnærming for analyse baserer seg på at teksten deles inn i kategorier. De representerer temaer i undersøkelsen og utgjør et felles utgangspunkt for analyse (Thagaard, 2009). Når hensikten er å sammenligne, bør informasjonen om gitte tema være sammenlignbare og være like omfattende. Thagaard (2009) viser til at antall tema er viktig. For mange tema vil kunne føre til at sammenligningene vil bli lite oversiktlige, mens for få tema kan føre til at verdifull informasjon går tapt. For å vise informasjon fra mange informanter, og for å få bedre oversikt, har jeg benyttet meg av matriser i kombinasjon med en helhetsorientert tilnærming. Bruk av matriser i temasentrert tilnærming har blitt kritisert for at man river tekst ut av sin sammenheng, men samtidig kan man ivareta et fortolkende perspektiv.

Basert på uttalelsene fra informantene er det blitt gjort sammenligninger mellom kommunene og sammenligninger mellom kommune og helseforetaket.

I det praktiske arbeidet med analysen ble intervjuene tatt opp med iphone og deretter skrevet ned ordrett. Etterpå anvendte jeg de samme temaene i intervjuguiden og systematiserte hvert intervju under de ulike temaene. Strauss og Corbin (Strauss & Corbin, 1990) beskriver fleksible retningslinjer for koding av data i en «grounded theory» analyse. De peker på at spørsmål skal danne relasjoner mellom kategorier, noe som framgår av analysemateriale.

Hvem har sagt hva?

<i>Hvem</i>		
<i>Samhandlingskoordinator regionalt</i>	<i>Iks1</i>	<i>Knutepunkt</i>
<i>Samhandlingskoordinator regionalt</i>	<i>Iks2</i>	<i>Østre Agder</i>
<i>Avdelingsleder kommune</i>	<i>ki1</i>	<i>Arendal</i>
<i>Tjenesteleder kommune</i>	<i>ki2</i>	<i>Kristiansand</i>
<i>Avdelingsleder kommune</i>	<i>ki3</i>	<i>Flekkefjord</i>
<i>Samhandlings sjef HF</i>	<i>si1</i>	<i>SSHF</i>
<i>Samhandlingskoordinator HF</i>	<i>si2</i>	<i>SSHF</i>
<i>Økonomisjef HF</i>	<i>Si3</i>	<i>SSHF</i>
<i>Lege kommune, faglig ansvarlig KØH</i>	<i>L1</i>	<i>Flekkefjord,</i>
<i>Lege kommune</i>	<i>L2</i>	<i>Vennesla</i>

Tabell 1. Oversikt over intervjupersoner

5.7 Metodens kvalitet – om validitet og reliabilitet

En styrke ved casestudiet er at man kan skaffe seg detaljert og omfattende kunnskap om det temaet studiet omhandler, og man kan si at caset oppnår høy grad av validitet (Andersen, s. 156). Dessuten gir også caset en mulighet for innhenting av uformell informasjon ved observasjoner, som en survey ikke vil kunne oppfange.

På grunn av min helsefaglige yrkesbakgrunn har jeg hatt en nærhet til forskningsfeltet og kunnet bygge opp tillitsrelasjoner til informantene - noe som er viktig i kvalitative intervju. Selv om jeg ikke har forsket i egen organisasjon, kjente jeg «språket» og måtene å utrykke seg på. Jeg kunne forholdsvis raskt sette meg inn i de situasjonene som ble forklart og følge opp med spørsmål.

Kvantitative forskningsintervju er et produksjonssted for kunnskap, uttrykker Kvale (1997, s. 17). Det er sant, men det kan også være kilde til feilinformasjon. Det kan forekomme ledende spørsmål, spesielt når man skal sette en person inn i en kontekst. I tillegg kan det å ha en nærhet til feltet gjøre at man som forsker lett overtar intervjupersonens - og lokale forklaringer - på problemene fra organisasjonen. Derfor skal man stille seg kritisk til egne holdninger, og analysere hvilken informasjon og kunnskap de bygger på. Forutinntatte meninger kan være både bevisste og ubevisste. Dette er feilkilder som det er viktig å fokusere på ved forskning.

Da er det viktig å kartlegge, samt være bevisst på eget ståsted når en skal gjøre intervju og observasjoner. Da tema var valgt til masteroppgaven, var det naturlig for meg å diskutere

tematikken med mennesker, som jeg traff på og som var opptatt av temaet og engasjert i dette. I slike sammenhenger skjer det en meningsutveksling. Dermed skapes oppfatninger og forventninger. Det gjør at man som forsker kan ha forventninger til hva man kan finne.

Bruk av teori mellom egne oppfatninger og empiri kan bidra til å begrense subjektivitet som feilkilde. Kvale (1997, s. 77) sier at ideelt sett bør:

«Intervjuspørsmålene er tematisk relatert til intervjuemnet, til de teoretiske begrepene som ligger til grunn for undersøkelsen og den påfølgende analysen.»

I den perfekte verden, i det perfekte intervjuet - ville dette være mulig. I virkeligheten er det ikke sånn. Jeg opplevde at ikke alle informanter var like lette å styre inn på de «riktige» tema i intervjusituasjonen. Det var som om de hadde en egen agenda. Da måtte jeg gå bredere til verks og følge opp med spørsmål, for å få ledet dem tilbake til temaet. Intervjuet kunne da bli en del lengre og mer krevende, både i selve intervjusituasjonen, men også da det skulle transkriberes.

I denne studien er det brukt flere datakilder, noe som kalles datatriangulering (Kvale, 1997). Dette bidrar til å styrke forskningen, samt å gi økt kontroll, knyttet til validitet og reliabilitet, selv om det ikke gir noen garanti for mer pålitelige resultater. Misforståelser og systematiske feil kan fortsatt forekomme. Men datatriangulering gir bedre mulighet til å kryssjekke. Det forutsetter en tilstedeværelse i forskningen og vilje og evne til utprøving av fremgangsmåter.

For at forskningen skal være holdbar er det særlig to krav som må være oppfylt – det er **validitet og reliabilitet**. Ved å vurdere om studien er egnet til problemstillingen, kan man vurdere validitet. Har man fått svar på det man faktisk har spurt om?

Validering kan ses i flere stadier. Den kan omhandle tidlige stadier av studiet, ved tematisering og man kan stille seg spørsmålet: Er dette en logisk utredning? Det kan ha med intervjuets kvalitet å gjøre. Man bør ha en «på stedet kontroll» for å forsikre seg om at man forstår meningen med det som har blitt sagt. Ved transkriberingen er meningsfortetting valgt og senere satt opp komparativt. I analysedelen av studiet er validiteten å se på spørsmålene som stilles. Er spørsmålet gyldige, eller er de ledende? Det gjelder å ha en reflektert holdning til hvilke validitetsformer som er egnet for en bestemt studie, og dessuten være bevisst ved gjennomføringen og avgjørelsen for hva som er relevant analyse.

Reliabilitet angår troverdighet, dvs. om man får samme resultat om man måler det samme flere ganger. Reliabiliteten kan knyttes til undersøkelsens data og hvor pålitelige resultatene fra datainnsamlingen er. Og om resultatet ville blitt de samme ved å bruke den samme metoden på andre **forskere** (Kvale, 1997). Utfordringen blir å gjøre innsamlingen av data relevant for problemstillingen. Det ble vektlagt å velge ut data nøyaktig og systematisk og ikke håndplukke eksempler. Jeg mener selv at oppgaven har høy reliabilitet, fordi metoden jeg brukte gav meg mulighet til å behandle svar på den mest pålitelige måten.

5.8 Ethiske hensyn

Ethiske refleksjoner er gjort før og underveis, fordi man som forsker har et etisk ansvar for hvordan man gjennomfører forskningen, men også hvordan man presenterer den. Forskeren har som ansvar å være redelig og nøyaktig når man vurderer teori og andres arbeid. Det å forske kvalitativt gir et ekstra ansvar overfor personer og omgivelser som inngår i forskningen, blant annet ved å søke samtykke før man går i gang med intervjuet.

Meldeskjema til NSD er blitt sendt inn ved oppstart av prosjektet mitt. Og etter å ha fått klarsignal, var det bare å sette i gang med intervjuer. I forkant av intervjuene ble det sendt ut informasjonsskriv om oppgaven. Her ble det vist til samtykke, frivillig deltakelse, anonymitet og at man når som helst kunne trekke seg fra intervjuet dersom man ønsket det. Lydopptakene ble slettet etter transkribering.

6. Empiri og analyse

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere mine funn og analysere dem i henhold til problemstillingen. Jeg vil beskrive dagens modell for kommunal øyeblikkelig hjelp der bakgrunnen er sett ut fra en dokumentanalyse med utformingen av loven som overordnet perspektiv. Deretter presenterer jeg mine funn fra intervjuene.

Hvordan analyseres intervjuene?

Dokumentene er behandlet som objekter i seg selv, og det tas et utgangspunkt at de tjener som informasjonskilder for å beskrive sentrale forhold knyttet opp til etableringen av KØH på Agder. For å studere organiseringen av KØH har jeg tatt for meg samhandlingsreformen og de føringene som blir gitt. Jeg har sett på virkemidler for reformen og studert lokale dokumenter, samt samarbeidsavtaler.

Nå vil jeg belyse hvordan de profesjonelle tolker de statlige målene og hvordan de i praksis fungerer, samt hvor langt har de kommet med implementeringen. Intervjuene skal belyse hvordan intervjupersonene opplever organiseringen, samarbeidet, hvordan tjenesten koordineres og utfordringene i det daglige.

Jeg vil gjøre rede for min kvalitative undersøkelse ved å analysere utvalgsenheter ut fra fem hovedkategorier. En del av materialet framstilles ved hjelp av tabeller og modeller som jeg har utviklet selv. Modellene har til hensikt å skape oversikt gjennom forenkling og sammenfatning av tekstenes innhold.

Det skal beskrives hvordan ulike kommuner i Agder har organisert tilbudet om øyeblikkelig hjelp, hvordan det styres, hvilke samarbeid som må til, samt at jeg skal se koordineringen og dens effekter på tjenesten. I tillegg har jeg sett på spesialistsykehuset og deres synspunkter og opplevelse av øyeblikkelig hjelp-tilbudene i Agder-regionen.

Etter en systematisk gjennomgang av datamaterialet er presentasjonen av resultatene delt i fem hovedkategorier:

- Organisering (vertskommune, sentralisert til sykehus, desentralisert til vertskommune)
- Styring (samstyring)
- Koordinering (nettverk, hierarki, kontroll, kommunikasjon).
- Samarbeid og kulturforskjeller
- Utfordringer ved KØH /ØHD

Ved bruk av erfaringsbasert teori («grounded theory») har jeg forsøkt å utvikle en teoretisk tolkning. Etterhvert som man går gjennom dataanalysen, foretas kontinuerlige kodinger, og siden forskerens kunnskaper øker i takt med studiens omfang (undersøkelsen streder frem), er målet for undersøkelsen erfaringsbasert teori.

6.1 Samhandlingsreformens rammer og krav

Pasientmedvirkning og helhetlig pasientforløp skal bidra til en felles referanseramme i helse- og omsorgstjenesten (St. meld 47, 2009, s. 14). Likhetsprinsippet vektlegges ved at det skal foreligge et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bosted, etnisitet og økonomi. Pasientrollen skal styrkes både på individ- og gruppenivå, og det skal skje via medvirkning og medbestemmelse. Hensikten er å legge til rette for enkeltpersonens mestring over eget liv. Et eksempel fra Samhandlingsreformen er:

”Retten til selvbestemmelse og medbestemmelse er således også en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet” (2008-2009, s. 51).

”Å legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen (brukerperspektivet) er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Perspektivet innebærer at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum ”(2008-2009, s. 51).

Samhandlingsreformen skal forstås som styring, med det menes et avgrensbart regime, som er samfunnets produksjon av helsetjenester til folket. Særlig kan dette ses på som styring fra aktørenes perspektiv, og det baserer seg på å skille systemet og omverden. Myndighetene kan styre systemet ved å endre handlingsbestemmelsene og rammevilkårene. Da endrer systemet seg først og omverden endrer seg med den, som en reform.

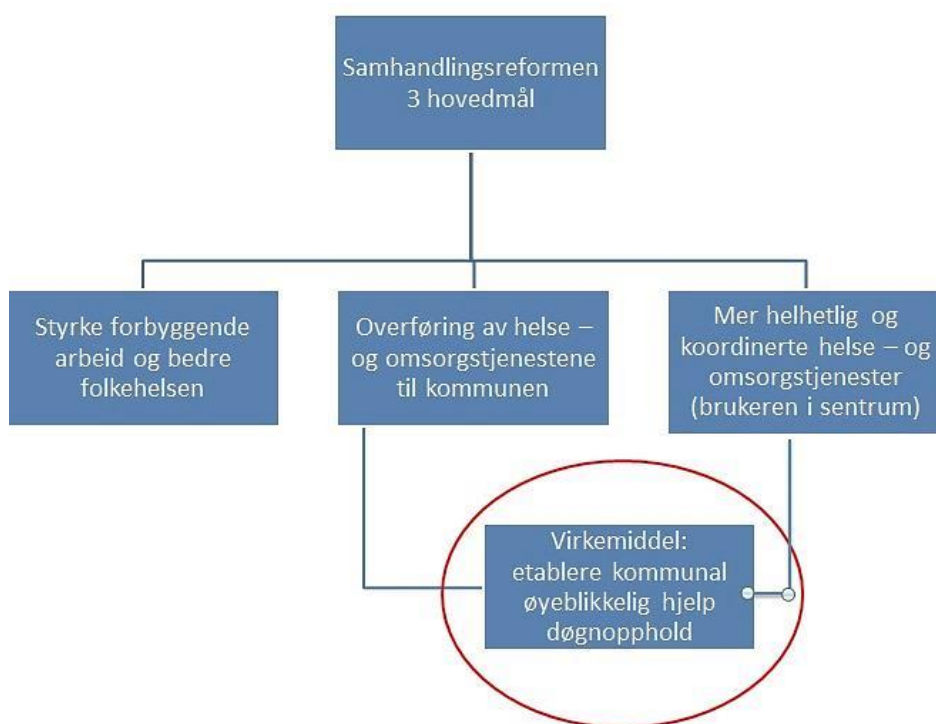
6.1.1 Dagen modell for Kommunal øyeblikkelig hjelp

Dagen modell for KØH er regulert gjennom avtaler mellom de ulike kommunene og Helse foretakene. Overordnet er lovverket og avtalene, så følger delavtalene. I Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 om «plikt til å inngå avtale» ble plikten til samarbeid mellom kommune og helseforetak lovfestet og formalisert. Disse avtalene gjør at partene forplikter seg til et samarbeid både faglig og organisatorisk for å utvikle helse – og omsorgstjenestene. I tillegg utarbeider Helse - og Omsorgsdepartementet veiledningsmaterieell som gir indikasjoner på hvordan tilbudet kan se ut (Helsedirektoratet, 2014a). Totalt har kommunene utarbeidet en rekke avtaler med sitt helseforetak, og delavtale 4 regulerer arbeidet med KØH i kommunene

(SSHF, 2012). Avtalen regulerer inklusjons- og eksklusjonskriterier for tilbudet, samt krav til organisering og legedekning.

6.1.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud som virkemiddel for Samhandlingsreformen

For å innfri målsetningene med samhandlingsreformen, pålegges alle kommunene til å etablere en kommunal øyeblikkelig hjelp døgnoophold til sine innbyggere. Etter å ha gransket samhandlingsreformen og dokumenter som omhandler reformen, har jeg kommet opp med en modell som kan forklare KØHs plassering i forhold til den funksjonen den skal ha:



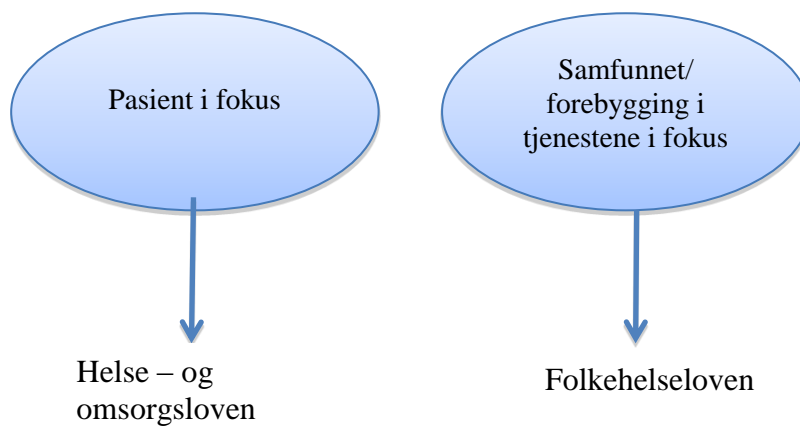
Figur 3 Kommunal øyeblikkelig hjelp innføres som virkemiddel for å innfri kravene til samhandlingsreformen

Ved innføringen av Samhandlingsreformen var det ulike syn som presset fram ny lovgiving. Med ivaretagelsen av pasienten pålegges kommunene et større ansvar, og loven fremmer/påtvinger samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kommunene gis også større rom for lokale tilpasninger. Folkehelseloven har større samfunnsansvar og formålet med loven er at den skal hindre helseforskjeller i befolkningen, forebygge sykdomsutvikling og sørge for at miljøutfordringer ivretas (Folkehelseloven, 2011). Begreper som folkehelse og folkehelsearbeid fremmes som viktige begreper, og lovens

virkeområde er på alle forvaltningsnivåene; helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private, samt samarbeidsparter.

6.1.3 Loven skal sikre ressursbruk og understøtte samarbeid

Loven stiller større krav til den enkelte innenfor helsepersonellet og større krav til kommunene. Forvaltningsansvaret skyves nedover i systemet og styrker ytterligere fragmentering av helsetjenesten. Diskusjonen bør gå på om folkehelseloven er for ambisiøs og sånn sett blir for generell og at utfallet blir uforpliktende.



Figur 4. Ulike faktorer som var med på å påvirke ny lovgiving

Det gjøres også endringer i andre sentrale lover, herunder spesialisthelsetjenesteloven og pasient – og brukerrettighetsloven samt helsepersonell-loven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Formålet med ny lovgiving er å sette kommunene i stand til å tilby like gode eller bedre tilbud til pasienter som trenger et øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og gi pasientene økt status/rettigheter overfor hjemkommunen.

Loven som har konkret med kommunenes etablering av KØH å gjøre, er regulert i Helse- og omsorgsloven (2011). I § 3-5 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det følgende:

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.

Denne delen av loven er ennå ikke satt i verk, det vil den bli når kongen bestemmer jf § 13-1. Det er sannsynlig at den vil bli iverksatt fra 2016 når etableringene av KØH er på plass i

landets kommuner. Men loven legger ikke føringer for hvilke pasienter som skal benytte de tomme sengene på Kommunal Øyeblikkelig hjelp. Det er opp til de enkelte institusjonene, men den sier at de som blir innlagt her:

«Skal ha de samme diagnoser som pasienter som hyppig blir lagt inn i sykehus».

Man kan spore en perspektivendring i lovverket etter innføringen av Samhandlingsreformen (2009). Før var fokuset rettet mot helsetjenestene og individuell sykdom, mens det nå ble rettet mot ulike helsetilstander. Denne endringen gjør at man ser etter påvirkningsfaktorer på folks helse og legger den til grunn for en ny folkehelselov (Folkehelseloven, 2011). Siden helse ofte oppleves som noe som man skaper utenfor helsesektoren, fremmer loven felles innsats innenfor ulike sektorer. Det kan se ut som om en samfunnsendring og en perspektivendring kan føre til at lovverket tilpasser seg. Eller omvendt: at loven endrer seg etter reformfornyelsen.

6.1.1 Samarbeidsavtaler og interkommunalt samarbeid ved de tre KØH-enhetene

Kommunene er forpliktet til å lage en samarbeidsavtale med spesialistsykehuset de sokner til (Helsedirektoratet, 2014a). HF Sørlandet Sykehus har ni ulike etableringer av KØH å forholde seg til. Denne studien omhandler tre av disse, og tabell 2 under viser en oversikt over deltakerkommunene, lokaliseringen av tilbudet og antall senger.

Kommune	Lokalisering av KØH	Antall plasser
Kristiansand	Kristiansand Valhalla (Disse utgjør tre kommuner i Knutepunkt Sørlandet)	12
Birkeland		
Lillesand		
Arendal	Arendal Myratunet (Østre Agder)	12
Froland		
Fyresdal		
Gjerstad		
Grimstad		
Nissedal		
Risør,		
Tvedestrand		
Vegårshei		
Åmli		
Flekkefjord		
Hægebostad		
Kvinesdal		
Lyngdal		
Lund		
Sokndal		

Tabell 2 viser oversikt over alle kommunene som KØH i oppgavens foretaksområde (juni, 2015).

Helseforetaket skriver avtaler med hver enkelt av kommunene, selv om mange av kommunene er i samarbeid med andre kommuner for å ha et tilbud. Delavtale 4 i Arendal kommunen er eksempel på en slik avtale (Arendal kommune & Sørlandet sykehus HF, 2012). I tillegg skal sykehuset bistå med veiledning i etableringsfasen og i drift, og særlig har de fokus på det faglige. Kommunene får ingen økonomiske midler før tilleggsavtalene i delavtale 4 er skrevet. Avtalen beskriver ansvars- og oppgavefordeling mellom partene, pasientgrupper,

tjenester, innhold i behandlingstilbud, innleggelsesprosedyre, krav til legetjeneste, kompetansekrav, organisering og økonomiske rammer.

6.1.2 Samarbeidsgrupper som har betydning for opprettelsen av KØH

Overordnet Strategisk Samarbeidsorgan (OSS) er øverste organ for samhandling i regionen. OSS har medlemmer fra sykehusledelsen og representanter fra de ulike kommunene i regionen; som rådmenn og kommunesjefer, i tillegg deltar brukerrepresentanter. Regionalt Samarbeidsutvalg er en arbeidsgruppe, som er underlagt OSS og derunder ligger medisinske faggrupper. Medisinsk faggruppe er et faglig utvalg som bistår i samarbeidet, stiller kvalitetskrav og krav til pasientsikkerhet for alle KØH-tilbud som blir opprettet på Agder og er sidestilt med OSS i hierarkisk nivå. Ved oppstart av KØH ble det opprettet prosjektgrupper som jobbet fram tilbudet lokalt. De inngår som faggrupper underlagt regionalt samarbeidsutvalg. En del av informantene har selv deltatt i disse prosjektgruppene og vært med på utformingen. Prosjektgruppene arbeid er imidlertid avsluttet nå som tilbudet er etablert.

6.1.3 Økonomiske faktorer og spleiselag

I kapittel 6 i Helse og Omsorgsloven (2011) framkommer det at KØH skal være et spleiselag hvor sykehusene må ta 50 % av regningen, og staten skal betale resten. Det betyr at fram til 1.1.2016 er ordningen gratis for kommunene, mens SSHF får redusert sine budsjetter.

Vertkommunene som driver tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenheter får alle midlene for tilbudet; slik det står i dag. De bygger opp tjenestene slik at den kan motta pasienter som passer inn i tjenesten. Innleggelser på spesialistsykehus koster, og det skal være billigere å ha pasienter tilknyttet kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene omfatter en rekke elementer som: utskrivning, mottak og kompetanseoverføring(SSHF, 2012). De er lovpålagt og støttet av kommunal medfinansiering av sykehusoppholdet. Kommunal medfinansiering er *avviklet* fra 1.1.2015 på grunn av uheldige utslag særlig for små kommuner, som kan ha store variasjoner i bruk av sykehus fra et år til et annet (Status for samhandlingsreformen, 2014, s. 18). Det har ført til at kommuner har fått store utgifter på grunn av enkeltpasienter med gjentatte sykehusopphold.

Andre økonomiske faktorer som påvirker helheten; er kommunale dagsbøter som har som hensikt å fremme mottak av utskrivningsklare pasienter. Dette gjøres for å unngå opphoping av denne typen pasienter på spesialistsykehusene. Kommunene forplikter seg til å bygge ut et tilbud for kommunal øyeblikkelig hjelp for sine innbyggere innen 2016, i følge Helsedirektoratet(2014 s.6). Dette vil bli regulert av lovverket fra 2016. Tilbudet om kommunal ØHD kan utformes slik det er hensiktsmessig. For eksempel i tilknytting til allerede etablerte tjenester, som sykehjem, sykestue, legevakt og der interkommunale samarbeid allerede er vanlig (Prop. 91 L, 2010–2011, s. 206) og Helsedirektoratet, (2014, s. 6) (Helsedirektoratet, 2014a).

6.2 Presentasjon av analyseenhetene

Påfølgende kapitler omhandler hva mine funn i feltet viser. Jeg finner det hensiktsmessig å presentere analyseenhetene for å kunne sammenligne enhetene. Teksten er skrevet ut fra det informanter har fortalt om tilbudene i de tre forskjellige enhetene i ulike deler av Agderfylkene. I tillegg har jeg snakket med tre representanter på spesialistsykehuset.

6.2.1 Flekkefjord som vertskommune

Flekkefjord kommune er vertskommune for øyeblikkelig hjelp. Alle kommunene unntatt Sirdal i Lister regionen, pluss Lund og Sokndal fra Rogaland samarbeider om tilbudet. I samhandling med Sørlandet Sykehus Flekkefjord og Flekkefjord interkommunale legevakt er det etablert et regionalt tilbud med kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp. Lengst kjørevei er for pasienter til tilbudet er en time.

I Flekkefjord er KØH etablert med sine tjenester og lokalisert på Sørlandet Sykehus, avdeling Flekkefjord. I tett samarbeid med legevakten som også er etablert på sykehuset, er tilbudet samlokalisert på en sengepost med fire senger på kirurgisk avdeling. Avdelingsleder jobber der 70 % stilling, og nattevakttjenesten er leid av kirurgisk avdeling. Sykepleieren har ansvaret for opp til fire pasienter på vakt, og er i et miljø der leger og annen faglig arbeidskraft er tilgjengelig. Lokaliseringen inne på sykehuset med høy legefaglig kompetanse og akuttberedskap vegg i vegg gir mer trygghet for personell på KØH.

6.2.2 Kristiansand kommune

Kristiansand kommune har inngått samarbeid med Lillesand kommune og Birkenes kommune og er vertskommunen for samarbeidet. Alle kommunene er tilsluttet regionrådet Knutepunkt Sørlandet og deltar i samarbeidet om den interkommunale legevaktsordningen. Legevakta har ansvar for opp til 10 ulike kommuner fra Aust- og Vest-Agder. Knutepunkt Sørlandet har tre ulike organiseringer for Kommunal Øyeblikkelig hjelp. En lokalisert i Vennesla (Vennesla/Iveland), en som dekker Søgne/ Songdalen, i tillegg til denne som oppgaven dekker: Kristiansand, Lillesand og Birkenes. Kristiansand kommune har vakt å kalle tilbudet for «Øyeblikkelig hjelp døgnopphold» (ØHD) og informantene forklarer at det er på grunn av at Helsedirektoratet har endret betegnelsen, derfor har de tatt navnet ØHD.

ØHD/KØH er lokalisert i tilknytning til korttidsavdeling på Valhalla. Avdelingen med ØHD er separat fra sykehjemmet i 1. etasje, og fungerer som en egen fysisk enhet i sammenheng med lokalmedisinsk senter. Lillesand og Birkeland har kjøpt seg inn, og Kristiansand drifter tilbudet etter vertskommunemodellen. Lillesand og Birkenes deler på to senger. Informantene hevder at det er en praktisk fordel å være i 1. etasje på grunn av tilgjengelighet, men de ønsker også det fysiske skille fra resten av sykehjemmet.

6.2.3 Arendal kommune

Arendal kommune var en av de første som etablerte tilbudet KØH på Sørlandet. De øvrige kommunene er Grimstad, Risør, Tvedestrand, Froland, Gjerstad, Vegårshei, Åmli, Nissedal og Fyresdal kommune (de to siste i Telemark fylke). KØH-tilbudet er etablert som en avdeling ved et sykehjem, og i samme avdeling er Arendals utskrivningsklare pasienter plassert. Tilbudet startet med to senger og er nå 12. De startet opp i mai 2013. KØH er lokalisert på Myratunet, som er et bo og - omsorgssenter i Arendal.

Arendal kommunes tilbud er i stadig utvikling. Nå omfatter tilbudet også et ambulerende team. Dette bringer deler av tjenesten ut til pasienter i distriktet som har behov for hjelp i eget hjem. I tillegg vil de flytte noen senger til et sykehjem i Grimstad, men det er blitt gjort i etterkant av studien. Tilbudet omfatter 14 årsverk, og man har fysioterapeut tilgjengelig (midlertidig stilling). I tillegg er det ansatt en lege tilknyttet sykehjemmet, som er tilgjengelig mellom kl. 0800-1600 på hverdagene. På ettermiddag og i helgene rullerer kommunale leger om ordningen.

6.2.4 Helseforetaket Sørlandet Sykehus

Som det framkommer tidligere i oppgaven er SSHF sin rolle å tilrettelegge for samarbeid på en rekke områder og at sykehuset skal bistå med veiledning i etableringsfasen og i driften, særlig har de fokus på det faglige. Dette gjør de ved å utarbeide samarbeidsmandat (delavtale 4 og tilleggsavtale) mellom kommunene og sykehuset.

I tillegg har sykehuset hatt en aktiv rolle i forbindelse med etableringen av KØH, der de blant annet hadde representanter fra sykehuset med i prosjektgruppene, i tillegg til Medisinsk faggruppe. Medisinsk faggruppe som består av kommuneleger og sykehusleger, fungerte så godt at den ble videreført for å jobbe videre med samhandling, men på andre områder enn KØH-tilbud.

Oppsummering:

Organisatorisk er tilbudene ulikt utformet, se tabell 3. Alle tre organiseringene har valgt ulike modeller. Det samme gjelder for gjennomsnittet i landet (Helsedirektoratet, 2014b). Den vanligste organiseringen er samlokalisering med sykehjem. Mindre enn 20 % av alle organiseringene lar tilbudet inngå i et distrikts/ lokalmedisinsk senter.

Samhandlingsstatistikken viser at alle kommunene fra Agder-kommunene har mottatt tilskudd for å etablere kommunalt døgntilbud (Huseby & Helsedirektoratet, 2015). To av kommunene har 12 sengeplasser og Flekkefjord har fire plasser, se tabell 3.

Organisering av KØH (3 enheter) i Agder

	Arendal	Kristiansand	Flekkefjord
Organisering av KØH/ØHD	I tilknytting til sykehjem. Avdelingen deles med utskrivningsklare pasienter	Delvis i tilknytting med sykehjem og med lokal medisinsk senter (LMS) men separat avdeling.	I tilknytting til SSHF Flekkefjord, inne på Kirurgisk sengepost
Antall plasser	12 sengeplasser	12 sengeplasser	4 Sengeplasser
Oppstart	Mai 2013	November 2014	August 2014
Flest pasienter fra vertskommunen	Ja	Ja	Ja
Flest pasienter innlagt kveld, og natt	Ja	Ja	Ja
Belegg, pasient belegg	40-50 %	20-30 %	20-30 %

Tabell 3 viser kortfattet oversikt over organisering av KØH på Agder

Antall plasser baserer seg på folketall og stipuleringer fra staten. Alle tre casene var ulikt utformet, og man hadde tatt hensyn til ulike lokale behov og hva som var tilgjengelig fra før. I Arendals tilfelle kan KØH beskrives som et tilbud utenfor standarden, i og med at de også har startet et pilotprosjekt med «KØH på hjul». Dette nettopp på grunn av lavt belegg. Her vil personalet kunne oppsøke pasienter som trenger ekstra tilsyn i de enkelte kommuner og sånn sett avlaste hjemmesykepleien. De ønsker å bringe tjenesten ut til brukerne. Et tilsvarende tilbud omtales av Grimsmo og Løhre (2014) i Midt-Norge, men utgjorde bare en av 37 kommuner.

Alle kommunene jeg har undersøkt er vertskommuner, som er en kommune som tilbyr en tjeneste på vegne av en eller flere kommuner. De representerer vertskommuner slik Jacobsen (2009) beskriver det. De mindre kommuner i samarbeidet har valgt å etablere tilbudet om KØH/ØHD-oppgaver i en annen kommune. Dermed får vertskommunene alle økonomiske stønader som «leiekommunen» får fra staten, samt økonomiske tilskudd fra spesialistsykehusene. Vertskommunen får altså betalt for å drive tilbudet for en annen kommune. Alle vertskommunene har i tillegg et sykehus lokalisert i umiddelbar nærhet, i samme by med noen kilometers avstand. Mine funn viser at vertskommunene gjør mest bruk av tilbudet KØH. De er i alle tilfellene den største kommunen; så det er sånn sett naturlig at de bruker tilbudet mest. Kommunene med lang reisevei bruker tilbudet mindre. Andre studier har vist samme tendens, blant annet en feltstudie fra Midt-Norge av Grimsmo og Løhre (Grimsmo, 2014) og Helsedirektoratets utgivelse om «Status for samhandlingsreformen» (Helsedirektoratet, 2014b).

En rekke elementer er felles for alle tre vertskommunesamarbeidene som jeg har sett på i oppgaven. Alle KØH-tilbudene tilstreber at behandlingstiden er inntil 72 timer. Det er pasientens fastlege, legevakslege eller lege i akuttmottak på sykehuset som kan legge pasienten inn på disse plassene. Det er sykepleier til stede 24 timer i døgnet alle dager, og en egen lege ved KØH, som går visitt alle dager. Disse er bygget opp etter de samme kriteriene som vi kjenner fra veiledningsmateriellet (Helsedirektoratet, 2014a). Tilbudene står fram som et alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter med avklart diagnose der behandling kan gjennomføres i kommunal regi. En forskjell mellom de tre er at nattevakten i Flekkefjord er leid inn hos SSHF på kirurgisk avdeling i Flekkefjord.

Belegget var opp til 50 % i den perioden jeg undersøkte, men gjennomsnittet lå på et sted mellom 20-40 % belegg. Men alle informantene sier at dette går i bølger, og at i perioder er det flere pasienter, og så kan det i andre perioder være færre. Kanskje kan tidspunktet for oppstart ha en effekt på innleggelsesratene? Arendal er den kommunen som hadde den høyeste belegget, og de var også tidligst ute med tilbudet, et år før de andre. Forskjellene var ubetydelige, og funn gjort av andre viser omtrent samme belegg (Grimsmo, 2014; Helsedirektoratet, 2014b, 2014c).

6.3 Utfordringer slik det erfares med samordning og hierarkiske føringer

Alle ledere jeg har intervjuer har hatt ulike posisjoner i ulike nivå innenfor KØH og har derfor ulik innflytelse. Ledere er ofte sentrale ved innføringer av nye reformer (Røvik, 2007). Dette ses i sammenheng med at ledere i offentlig sektor er blitt mer som endringsagenter å regne, på grunn av økte omstillinger og større resultatansvar. Ledere ivaretar i større grad grenseflatter og inngår i nettverk sammen med ledere fra andre organisasjoner, kommuner eller sektorer. På grunn av interkommunalt samarbeid og samstyring kan møtevirksomheten bli betydelig. Disse grenseflatterollene inngår som en styringstrend og for å beskrive brukes begreper som New Public Governance og New Public Management (Pollitt & Bouckaert, 2011). I dette underkapitlet vil jeg trekke fram noen utdrag fra intervjuene som viser uttalelser som handler om styring og ledelse.

«Leder må forholde seg til tjenesteleder, og tjenesteleder må forholde seg til virksomhetsleder ved avgjørelser».(ki3)

«Vi er innkalt til interkommunale samarbeidsmøter, - to møter i året. Det blir mest for å diskutere den økonomiske biten av avtalen. Samarbeidspartnere er omsorgssjefen i Birkenes, rådgiver på Lillesand Kommune og virksomhetsleder på Kristiansand Kommune og tjenesteleder av ØHD i Kristiansand»(ki2).

Min tolkning er at informanten forklarer en hierarkisk organisering ved avgjørelser innad i den lokale KØH, og forteller om møtepunkt mellom kommunene.

«I tillegg finnes det samarbeidsmøter for ØHD på Agder mellom de ulike Agder-tilbudene, men det er et annet nettverk. Vertskommunen stiller med flere representanter. I første omgang treffes vi bare for å legge en plan på hvordan vi skal gjøre dette for å følge det opp på kommunalt nivå. Hvordan involvere og engasjere samarbeidskommuner. Det er lurt å møtes å snakke og ikke bare sende mail. Kan sende spørsmål om ulike ordninger.»(ki2)

Sist snakker intervjupersonen om andre utvalg:

«Som tjenesteleder møtes vi to ganger i året (legevakt, prehospitale tjenester, akuttmottak) der snakker vi også om ØHD. Tilstede er overlege legevakt, overlege akuttmottak, avdelingsleder

akuttmottak, avdelingsleder legevakt og så er det prehospitale tjenester med sine koordinatorene, 3 stykk. Så finnes det et nivå over oss. Vi har ikke navn på utvalget, vi kaller det for «samarbeidsmøter»» (ki2)

Ved interkommunale samarbeidsmøter samtaler ulike profesjoner med hverandre. Og sist er det snakk om et samarbeidsmøte med aktører fra både kommune og spesialistsykehus som å diskutere utfordringer og løsninger. Dette samarbeidsmøtet omtaler informanten som «et nivå over oss».

En annen informant uttaler seg om hvordan styring, samarbeid og ledelse oppleves:

«Enhetsleder og systemansvarlige leger er de jeg samarbeider mest med». Videre tilføyer intervjupersonen at: ...«Det viktigste er at alle har en felles forståelse på hvordan KØH skal drives».(Ki4)

Videre fremkommer det i samtalen med denne informanten at det foregår samarbeid mellom ulike deler av KØH. Det er samarbeid mellom KØH og tjenestekontoret for koordinerende enhet, samarbeid mellom sykehjemmet lege og de andre kommunelegene. Og det er innkalt til samarbeidsmøte med legevaktstjenesten, akuttmedisinsk og medisinsk avdeling på sykehuset.

I tillegg forklarer intervjupersonene at de sitter i ulike utvalg, en av intervjupersonene satt i Kommunalsjefsforum, som er et interkommunalt samarbeidsorgan. Der blir KØH diskutert.

«De ulike kommunene har innsikt via kommunalsjef - styringsgruppe. Og de har representanter med i prosjektgruppa. Daglig drift har de ikke innspill med. Hvis du drar den enda lengre. En kommunestyrerepresentant fra Froland eller en annen kommune, hvilken innsikt har de i den her ordningen?»(iki2)

Dette tyder på at det samarbeides på tvers av profesjoner, og på tvers av avdelinger og på ulike nivå. En del av samarbeidsordningene er så vidt etablert, og noen er ennå ikke kommet i gang.

«Småkommunene har bare sikret at de har innfridd lovkrav, men de benytter ikke tilbudet. Det har blitt et Arendalsprosjekt. Legene i Arendal, hjemmetjenesten samarbeider med brukere i kommunen, mens de andre kommunene finner alternative løsninger. Og det har svekket samarbeidet om det. Derfor har vi laget ambulerende enhet/Ambulant KHØ i hjemmene, for å ivareta pasientene. I tillegg til telemedisinsk tilbud».(iki2)

Små kommuner i samarbeidet bruker ikke tilbudet og er mindre involvert på flere måter, kanskje dette bidrar til å svekke samarbeidet? Det kan også ha noe med reiseavstand å gjøre, hvis en må reise da kan en kanskje like godt bruke sykehuset. Nye tiltak er på vei for å dekke opp for dette. Informanten sikter her til KØH på hjul.

«Sykehuset har ingen kultur for å jobbe utenfor sykehuset. Men hvis vi snur tankesettet, så er kanskje pasientene mer tjent med at det kommer en geriatrier ut til kommunen og pasientene. Det finnes tilfeller der pasienter på akuttten kan ligge i 6-7 timer før de har bestemt hvilken avdeling pasienten tilhører.»(iki2)

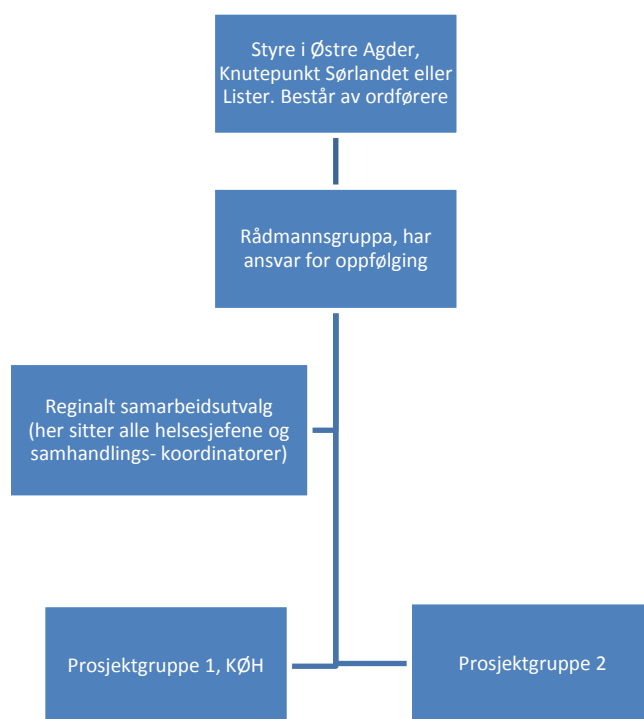
Intervjupersonen ønsker at sykehuset skal samarbeide mer utenfor sykehusets vegger, ved å sende en geriater fra sykehuset inn i kommunehelsetjenesten - tilknyttet KØH på hjul. Dette skal bidra til å holde pasienter unna sykehuset. Han vil vi skal snu tankesettet og tenke hva spesialistsykehuset kan gjøre for å lette arbeidet for kommunene. Hvis noen (KØH på hjul i samarbeid med sykehuset) drar hjem til pasientene i stedet for at pasientene kommer inn for å vente der, vil det bidra til å redusere innleggelse på sykehuset. Det kan tenkes at pasienten ved å bli behandlet i eget hjem vil bli mer fornøyd, noe som igjen reduserer reising for kronisk syke eller eldre med multiple morbiditet. Reising kommer som en ekstra belastning for den kronisk syke (Grimsmo, 2015). Det kan også bidra til å spare reiseutgifter, Kronikergrupper står for høye reisekostnader som betales av det offentlige (SSB, 2011).

Det ytres av intervjupersonen at et tettere samarbeid med kommunen vil også sykehuset tjene på. Det er mulig at hvis pasientene kunne bli avklart hjemme, ville dette være mer kostnadseffektivt. Forslag til løsning er å sende en geriater ut i kommunene.

Det betyr at styringen i all hovedsak er satt til vertskommunene. De organiserer, og dermed styrer de tilbudet på stedet. Der har de tradisjonell hierarkisk organisering, det samme som Kodner (2002) omtaler. Kommunene i samarbeidet er gjensidige avhengige av hverandre om en offentlig tjenesteproduksjon. Når ulike aktører samles om formål relatert produksjon av kommunale tjenester, omtales fenomenet ofte som nettverksstyring, samstyring eller flernivåstyring (Christensen, 2010; Jacobsen, 2009; Røiseland & Vabo, 2012). Informantene beskriver partnerskapsbasert forhold mellom stat og kommune. Lovverket og delavtale danner bakteppe og er retningsgivende. Mange av de mindre kommunene har innfridd krav etter lovbestemmelsen, men er mindre involvert i den daglige driften (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I forarbeidet av opprettelsen av tilbudet har det vært satt sammen prosjektgrupper som har arbeidet med denne. Her kan vi se samarbeid mellom ulike nivåer og på tvers av profesjoner, se figur under 4. Disse gruppene kan ses på som det som Mintzberg (1983) omtaler som adhokrati, der organiseringen er midlertidig og gjensidig tilpassinger er den dominerende koordineringsmekanismen.

De ulike organiseringene illustrerer godt regional styring av KØH, se figur 4. Utdrag fra intervjuer viser at diskusjoner og formelt samarbeid om denne tjenesten ligger i regionalt

samarbeidsutvalg. Jacobsen (2014) viser til at regionrådene brukes som styringsnettverk, men ikke separat fra kommunal tjenesteproduksjon. Regionalt samarbeidsråd danner en slags «paraply» over interkommunale samarbeid og ulike prosjekter innenfor. Figuren under illustrerer en forenklet modell av interkommunalt samarbeid (horisontalt styre) i kommunalsjefsforum, og vertikalt fra styre i Østre Agder og ned til prosjektgruppa for KØH. Dette er en organisering som er typisk for kommunal øyeblikkelig hjelp.



Figur 4. Forenklet utgave av styring av KØH

Empirien kan også relateres til Mintzberg (1983) og det profesjonelle byråkratiet; fordi helsesektoren har sterke byråkrati krefter og klare hierarkiske nivåer. De profesjonelle standardene framkommer i både kommune og i spesialistsykehuset og er tilnærmet lik i hver yrkesgren. Jeg vil komme tilbake til dette i kapitlet om samarbeid og kultur.

Ved etableringen av KØH på Agder krevdes et samarbeid mellom flere kommuner, samt et samarbeid med staten. For å beskrive styringen og utfordringene ved å styre på vegne av flere aktører, trengs en ny terminologi for å beskrive de nye former for styring i offentlig sektor. Begreper som «governance», nettverksstyring og samstyring blir brukt for å beskrive relasjonene, og empirien i denne studien viser funn der mange aktører må samhandle på tvers

av disipliner, på tvers av nivå, men også med horisontalt styring. Staten styrer med å påføre kommunene mer og mer ansvar, innføringen av samhandlingsreformen og lovbestemmelsen kan ses i sammenheng med harde og myke styringsvirkemidler i en vertikal akse (Røiseland & Vabo, 2012). Da omfatter den både vertikale og horisontale relasjoner. Dette er en utvikling blir som beskrevet av Vabo og Røiseland (2012) som vertikal samstyring og som «multilevel governance» (Marks & Hooghe, 2004). Dette er en utviklingstrend som vi kjenner som «post-NPM» (Christensen og Lægreid 2009). Styring ved samstyring støtter seg på incentiver og myke styringsmidler foran de harde, for eksempel ved bruk av målstyring (Vabo, 2012). Det at alle kommuner skal tilby sine borgere et tilbud om KØH, kan tjene som et eksempel på dette. Den samme styringen kan ses på som en indirekte styring, og koordineringsmekanismer støtter under for styringen.

Spesialistsykehuset er lovpålagt at de skal bidra med organisering og faglige innspill. Det framkommer blant annet i rammeavtalene. Men hvordan kontakten mellom kommunene og kommune- og stat skal oppnås, framkommer ikke i loven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Bare at det skal være mer samarbeid.

Ved forhandlinger av samarbeidsavtaler ses en ulikhet mellom kommunene. I Knutepunktet Sørlandet forhandler regionen en felles kontrakt for Kristiansand, Lillesand og Birkenes, men resterende kommuner forhandler avtaler enkeltvis (se tabell 4).

I tabell 4 under oppsummeres en forenkling av empirien, og den settes opp for å markere lik og ulikheter med styringen.

	Arendal	Kristiansand	Flekkfjord
Horisontal styring	Kommunalsjefsforum, (Regionalt samarbeidsutvalg)	Helse, sosial og omsorgsnettverket, (HSO). (Regionalt samarbeidsutvalg)	Helsenettverket Lister, (Regionalt samarbeidsutvalg)
Vertikal styring (flernivåstyring/multi-level)	Ja Lovverket, delavtaler og veiledningsmateriell (økonomiske midler overføres når delavtalen er underskrevet).	Ja Lovverket, delavtaler og veiledningsmateriell (økonomiske midler overføres når delavtalen er underskrevet)	Ja Lovverket, delavtaler og veiledningsmateriell (økonomiske midler overføres når delavtalen er underskrevet)
Samarbeidsmøter operativt nivå	Ikke hyppig	Ikke hyppig	Hyppig
Interkommunal legevakt	Ansvarlig legetjeneste natt	Ansvarlig legetjeneste natt	Ansvarlig legetjeneste natt, tett samarbeid, samt ukentlige møter. Har samme leder.
Samarbeidsavtaler	Hver kommune har individuell avtale med SSHF	Knutepunktet Sørlandet forhandler avtale	Hvert enkelt av kommunen inngår avtale med SSHF

Tabell 4 som viser styring

6.4 Standardisering av arbeidsprosess møter motstand hos legeprofesjonen med sitt faglige skjønn

Pasienter er brukere av tjenesten, og uten pasienter vil tjenesten være overflødig. For at de ulike KØH-tilbudene skal motta pasienter, kreves det at leger legger disse inn. Legen framstår på den måten som premissleverandør for tjenesten gjennom sitt faglige skjønn og autonomi (Lipsky, 1980). Denne autonomien vil de ha i fred og ikke ha noen andre til å dirigere hva de skal gjøre, da svekkes deres faglige skjønn og faglige integritet.

En intervjuperson trekker fram legerollen som den førende part og snakker om legevaktsordningen:

«Legetjenesten på legevakten er fastleger som har plikt til å arbeide X antall legevakter. Målet i Østre Agder var å få legevakta til å være ansvarlig for tjenesten, men de nektet. Dermed

måtte vi bare innrette oss. Å etablere egen legetjeneste, er mye dyrere. Egentlig ville vi gi legevakta mer penger, opprette flere stillinger, men det nektet de». (iks2).

Litt senere i intervjuet:

«Til leger kan du ikke si at det skal gjøres sånn, sånn og sånn». (iks2)

Og

«Ordningen med KØH pirker bort i alt det bestående. Hva er fastlegens rolle? Den utfordrer legevaktsystemet som nekter å ha noe med KØH å gjøre. Og hva må sykehuset gjøre for å unngå at pasienter legges inn? Og det utfordrer hjemmetjenesten som må ha en helt annen kompetanse og høyere grad av og tid til observasjon. (iks2).

Her trekkes legerollen fram som utfordrende og med stor profesjonsmakt. Denne profesjonsmakta går ut på å bevare autonomi og makt i forhold til arbeidsutførelse (Fjeldbraaten, 2010; Lipsky, 1980). Intervjupersonen tror at hvis vi kan endre tankesettet for hvordan og hvor pasienter skal behandles, kan vi oppnå intensjonene med KØH.

Fastleger, legevaktsleger og leger på akuten kan også legge inn pasienter på ØHD.

Informanten beskriver legenes rolle:

«Legene har viktig rolle i forhold til innleggelse, sortering og i forhold til hvem som skal legges inn, hvem skal vi ta i mot, hvem skal vi ikke ta i mot. Det sett i forhold til den kompetansen og mulighetene vi har. Legene har med behandling og oppfølging, også videre med kvalitetssikring av tjenesten. Men det er mer rutine.» (ki2)

«Koordineringen av pasienter kan være en utfordring. Det å vurdere om en pasient er tjent med et kommunalt tilbud eller trenger spesialisthelsetjenesten er det det handler om. ØHD skal ikke være en konkurrent til legevakt eller akuten, men et «i tillegg til». (ki2)

Informanten påpeker at legen spiller en viktig rolle i forhold til innleggelse, sortering, og oppfølging. Dette målt opp mot kompetansen og mulighetene de har på KØH.

Profesjonelt arbeid er i stor grad preget av at det finner sted standardisering av kunnskap gjennom lange utdanningsløp med mye sosialisering og tilegnelse av profesjonens kunnskapsgrunnlag, verdier og normer. Alle intervjupersonene i denne studien har snakket om legen som premissleverandør for tjenesten. Legen har en nøkkelrolle som koordinator ved innleggelser, det er legen som avgjør hvor vidt pasienter har behov for KØH. I mange tilfeller vil sykdomsbildet være komplisert, slik at pasienten ikke får en avklart diagnose som loven viser til (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Derfor er det flere som mener at pasienter er mer tjent med å legges inn på sykehuset for avklaring. Legerollen kan ses i sammenheng med det Mintzberg (1983) beskriver som en koordineringsmekanisme; standardisering av arbeidsprosessen (hvilke oppgaver som skal gjøres og hvordan). Videre oppgis det i

prosessveilederen for opprettelsen av KØH en rekke føringer(Helsedirektoratet, 2014a). Lar disse seg implementere i legens arbeidsprosess slik Helsedirektoratet har ment? Legens rutiner og standard prosedyre for oppfølging av pasienter følger et spesielt mønster for å lette arbeidsdagen og for å ha kontroll med prosessen. Dette kan på bakgrunn av Mintzberg (1983) forstås som en pigeonholingprosess, hvor de på bakgrunn av sitt faglige skjønn fastsetter diagnoser og bestemmer hva som bør skje videre med pasientene i behandlingsforløpet (å plassere duene i rett bur). Det innebærer kanskje ikke innlegging av pasient til en kommunal øyeblikkelig døgnenhet, som representerer en ny og ikke innarbeidet enhet. Men at man heller foretar en vurdering av pasienter opp mot de kjente standardene; som foreligger fra før.

6.5 Utfordringer knyttet til gjensidig tilpassing

Pasientene som skal legges inn på KØH kan komme fra to nivåer innenfor helsesektoren. De kan komme fra legevakten, fastlegen og eller fra akutten på spesialistsykehuset. Videre skal pasientene godkjennes i mottaket av KØH. Intervjuene viser at det er ulik praksis.

I Flekkefjord er KØH samlokalisert med sykehuset, og avdelingen har tett samarbeid med interkommunal legevakt og med mottaket/akutten på sykehuset. Disse kan vurdere/utrede pasientene til å bli innlagt på KØH. Dessuten er det lagt opp til at sykehusleger kan legge inn pasienter direkte. På den måten har de mulighet til å ta i mot langt dårligere pasienter. Hvis noe uforutsett skulle skje og pasienten skulle bli dårligere, har de bedre beredskap til å takle situasjonen ved at de ligger vegg i vegg med sykehuset. Tilbudet i Flekkefjord er i underkant av et år, og her har det vært en gjensidig tilpassing av tilbudet over tid. Informantene medgir at det har vært en del prøving og feiling underveis, men det har vært nødvendig for å finne den riktige «formen». Aktørene både fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten har tilpasset seg ordningen. Pasienter blir overført til tjenesten fra begge forvaltningsnivåene, og tjenestene er samlokalisert. Dette er en koordineringsmekanisme slik Mintzberg beskriver gjensidig tilpassing (1983). Begge er tjent med samarbeidet.

I Arendal har problemene i følge informantene vært at det nærmest har vært umulig å finne riktig pasient, «*som å finne nålen i høystakken*». Legges pasientene først inn på sykehuset, kommer de ikke tilbake som KØH-pasient. De kommer da som en utskrivningsklar pasient. Utskrivningsklare pasienter trekkes det av en annen «pott», og forklarer at disse pasientene ofte er sykere. Fokuset lå på de utskrivningsklare pasientene ved avdelinga, mye fordi det var flest av dem. Personalet på avdelingen på KØH har ofte nektet å ta i mot vedkommende fordi

pasienten ikke har vært avklart, og de mener at han/hun heller skulle ha vært på sykehuset først.

Funn kan tyde på uenighet om tjenesten innenfor og mellom forvaltningsnivå. Uenigheten om tjenesten fra flere aktører og gjensidig tilpassing, slik Mintzberg (1983) beskriver den - lar vente på seg. En av de andre intervjupersonene oppgir at en av årsakene er at kommunelegene ikke har trening i å tenke som en akuttpost, og at sykehuset problematiserer pasientbildet. I følge Helsedirektoratets veiledningsmaterieell (2014a) skal kompetansen bygges opp hos de ansatte, og legens rolle har fått god plass i kriteriene som ramses opp. Videre settes det krav til legens kompetanse og oppmøteplikt i vaktordninger. Dette er en koordineringsmekanisme som Mintzberg beskriver som standardisering av ferdigheter/kunnskap.

6.5.1 Kommunikasjon og datasystem

Det har framkommet at nesten alle enhetene har ulike datasystem som ikke kommuniserer med hverandre. Derfor kan ikke helsepersonell tillate seg å ha stor tillitt til det elektroniske system. Dette fører til at det ofte benyttes telefon og papirer, som fysisk følger med pasienten. En av informantene sier:

«...det kan gå flere dagen før elektronisk informasjon kommer, og det beskrives at det er pga forsinkelser i systemene.»(ki2)

«Kommunikasjon mellom sykehus og kommunen foregår både elektronisk og via papir. Men det forekommer forsinkelser elektronisk, jeg er usikker om de kommer i tide. De har ulikt datasystem.»(ki1)

«Sykehuset har et annet datasystem enn oss. De systemene «snakker ikke sammen», og det benyttes telefon og papir. Det er aktiv bruk av "back-up i papirform. Ulike datasystemer "all over the place". Jeg tror de fleste legekontor handler det samme elektroniske system. Men det er spesielt kveld og natt som er et problem» (ki2)

Informasjonsflyt mellom enhetene og mellom forvaltningsnivåene foregår på ulike måter. Veiledningsmaterieeller har et eget punkt som går på dokumentasjon og dokumentasjonssystemer (Helsedirektoratet, 2014a). Kommunene (samarbeidskommunene og vertskommunen) skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Mine funn viser imidlertid at aktørene opplever at ulikt datasystem er en utfordring. I tabellen under er det satt opp en oversikt over de ulike datasystemene som var i bruk. Derfor forekommer forsinkelser. Ansatte er utrygge på om alle data kommer med pasienten. Spesielt er det problemer med pasienter som kommer inn om natten.

	Flekkefjord	Arendal	Kristiansand	Legevakta Kristiansand	Lillesand	SSHF
Datasystem	WinMed	Gerica	Profil	WinMed	Gerica	Dips

Tabell 5, viser ulike datasystem hos de fleste.

I tabell 6 er en rekke sammenligninger trukket fram, for å vise variasjoner mellom enhetene. Empiren fra alle enhetene viser at intervjupersonene fra kommunene stort sett er positive til KØH. Alle tre vertskommuner har opplevd å få innlagt pasienter som tilhører andre hjemkommuner enn dem som er med i samarbeidet, og alle har stort sett ulike datasystem (Se tabell 5). Innenfor alle tre tilfellene er det flest pasienter fra vertskommunen som bruker plassene. Pasienter med avklarte diagnoser som passer eller ikke passer inn; er en gjenganger i alle intervjuene i studien. Arendal skiller seg ut i sitt eksempel med å blande pasienter fra KØH med utskrivingsklare. De utskrivningsklare pasientene skrives ut av sykehuset og sendes tilbake til Arendal kommune. De andre kommunene i samarbeidet har egne institusjoner de utskrivningsklare pasientene havner på - når de skal tilbakeføres til hjemkommunen. Dette kan muligens gi vertskommunen en viss fordel med tanke på ressursbruk.

	Østre Agder KØH	Kristiansand, Lillesand og Birkeland	Flekkefjord interkommunale samarbeid
Flyt av personalet	Nei	Nei	Ja, det er mulighet for hjelp ved behov fra sykehusansatte. Flekkefjord kommune har leid nattevakt på Kirurgisk sengepost.
Innleggelser	Fastlege, legevakt	Fastlege, legevakt	Fastlege, legevakt og sykehusleger
Legevaktens rolle	Legger inn pasienter og ansvarlig natt.	Legger inn pasienter og ansvarlig natt	Legger inn pasienter og ansvarlig natt.
Pasienter fra kommuner utenfor samarbeidskommunene	Ja	Ja	Ja
Datasystem	Gerica	Profil	WinMed

Tabell 6 Viser sammenfatting av koordinering av KØH

Koordineringsmekanismer slik Mintzberg beskriver dem er til stede. Gjensidig tilpassing er et av hovedfunnene, spesielt tydelig er dette i Flekkefjord. Det er en mulighet for at den

gjensidige tilpassingen har med KØHs plassering (inne på sykehuset) å gjøre, samt ukentlige møter hos aktørene.

6.6 Samarbeid og oppfatninger av kultur

På spørsmålene som omhandlet lik og ulik kultur i kommune og spesialistsykehus, hadde jeg forventninger til å finne oppfatninger om diagnosefokus på sykehus og funksjonsfokus innen kommunehelsetjenesten. Informantene har besvart spørsmålene alt etter hvor i systemene de arbeider. Her er en beskrivelse av hvordan de opplever samarbeid og kulturforskjeller mellom forvaltningsnivåene.

Informanter fra **Flekkefjord**:

«... det er forventninger blant pasientene som blir innlagt om at de er på sykehus og at de er inne i den kjeden. Det er mange pasienter som ikke klarer å skille at de ikke ligger på sykehuset, men på kommunens øyeblikkelige hjelp og har forventninger til personalet.»(ki3)

Og på så spørsmål om det var ulikt fokus hos de sykehusansatte og kommuneansatte.

«nei, vi merker ikke noe til det. Siden de bruker samme vaktrom og samme avdeling er det ingen som skiller på om du er ansatt av kommunen eller av staten.» (ki3)

Og informanten føyer til:

«...at legevakten og KØH har jo felles sjef, og det foregår flyt av personalet mellom legevakten og KØH. Dette ved at kommunen kjøper sykepleiertjenester av sykehuset, slik at det er det samme personalet som er i flyt på mottakelsen/akutten som på legevakta. Legene (kommunelegene og turnuslegene) har sine roller, og sykepleierne «går på tvers». (ki2)

Informanten trekker fram at det foreligger et tett samarbeid med legevakten og en felles forståelse for tilbudet. Og tilføyer:

«Hvis det foreligger uenigheter ligger det som oftest på det økonomiske planet.»(ki2)

Samarbeidet der fungerer veldig godt, og de merker ingenting til ulik kultur. De uttaler at det at de er samlokalisert og bruker de samme lokalene, bidrar til at de har godt samarbeid.

ØHD / KØH i **Kristiansand** hadde andre opplevelser av dette. Og en informant forteller:

«Vi har forventning at sykehuset skal være som en fagressurs, med veiledning og råd. Vi ser på kommunen som faglig dyktig og kompetente. Men det er mulig det er litt forskjell – noen mener at alle må til sykehus». (ki2)

Rent praktiske løsninger foreligger for bedre samarbeid:

«...innarbeidet et system som kalles for TILT (Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander), som er et indikasjonssystem som skal brukes av sykepleiere. Dette systemet har de på sykehuset, og det hjelper sykepleiere til å sette en standart for når ulike målinger skal gjøres, og når lege skal kontaktes. Dette styringssystemet er utarbeidet av SSHF, og aktiv i bruk på alle tre sykehus. Historien viser en del tilfeller av misforståelser mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, derfor var det nødvendig å innføre dette» (ki2)

På oppfølgingsspørsmål om det er noe problem med ulik kultur, svarer informanten:

«Vi har intet mål om å være lik. Vi må ikke bli så lik at vi har problemer med å sortere pasienter på en forsvarlig måte. Det skal være et skille mellom hva som er allmennlege oppgave og hva som er allmennpraksis. En lege med allmenn praksis kompetanse skal likestilles med å ha spesialistkompetanse. Men det betyr ikke at det at vi skal begynne å ta sjanser i forhold til hvor dårlig pasientene skal være. (ki2)

Videre sier informanten:

«Vi skal ikke bli mest mulig like, vi skal bygge opp et tilbud som skal definere oss som en Kommunal Øye hjelp. Så skal sykehuset være spesialistene, vi skal sende pasienter som har behov for behandling og rett på spesialistbehandling. Så tar sykehuset sin del av pasientene. Så skal det være like bra - kanskje bedre. Mange pasienter har det bedre i kommunene, eksempel kolspasienter.» (ki2)

«Vi skal ikke bli en medisinsk avdeling. Vi må holde disse adskilt og holde fokus. Gode på vårt, og sykehus skal være sykehus. Det er ingen ambisjon om å bli et "mini-sykehus", selv om mange kaller oss det. Det er for at de skal ha et bilde av oss.» (ki2)

Her gis det sterkt uttrykk for at kommunen ikke må bli for lik sykehuset. Det må være et mål å se hele pasienten fortsatt, ikke få for mye av sykehusets mentalitet (kultur) med symptombehandling og behandle fort. Det er behov for begge – både kommunehelsetjenesten og for spesialisthelsetjenesten. Hun fremmer at for mye av sykehusets kultur for behandling av pasienter, har smittet over på kommunehelsetjenesten. I verste fall kan det føre til en uforsvarlig behandling av pasienten.

Arendal har egne erfaringer om samarbeid og forventninger.

«Kommunen og sykehusene har ikke gått i takt i forhold til samhandlingsreformen. Sykehuset har satt i gang, men kommunen er fortsatt ved tegnebordet. Og det skaper store problemer spesielt med tanke på USK (utskrivningsklare) pasienter. Vi har ikke bygd opp for å ta i mot den mengden som kommer fra sykehuset.»(ki1)

En intervjuperson var nettopp blitt ansatt i stillingen da jeg foretok intervjuet. Det kan bidra til at personen er mer vant til å behandle akuttpasienter enn kommunens ansatte er. Det kan bidra til å prege svarene.

«Jeg tror sykehuset har andre oppfatninger enn det som er realitetene. Sykehusene har en annen forventning til kommunene som ikke står i forhold til realitetene. Samhandlings-

reformen har skapt en del kynisme blant landets leger der de ikke helt skjønner konseptet, og meining med. De er redd for pasientsikkerheten.» (ki1)

Sykehuset er langt framme på iverksetting av tiltak, mens kommunene ikke har fått på plass ordninger. Intervjupersonen forklarer at vurderingsmakta sitter hos legene. Videre tror hun at en av årsakene er at kommunelegene ikke har trening i å tenke som en akuttpost, og at sykehuset problematiserer pasientbildet.

«Ulik kultur har med strategi og ledelse å gjøre. Jeg har kritisert sykehuset vårt for å være for lite framoverlente og for å ta for lite tak på utviklingsarbeidet som omhandler KØH. Vi har ønsket å ha sykehuset mer med».(ki1)

Og

«Diagnose fokus er ulikt i kommune og sykehus».(ki1)

Intervjupersonen vedkjenner at det er ulik kultur, spesielt når man kommer til diagnosefokus. Den andre personen er mer negativ til USK pasienter enn til pasienter på KØH.

Sørlandet sykehus HF's syn på organisering, finansiering og samarbeid

Informantene beskriver sin rolle som at de først og fremst er med på å forme et mandat, et samarbeidsdokument. En informant sier:

«Dette er som en kommunereform med stor «K». Det er et tilbud som i hovedsak er etablert for å utvide kommunenes mandat».(si1)

De medgir de det er krevende å finne sykehuset sin rolle i arbeidet med KØH, mye fordi det er opp til kommunene selv å utarbeide et tilbud, tilpasset den enkelte kommunes behov. De anser dette mest som et kommuneprojekt. Selv om de har et medansvar når det gjelder kvalitet og veiledningsplikt.

Dette kan tyde på at sykehusets intervjupersoner synes at ordningen er dyr og at det er unødvendig at sykehuset skal betale for den. Det kan se ut som om det er det de mener med at dette er en kommunereform med stor "K".

Informant:

«... tilbudet i Agder utgjør 44 senger, og at det er for få senger til at de kan merke noen særlig effekt. På medisinsk avdeling har de heller ikke sett noen effekt i forhold til innleggelser, sengene der fylles opp uansett».(si1)

Videre presiserer en annen av informantene på SSHF at:

«..kommunene selv, særlig de små som Vennesla/Iveland er veldig fornøyd med tilbudet, og at kommunene selv mener de ser en effekt. Men dette er små tall.»(si2)

«Det forventes en eldrebølge og befolkningsvekst. Kort sagt, sykehuset ser ingen effekt - fordi plassene her fylles opp uansett.»(si1)

Det uttrykkes misnøye med finansieringsplikten, og de er negative til at det er en nedgang i antall pasienter. Dette kan tyde på at de forventer mer ut av de 33 millionene; enn den «uttelling» de hittil har fått. Det vanker en viss skepsis blant sykehusets ansatte ovenfor ordningen. De presiserer at tilbudet utgjør 44 senger, og at det er så små tall at det er vanskelig å se noen effekt i deres avdelinger. Informanter utaler at de tror at denne ordningen vil bli for dyr for kommunene når de skal betale regningen selv.

Informantene på SSHF mener at ulik kultur er et hinder for god kommunikasjon.

Intervjupersonen uttrykker det slik:

«Ulik kulturforståelse er et hinder for god kommunikasjon. Vi tror vi snakker om det samme og så gjør vi ikke det. Det er diagnosefokus og funksjonsfokus. Dette er et voldsomt hinder. Hvis man har vært lege i et system, mister man kontakten med det andre. Mange har kanskje aldri vært i det andre systemet og da har man ikke grunnlag. Man vet ikke hva man ikke vet.»(si1)

Det forklares at tankesettet er ulikt.

«I sykehuset har man konkrete tiltak ved hver enkel diagnose, mens i kommunen er ofte spørsmålet om en pasienten kan bo hjemme eller ikke». (si1)

Ulike holdninger og ulike metoder for problemløsning kan bidra til å øke forskjellene mellom ansatte i kommune og spesialistsykehus. Ulikt fokus gjør at det oppstår ulikt tankesett, som påvirker hvordan de samarbeider.

På spørsmål om hvordan sykehuset kan bidra til å bedre samarbeidskulturen, svarer en av informantene på sykehuset:

«Vi har nok brukt mye tid i oppstarten av samhandlingsreformen til å være overordnet, lage avtaler og etablere et rammeverk. Det må være der, det er ikke forgjeves. Ting tyder på at den pasientnære samhandlingen (innenfor alle områder) har ikke fått noe nevneverdig løft.»(si2)

Informantene viser til at samhandlingsreformen har ligget på et overordnet nivå, og det er brukt mye tid på å danne rammer for samarbeid. Det henvises til OSS (overordnet samarbeidsorgan og faglige utvalg), og at samarbeidet ligger på direktørnivå.

Mens en annen svarer

«... de som jobber tett på pasientene har samarbeid, men lengre opp i systemene er det ikke konkrete samarbeidsarenaer som diskuterer KØH». (si1)

Av konkrete tiltak trekkes dette fram:

«Konkret burde man finne møtepunkter og forskyve det fra direktørnivå og ned på operativt og pasientnært nivå. Vi arbeider med å finne samarbeidsfora for å diskutere ordningen om kommunal øyeblikkelig hjelp».(si1)

Dette kan tyde på at en del samarbeidsløsninger mellom forvaltningsnivåene mangler på operativt nivå.

I en stor organisasjon, som helsevesenet, er det mange aktører og profesjoner. Det er finnes samarbeid på samme nivå og på tvers av nivå. Et samarbeid er på det operative nivå mellom aktører innad i avdelingen. Et annet er på tvers av kommuner, mens en tredje variant er på tvers av forvaltningsnivå og på regionalt nivå. Samarbeid forstås likt av aktørene og er definert som oppgavefordeling for å nå felles mål i St.meld.nr. 47 (2011). En del av samarbeidet beskrives av intervjupersonene som mandatorisk samarbeid, slik Rodriguez m.flere (2007) beskriver det. En del holdninger og uttalelser tyder på det.

Veiledningsmateriellet (2014a) har vedlegg med anbefalt analyseverktøy av pasienter for å fremme samarbeid. Dette er tatt i bruk i Flekkefjord, mens Kristiansand har innført et indikasjonssystem, som er av samme type som de anvender i sykehusets systemer. Systemene er praktiske samarbeidsverktøy mellom spesialisthelsetjenesten og enhetene i Kristiansand og i Flekkefjord.

Alle tre KØH har hospitert på sykehuset, blitt kjent med sykehusets rutiner og tilnærmet seg tekniske medisinske ferdigheter. Dette tyder på kompetanseheving, og at de tekniske ferdighetskravene er oppfylt etter helsedirektoratets prosessveiling (Helsedirektoratet, 2014a). Mine funn viser at når intervjupersoner fra sykehuset og kommunene snakker om hverandre, mener de at den andre part har system som er lettere å endre, enn det de selv arbeider i. Ulike holdninger og ulike metoder for problemløsning kan bidra til å øke forskjellene mellom ansatte i kommune og spesialist sykehus. Ulikt fokus gjør at det oppstår ulikt tankesett, som påvirker hvordan de samarbeider på. Intervjuene framstår i helhet som om at de kommunalt ansatte er mer positive til reformen enn det sykehusets ansatte er. Det kan sammenlignes med koordineringsmekanismen som Mintzberg (1983) beskriver som gjensidig tilpasning, men kjennes igjen som skillet mellom «cure» og «care» som Mintzberg og Glouberman (2001) beskriver. Med et unntak, Flekkefjord. Her fører organiseringen og de daglige tette relasjonene sannsynligvis til at den gjensidige tilpasningen oppnås. Flekkefjord har «flyt»(forflytting) av personalet og tydelige samarbeidsarenaer på operativt nivå. For eksempel har de hver mandag møte med legevakten, der de kan luften ulike problem vedrørende KØH. I tillegg er lokaliseringen slik at de daglig samarbeider og omgår

sykehuspersonalet. Samarbeidet fungerer godt med personalet, legevakten og sykehuset. Det beskrives som en sammensmelting av «cure» og «care» og en felles forståelse for problemer.

6.7 utfordringer knyttet til «output» og «outcome»

Lavt belegg er en av hovedutfordringene. Det er mye fokus på dette i alle intervjuene. Staten stipulerte et antall senger etter kommunestørrelse og etter antall innleggelses på sykehuset. En intervjuperson på sykehuset uttaler seg om utfordringer ved dagens ordning for KØH:

«De pasientene som trenger skikkelig overvåking har ingenting å gjøre på KØH. Mye har ikke fungert og kanskje ordningen blir lagt ned. Samme som kommunal medfinansiering. Den er avvirket fordi det ikke fungerte».(si1)

Og informanten sier at en av utfordringene er at tallene er feil fordi mange av pasienten må uansett avklares på sykehuset. Derfor er det å kalle en innleggelse for «unødvendig» feil. Hvis en pasient har falt i hjemmet, må det avklares om det er brudd. Alle har behov for at det blir en avklaring, forklarer informanten. Hovedutfordringen blir at estimatene er for høye, og sengene blir ikke fylt opp i kommunene, i følge informant.

«KØH får tildelte midler pr antall seng uavhengig om det ligger folk i de eller ikke. Mens et sykehus kan jo aldri drives på den måten. En sengepost med 30 % belegg hadde ikke blitt stående slik lenge før den hadde blitt lagt ned».(si1)

Videre presiseres det at det er fint at kommunen har fått en god start på KØH-tilbudet, men for sykehuset sin del har ikke de kunne lagt ned noen plasser.

«Ordningen kan karakteriseres som et rent tap og irriterende på mange måter. Det er feil at veksten i bruken av helsetjenester vil hovedsakelig vokse i kommunene og veksten dempes i spesialisthelsetjenesten. Sannheten er at det er vekst her også».(si1)

Intervjupersonen kaller det villendene økonomisk politikk, og uttaler at fokuset i kommunene vil ligge på de utskrivningsklare pasientene (den raten vil øke), og på pasienter som venter på en sykehjemsplass – ikke på organiseringen av KØH. Informantene trekker fram dette med stipulering av antall senger fra statlig hold som et av hovedproblemene. Alle intervjupersonene på SSHF er skeptiske til tilbudet om KØH, og tror ordningen vil endre seg eller eventuelt bli avvirket. Disse uttalelsene kan blant annet ses i sammenheng med en slags ubalanse i **partsamarbeidet** sykehus vs kommune (Kickert, Klijn, & Koppenjan, 1997). Sykehuset framstår som en mer overordnet og ikke likestilt part. Dette er det samme som Torjesen og Vabo fremmer i sin artikkel (Torjesen & Vabo, 2014).

Måleenheter «outcome»

Sykehuset har betalt halve regningen ved etableringen av tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp. Økonomisjefen sier i intervjuet:

«Vi betaler 33 millioner i året ut til kommunene for ordningen om kommunal øyeblikkelig hjelp. Det betyr at vi må stramme inn i våre budsjetter, for å kunne gå i spleiselaget med staten».(si3)

KØH har ført til misnøye med finansieringsmodellen og skepsis mot pasientbelegg. Dermed slås disse sammen og bunner ut i et naturlig spørsmål: Bidrar døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til å redusere innleggelser i sykehus? Dette kan knyttes til tankesettet rundt effektmålet og «outcome». Informanter fra sykehuset beskriver ingen effekt, de viser til at KØH utgjør 44 senger, og at dette er for små tall til at man kan se en sammenheng. «Samhandlingsstatistikk 2013-2014» viser heller ingen reduksjon i sykehusinnleggelser (Huseby & Helsedirektoratet, 2015). De utelukker derimot ikke at det kan ses i sammenheng med en liten reduksjon i innleggelser for de aller eldste pasientene.

Den andre halvdel av regningen har helsedirektoratet betalt. På den måten utgjør de et spleiselag sammen med helseforetakene. Intensjonen med spleiselag var at tvinge fram et samarbeid. Men er det egentlig mulig å få et godt samarbeid når det er påtvunget? En forpliktelse til samarbeid, slik Rodriguez et al (2007) beskriver det, er vel ikke det beste utgangspunkt for forhandlinger? Et inntrykk som skapes er at intervjupersonene fra sykehuset uttrykker en reformtrøtthet. De viser til utviklingen av kommunal medfinansiering. Noen forventet nærmest at ordningen skal bli opphevet.

Andre forklaringsvariabler går på at lav dekningsgrad kan ha med fokusområder å gjøre. Det er mest fokus på de utskrivningsklare pasientene, spesielt gjelder dette i avdelingen der KØH var delt med utskrivningsklare pasienter. De daglige gjøremålene handlet først og fremst om denne gruppen, og der var pasientene som regel mye dårligere enn de som kom fra hjemmet. Mye informasjon har blitt gitt om problemstillinger for pasientgruppen i de intervjuene; som jeg har gjennomført. Empirien kan imidlertid relateres til pigeonholingeffekten som Mintzberg (1983) omtaler, der pasientene blir plassert kategorisert. KØH organiseres som byråkratiserte og desentraliserte enheter slik Mintzberg (1983) bruker i beskrivelsen for profesjonelle byråkratier. Det daglige arbeidet er stabilt og preget av forutbestemte og - til en vis grad - standardiserte gjøremål. Gjøremålene er så komplekse at de som jobber der må ha kunnskap og makt til å kontrollere og korrigere situasjoner som oppstår. Det er dette som gjør organisasjonen desentralisert og byråkratisk og den maner til å standardisere kunnskap og

ferdigheter. For å forstå det profesjonelle byråkratiet foreslår Mintzberg å sikre at organisasjonen blir et resultat av standarden. Mintzberg konstaterer at helseinstitusjoner forsøker å skape og opprettholde kategoriseringer, som kalles for pigeonholing og bidrar til å forenkle de daglige gjøremålene. KØH representerer en ny standard som ikke passer inn i noen forutbestemt form. Diagnostiseringssystemet legger rammer for hvor pasientene skal plasseres, og KØH passer ikke inn i det gamle tankesettet eller systemet som koordinatorene (legene) er opplært i å tenke innenfor.

Ordnningen er lite kjent

KØH har møtt motstand, og en informant uttrykker:

«Det legges inn for syke pasienter på grunnlag av plasseringen. I tillegg ligger hovedfokus sånn generelt i kommunen på å ta i mot de utskrivningsklare pasientene».(ki2)

Og

«En del fastleger har gitt uttrykk for at KØH er en unødvendig ordning. Kommunalsjefer har uttrykt at det er dyrt og vanskelig å utnytte effektivt».(ki2)

Det kan tyde på negativitet og motstand fra leger som koordinatorene for tjenesten og fra styrende på vertikalt nivå.

En av legene som er intervjuet uttaler at det lave belegget ved KØH kan tilskrives at tilbudet er lite kjent.

«For å få mer effektiv utnyttelse av ressurser burde KØH være mer integrert i andre deler av kommunenes helsetilbud. Belegget er litt lavt (foreløpig) og kapasiteten kunne vært utnyttet bedre hvis KØH var mer integrert med andre deler av kommunenes helsetilbud».(L1)

Intervjupersoner uttrykker misnøye med den store forskjellen på tilbudet om KØH i ulike kommuner:

«Noen har ikke åpnet posten enda, dette er uoversiktlig. En pasient kommer, og om han kan snus, må vurderes ut fra hvilken kommune han/hun kommer fra. Det bør ikke være avhengig av om det finnes en spesialist på ØHD lokaliseringen. Ingen har så god tid at de har tid for undring i akuttmedisin. Vi får inn pasienter fra kommuner som de ikke har ansvaret for, spesielt på natt».(ki2)

Intervjupersonene mener at ordningen med KØH ikke er på plass i alle kommunene.

Tjenesten er lite kjent og til dels ikke tatt i bruk. Det må ikke bli slik at det kommer an på hvilken kommune pasienten kommer fra når man vurderer om han/hun blir innlagt på KØH. Utfordringen er å få tilbudet til å bli et tillegg til - ikke i stedet for sykehus. Kan ulikheten gjøre at tilbudet blir bra i en kommune og dårlig i en annen? Intensjonene jo at

helsesystemene skal bli mer effektive, slik Kodner beskriver det (2002). Men skaper de ulike organiseringene mer hodebry for innleggende lege på legevakta eller i primærhelsetjenesten? Det bidrar i så fall til å komplisere pigeonholing-tenkningen?

7. Drøfting

Drøftingen bygger på den teoretiske referanserammen, analyse av dokumentene og intervjuene som er en del av min forståelse. Det tas utgangspunkt i intervjuene, og mine funn diskuteres opp mot teorien. I teoridelen har jeg vektlagt teorier som omhandler koordinering i organisasjoner. Dette skjer gjennom ulike mekanismer for koordinering og er med i all styring (Mintzberg, 1983). Mintzberg var tidlig ute og forklarte samordninger som koordineringsmekanismer. Teorien har vist seg fruktbar innenfor nettverksorganiseringer slik vi ser dem i dag innenfor samhandlingsreformen og organiseringen av KØH. Flere teoretikere omtaler i dag dette som nettverksstyring eller governance (Byrkjeflot, Christensen, & Læg Reid, 2014; Kickert et al., 1997; Kooiman, 1993; Provan & Milward, 2001; Røiseland & Vabo, 2012).

Til alle tider har samarbeid mellom spesialistsykehusene og kommunehelsetjenesten funnet sted, og en flyt av pasienter mellom forvaltningsnivåene har vært en nødvendighet for å gi et fullverdig helsetilbud. Blir en pasient akutt syk, får han hjelp. Mintzberg (1983) betegner profesjonsbyråkratiet med standardiserte ferdigheter og kunnskaper. Denne formen er i høyeste grad til stede i helsetjenestene, både på sykehuset og i kommunehelsetjenesten. KØH sine utfordringer er relatert til disse to forvaltningsnivåene, og i følge Mintzberg (1983) er arbeidsdelingen det som er mest nødvendig for helheten i organisasjonen. Alle delene i en organisasjon må koordineres rundt det som er organisasjonens mål og strategier. Men arbeidsdeling vil heve produktiviteten og skape koordineringsbehov. Med KØH kan vi se en slags usikkerhet i forståelsen av arbeidsdelingen mellom forvaltningsnivåene. Empirien vil store trekk dreie seg om koordineringa av disse.

7.1 Gjensidig tilpassing og standardisering

Sentralplanlegging og hierarkiske styringsmekanismer har, som tidligere nevnt, tradisjonelt stått sterkt innenfor all statlig styring (Byrkjeflot & Gulbrandsøy, 2013; Kickert et al., 1997; Rodriguez et al., 2007; Thorsvik, 2014). Men i de siste tiårene har resultat- og målstyring vært en større tendens og blitt kalt kamouflert sentralplanlegging av Sørheim & Tollefsen (2014, s. 126). Da er det interessant å se at Sørheim og Tollefsen (2014) fant samme tendensen ved innføringen av «Kvalitetsreformen» (2001). Der var målstrukturen løst koblet. Mens kvalitetsreformen kan måles i resultater; blant annet i utarbeiding av en standardisert karakterskala, vil KØH bli målt i om tilbudet eksisterer, hvor mye det blir brukt og i reduksjon av sykehusinnleggelse. Målstrukturen er kompleks og tilbudet kan relativt fritt utformes innenfor gitte rammer i veiledningsmateriellet (Helsedirektoratet, 2014a). Kommunene har fått en stipulering av antall plasser etter folketall og antall sykehusinnleggelser. Nye lover og reformer opptrer som virkemidler for gjennomføringen og er et parameter for mål og formål, mens målhierarki finnes i den andre enden. Kamouflert sentralplanlegging resulterer i økt styring ved hjelp av flere styringsformer og koordineringsmekanismer.

Teoretisk er det et skille mellom «output» og «outcome» (Mintzberg, 1983). Dette skillet er også tydelig i de studerte KØH-tilbudene på Agder. Output er standardisering av arbeidsprosessen i KØH, som blant annet veiledningsmateriellet gir. Mens «outcome» henviser til reduksjon i innleggelser på sykehus og i KØH sitt belegg. «Output» viser prosessen ved at tilbudet skal være slik og sånn, det er en føring som staten (Helsedirektoratet) gir. Mens når tilbudet er oppe og går, skal vi se på resultatet («outcome») eller effekten av det. Bli nå det *det* rette? Kanskje ser vi oss litt blinde på å definere «outcome» og legger for mye vekt på det? Da kan fokuset heller rettes mot andre hensikter (effekter), som KØH-tilbudet skal ha. Er ikke en av hovedintensjonene at flere eldre skal behandles i kommunehelsetjenesten slik at det blir mer kostnadseffektivt og lettere for pasienten? Bli dette kravet innfridd? Dette blir muligens vanskelig å måle med det økende tallet eldre som ventes etter befolkningsprognosen? Kanskje har pasienten fått et tilbud nærmere hjemmet? Slik som empirien fra tilbudet i Kristiansand viste. Der hadde de positiv erfaring med enkelte pasientgrupper (KOLS), som benyttet seg av tilbudet uten at det slo ut på noen statistikk. Resultatmålinger handler om relevante resultatindikatorer (Thorsvik, 2014). Politikere er kjent for å ha storslåtte og til dels komplekse mål, men for iverksettere av

politikken kan dette møte motstand og frastøting på det lokale plan. Kanskje kunne det heller baseres på måling av verdiskapingsprosesser enn på de enkelte KØH sine prestasjoner?

Ved etableringen av KØH har Helsedirektoratet benyttet seg særlig av to koordineringsmekanismer – gjensidig tilpassing og standardisering av «outcome». På hvilken måte har de gjort dette? De har krevd at sykehuset og kommunen må inngå avtaler for tjenesten, der det følger en rekke forpliktelser med. Disse forpliktelsene går i blant annet ut på reduisering av innleggelser på sykehus. Det foreligger også forpliktelser i forhold til de økonomiske bevilgningene, og det er forpliktelser i forhold til bemanning. Alt dette er nedskrevet i veiledningsmateriell utgitt av staten (Helsedirektoratet, 2014a).

Veiledningsmaterialet har vært en bruksanvisning for kommunene og er helt klart en styring fra statens side. For å lette samarbeidet er Kommunenes sentralforbund (KS) delaktig i prosessen. De kan ses på som enhetlig aktør som fungerer som et slags bindeledd, som kan plasseres mellom staten og de enkelte kommunene (Kommunenes & Sentralforbund, 2012). KS er talsmann for kommunenes interesser og jobber tett opp mot staten i korporative kanaler. Ordningen blir omtalt som konsultasjonsordningen og forplikter partene til pengeoverføring og samarbeid (Reitan, Saglie, & Smith, 2012, s. 313).

7.2 Kompetansekrav til kommunene – «input» og «output»

Helsedirektoratets veiledningsmateriell er førende for etableringen, selv om tilbudet kan etableres rimelig fritt innenfor kommunene. Dette ses på som et av de mest sentrale dokumentene ved etableringen og driften av KØH (Helsedirektoratet, 2014a).

Mintzberg (1983) viser til at standardisering gjelder regelstyring og standardisering av kunnskaper er typiske for helsesektoren, som har et profesjonelt byråkrati. Standardisering finner vi i KØH, både i output og input blant annet i veiledningsmateriell, de formelle avtalene og ved å anvende loven (Helsedirektoratet, 2014a). Helsetjenesten kjennetegnes først og fremst ved koordineringsmekanismen, standardisering av kompetanse og (kunnskap og ferdigheter) i følge Glouberman og Mintzberg (2001). Ansatte i helsesektoren (profesjonelle) jobber tett på brukerne og må ha stor frihet i arbeidsutøvelsen. Derfor er det vanskelig å drive direkte overvåking. Regelstyring er også vanskelig å gjennomføre, fordi det å sette opp et sett med regler for hvordan jobben kan gjøres, ofte er umulig på grunn av at det må utøves skjønn underveis. Resultatmål er også vanskelig å måle på en god måte, fordi jobben som gjøres er

kompleks og resultatet avhenger av en rekke forhold, som er umulig å forutse for den profesjonelle i forkant.

Kompetansesstandardiseringen i KØH gjør at det foreligger forventninger til det arbeidet som utføres av de ulike yrkesgruppene. Det er lagt vekt på å inneha «riktig» kompetanse i forhold til den tekniske gjennomføringen i alle KØH. Den har de fått gjennom opplæring og hospitering på sykehuset. Denne studien viser at alle tre KØH, som denne studien omhandler, hadde drevet omfattende kursing og hospitering i oppstarten av KØH-tilbudet. Jeg fant ingen klare forskjeller på bemanning og tilgang på kompetanse mellom de tre stedene. Derimot hadde de noe ulikt utstyr. KØH tilbudet i Arendal var etablert i tilknytting til et sykehjem og hadde minst utstyr. Tilbudene hadde alle anbefalt og tilfredsstillende utstyr tilgjengelig.

I helsesektoren generelt er som tidligere forklart pasientforløpene sterkt preget av spesialiseringer etter faglige kriterier, som eksempel psykiatri, hjerte-kar og sykehjem. Pigeonholing-prosessen kan muligens bidra til å forklare hvorfor så få pasienter finner veien til KØH. Her spilles ballen tilbake til legene som premissleverandør av tjenesten. Hvis legen ikke vurderer dette som en mulighet for pasienten, vil heller ingen pasienter bli innlagt på KØH. Hvis legen vurderer at pasienten må avklares på sykehuset, vil ikke pasienten komme tilbake som KØH-pasient, - han vil komme tilbake som en utskrivningsklar pasient. Derfor er systemene avhengig av å ha legene med på «laget», fordi det er særlig viktig at de har tiltro til ordningen rundt KØH, siden det er dem som legger pasienter inn. Fastlegers arbeidsdag omfatter mest kortvarige konsultasjoner med pasienten og ikke så mye organisatorisk arbeid. Det er nettopp dette som utgjør kjernen i en koordinerende funksjon. Teorien i oppgaven viser til pigeonholing som et forklarende element i det daglige virket for legene (Mintzberg, 1983). For å spare tid plasseres pasienten i en slags fiktiv bås, blir videresendt og får den oppfølgingen som er vanlig etter den gjengse prosedyre. Det at KØH representerer noe forholdvis nytt og ikke utgjør «normalen», kan bidra til å forklare manglende pasienter på KØH pr dags dato. Empirien viser imidlertid at de fleste pasienter blir innskrevet på kvelds- og nattestid. Og det at de fleste pasienter kommer fra den kommunale legevakten, er et tegn på at tjenesten i fremtiden kan føre til en tettere relasjon med legevakt enn tilfellet er i dag. Forhåpningen er at tilbudet blir rimelig likt i alle kommuner, slik at legene kan legge inn pasienten på KØH uten å vurdere hvilken kommune pasienter tilhører. KØH i Kristiansand hadde fått flere pasienter som ikke tilhørte Kristiansand, Lillesand eller Birkenes kommune.

7.3 Det er ikke noen felles forståelse av innføringen av tilbudet om KØH

Gjensidig tilpassing og den sjette koordineringsmekanismen som Mintzberg (1983) beskriver er standardisering av normer, som er et systematisk holdningsskapende arbeids som fremmer tradisjon for hvordan ulike hensyn skal veies og vektlegges i arbeidet. Et problem det pekes ofte på, er at spesialisthelsetjenesten og kommunen har ulike målsetninger for pasientbehandling. Det jeg finner er at kommunehelsetjenesten og sykehuset har ulike tilnærminger, akkurat som i teorien med skillet som skapes mellom «cure» og «care» i følge Mintzberg og Glouberman (2001). En grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenestene er samarbeid/samhandling mellom tjenestenivåer. Begrepet samhandling forstås som den daglige aktiviteten mellom aktørene i organisasjonene. Imidlertid viser det seg at KØH i Flekkefjord ikke har dette problemet med ulike kulturforståelse og samhandlingsproblemer. Kanskje er disse to begrepene om «care and cure» i ferd med å smelte sammen her? Flekkefjord har som kjent etablert tilbudet i en avdeling på sykehuset, og de har dermed daglig virke og nærhetene mellom aktørene. Denne gjensidige tilpassingen som oppstår i daglige virke, med ansikt – til ansikt interaksjoner, ser ut til å dempe differansen og den ulike kulturforståelsen (Paulsen, Romoren, & Grimsmo, 2013). Gjensidig tilpassing forutsetter likeverdige partnere, mener Mintzberg (1983). Den gjensidige avhengigheten kan bli opprettholdt med at sykehuset blir opprettholdt. KØH blir realisert uten at det truer lokalsykehusets eksistens.

Likevel finner jeg tiltak som kan se til å ha bedret seg i forhold til det som Paulsen, Romoren, & Grimsmo, (2013) fant. De framhever i sin artikkel noen tiltak som de mener kan bedre kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene. Noen av avdelingene med KØH hadde tilpasset seg de samme observasjonssystemene (TILT), som de brukte på sykehuset. Dette bidro til å lette kommunikasjonsbiten betraktelig. En del av problemene mellom forvaltningsnivåene er kommunikasjonen (Paulsen et al., 2013). Det blir ofte misforståelser og kommunikasjonssystemene er ikke tilstrekkelige. Det viser også mine funn. Det vanskeliggjøres av at det brukes fire ulike datasystem, noe som fører til problemer med forsinkelser og til tider - manglende data om pasienten.

7.4 Asymmetrisk forhold mellom kommune og sykehus?

Om forhandlinger og samarbeidsavtaler

Klassisk organisasjonsteori på formell organisering og prosedyrer henviser til de viktigste redskapene for samhandling; koordinering. Koordinering kan skje gjennom hierarki, marked og nettverk (Kickert et al., 1997; Torjesen & Vabo, 2014). Samarbeidsavtalene er basert på hierarki som koordineringsmekanisme ved at en tredje part (staten) gjennom lovgivning har pålagt kommunene i samarbeid med sykehusene å innføre ordningen fra 2016. De finansielle delene har hentet elementer fra markedsmekanismer, men selve tilretteleggingen fordrer nettverksamarbeid og innsats fra flere aktører. Samhandlingsreformens fordringer forutsetter derfor tett samarbeid mellom partene og at det bruker partnerskapsbegrep (nettverk) for å definere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene. Av veiledningsmateriellet framkommer et krav om regulerte avtaler, som gjør partene til likeverdige forhandlingsparter. Men hvor likestilte partnere er sykehuset og kommune egentlig?

Samarbeidsavtaler som regulerer tilbudet om KØH slik det står i dag bunner i forhandlinger mellom kommunene og sykehuset. Denne typen avtale er omtalt som delavtale 4 i analysedelen av studien (Arendal kommune & Sørlandet sykehus HF, 2012). Imidlertid kan forhandlingspartene ha ulike utgangspunkt, og det er vanskelig å oppnå likevekt mellom partene (Torjesen & Vabo, 2014). Mens kommuner som gikk sammen i forhandlingsutvalg sto bedre rustet og på like fot med helseforetaket (Kirchhoff & Ljunggren, 2015).

Kommunene blir enkeltvis svake partnere i forhandlinger i forhold til sykehuset. Sykehuset framstår som en overlegen part i forhold til sin profesjonalitet, resurser og faglige tyngde (Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013; Torjesen & Vabo, 2014). Partene tilhører også ulike forvaltningsnivå med ulike økonomiske rammer, ansvarsområde og ulike organiseringer. Kommunehelsetjenesten er underlagt kommunens folkevalgte beslutningssystem, mens sykehuset i høyere grad er preget av større profesjonalitet i sine systemer blant ansatte med betydelig spesialistkompetanse og med sine avanserte laboratorier, medisinsk utstyr og diagnostiske systemer. Som en av informantene fra kommunen uttalte: *«hvilken innsikt har egentlig en kommunestyrerepresentant fra Froland i den her ordningen med KØH?»*. Det kan indikere litt av skeivheten som oppstår når disse forhandlingspartnerne skal sette seg ved forhandlingsbordet, med folkevalgte i den ene enden og profesjonen i den andre. Helt klart blir kommunen framstilt oppfattet som den svake part. Andre utsagn som bidrar til å bygge opp under denne skeivheten, er flere av uttalelsene fra sykehuset. KØH omtales som et kommunalt ansvar, og det pekes på at ansvarsrollen til sykehuset var innfridd når avtalene var

underskrevet. Hovedoppgaven til sykehuset var å lage mandatet og drive opplæring - i følge en av sykehusets informanter. Dette viser at det ikke finnes symmetri og likevekt mellom partene. Derimot råder holdninger om at den ene part er den andre overlegen. Videre kan det antas at ubalansen vil forverre seg jo mindre kommuner er. Torjesen og Vabo (2014) forklarer at regionale forhandlinger veier opp en del for skeivheten. Dette åpner for en rekke spørsmål om kommunestørrelse og økt makt i det interkommunale samarbeidet. Men dette går jeg ikke inn på i denne studien. Også i denne studien min fant jeg forskjeller mellom kommunene. Alle kommuner forhandlet enkeltvis med SSHF mens kommunene i Knutepunkt Sørlandet forhandlet på vegne av tre kommuner (Kristiansand Kommune, Lillesand kommune, Birkenes Kommune, & HF, 2014). Konsekvensen av forhandlinger kan bli at den ene part er overlegen i nettverket og påvirker mest ved avgjørelser. Torjesen og Vabo (2014) trekker fram faren for et «svarteperspill», der sykehusene presser på for ikke å bli sittende med ulønnsomme kronikere og heller overfører disse pasientene til kommunene. Etter 2016 vil det bli nye forhandlinger og nye avtaler som skal skrives. Det kan bli spennende å se om kommunen da har forståelse for «spillet». Eventuelle andre styringsproblemer som kan dukke opp, er at samarbeidskommuner vil trekke seg ut av samarbeidet. Da må tilbudet reduseres i vertskommunen. Men det foreligger en gjensidig avhengighet. Økonomisk er de små kommunene avhengige av de store for å få tilbudet på plass.

Et annet element, er som tidligere nevnt: Det framkommer av samhandlingsreformen og KØH at distriktene skal få rustet opp kompetanse og tilbud (St. meld 47, 2009). Tilfaller egentlig kompetansen og KØH-utbyggingen mennesker i distriktet, eller blir det forbehold til folk i byene? Mine funn viser alle etableringer i byer på Agder, i umiddelbar nærhet til sykehuset, eller etablert på sykehuset. Empirien viser et unntak. Østre Agder har etablert et pilotprosjekt med ambulerende KØH. Der kvalifisert personalet reiser rundt og følger opp pasienter i hjemmene. Tilbudet kommer i tillegg til hjemmesykepleie og fastlege. Dette er et tilbud som - i aller høyeste grad - kommer distriktene til gode på grunnlag av deres målsetting. Sett fra en annen side: Kan det tenkes at det kan oppstå interessekonflikter her? Problemstillinger som at det ambulerende teamet er bedre i stand til å vurdere en pasient, enn det fastlegen og hjemmesykepleien er? Tett dialog, hyppig møtefrekvens og gjensidig tilpassing kan oppveie dette. Men tankesettene «cure» og «care» vil også møtes her, forhåpentligvis flyte sammen og til slutt komme pasienten til gode. Oppstart skjedde i etterkant av intervjuet, og det blir spennende å følge med utviklingen.

7.5 Lovpålegg

Stat og kommune er gjensidig avhengige av hverandre, og forholdet er dynamisk. Blant annet kan ulike avtaler mellom forvaltningsnivåene bidra til å regulere dette forholdet.

Ved å studere loven og avtalene bekrefter studien at samfunnstrenden går mot mer vektlegging av pasienten, og økte rettigheter som er nedfelt av loven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dokumentanalysen viser at fra 2016 vil det være lovpålagt at kommunene skal ha et tilbud om kommunal øyeblikkelig døgnenhet. Denne koordineringsmekanismen har med direkte styring i form av hierarki slik Mintzberg (1983) beskriver den. Her ser vi at en hierarkisk styringsmekanisme slår inn, og bidrar til å forsterke alvoret ved innføringen av KØH. I denne studien har jeg sett KØH som et styringsvirkemiddel for Samhandlingsreformen. For å innfri den vil staten at loven skal regulere dette. Men er det nok, å vedta et lovverk som skal regulere dette? Vil kommunene innfri på grunn av loven? Kritikere hevder at lovpålegget styrker ytterligere fragmentering av helsetjenesten (Byrkjeflot et al., 2014). Og det er fullt mulig at det vil ha en direkte følge for pasientene, slik vi har sett av medfinansieringen av pasienter og de utskrivningsklare. Men sannsynligheten er stor for at pasientene ikke vil hete noe med «de-som-ikke-ble-innskrevet på KØH», men heller får merkelappen «utskrivningsklare pasienter». Dette har med systemet å gjøre. De pasientene som har vært innom sykehuset og skal skrives ut, er de utskrivningsklare, mens de som ikke har vært avklart på sykehuset, men heller er blitt sendt til KØH, er KØH-pasienter. I teorien kan vi kjenne dette igjen som pigeonholing (Mintzberg, 1983). Og problematikken kommer tydeligst til syne i Arendal, der de til dels har blandet disse to pasientgruppene på samme avdeling. KØH-pasientene blandes sammen med de utskrivningsklare, både i antall og i alvorlighetsgrad (mye dårligere pasienter). Derimot hadde de andre to organiseringene av KØH unngått denne problematikken. Her var ikke pasientene blandet med utskrivningsklare, men sengene var fortsatt tomme!

Videre er det lov å stille seg spørsmålet: Hva skjer hvis kommunene ikke fyller kravet? Blir de erstatningspliktige overfor pasientene som ikke mottar tilbudet? Mest sannsynlig ikke, omstilling tar tid (Røvik, 2007). Slik tilbudet står i dag, representerer det noe nytt innenfor helsesektoren de fleste steder. Det vil nok bli brukt som en forklaring. Dette kan bidra med å forklare det. For Agder sin del er statistikken rimelig god. Den viser at alle kommunene på Agder vil innfri dette kravet før år 2016 (Huseby & Helsedirektoratet, 2015). For ikke å bli for nærsynt når det gjelder denne studien, kan det være interessant å se på hvordan det står til

andre steder i landet. Det viser seg at det er kommuner fra Helse Nord - med mindre enn 5000 innbyggere - som **ikke** er i gang med etableringen. Da kan man jo spørre seg: hva er grunnen til dette? Er det sånn at dokumenthavet fra staten er så stort og omfattende i forhold til kommuneadministrasjonen at det rett og slett blir u håndterlig? Har muligens de små kommunene allerede samarbeid med andre kommuner om helse- og omsorgstjenester for sine innbyggere? Eller har de ikke oversikt over dette relativt nye feltet? Den vanligste enkeltårsaken som kommunene oppgir er at det allerede eksisterer lignende tilbud i kommunen (Huseby & Helsedirektoratet, 2015). Det spørres hvordan man ser det.....

Konsekvenser av de økte lov og rettighetspåleggene kan gi grunn til bekymring. Hvis pasientenes tilbud ikke blir godt nok ivaretatt, vil det da - i verste fall - bli til at pasienter går via rettsvesenet for å få tjenestetilbudet de har krav på? Eller vil pasienter flytte fra kommunen på grunn av dårlig eller til på grunn av god kommuneøkonomi? Kan det tenkes at en pasient vil være prisgitt kommunen han kommer fra? Dette ville i så fall stride mot likhetsprinsippet i Norge. Det vil bli interessant å se hvilke konsekvenser det vil få hvis tilbudet **ikke** er på plass i 2016.

Samhandlingsreformen gir også mulighet for kommunene til å bygge ut et fullverdig tilbud til pasientene nær der de bor. Akkurat slik KØH- tilbudet kan - når det innfris. Undersøkelsene mine viste at alle enhetene var lov- og rettighetspålagte, og avtaler var gjort slik at alt det formelle var på plass. Mens den fullverdige driften lot vente på seg, og pasientene så ut til å mangle ved de fleste institusjoner, på lik linje med de tall som foreligger på landsbasis (Huseby & Helsedirektoratet, 2015).

Prinsippet om likhet i tilbudet, uansett hvor du bor i landet, er til for å sikre kvaliteten. Hvis vi ser på Arendal (Østre Agder), har de nettopp tatt grep som kan forbygge nettopp dette, og til dels også eventuelle komplikasjoner med avstand. Østre Agder har fått bevilget prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å etablere et prosjekt «Ambulant KØH» der de trekker kompetansen hjem til pasienten, for å unngå forflytning og eventuelle innleggelse. Planen er at en geriatriker går i front for å iverksette tiltak som skal lette hjemmetjenesten og fastlegens arbeid. Hvis dette viser seg å bli suksess, vil det kunne være en løsning for flere kommuner med den samme problematikken. Imidlertid kan det være flere utfordringer vedrørende dette, blant annet kan det være viktig å være påpasselig med ansvarsfordelingen. Er ambulerende team bedre i stand til å vurdere en pasient enn det fastlegen for eksempel er? På den andre

siden; vil det gi bedre helsetjenester der folk bor og kunne forebygge og begrense sykdom, noe som også var en av intensjonene med samhandlingsreformen(St. meld 47, 2009)?

7.6 Pengestrømmen

Hvis man skal se på pengestrømmen, så har samhandlingsreformen ført til at pengene følger pasienten (St. meld 47, 2009). Det er ønskelig at pasientene skal behandles mer der de bor, derfor behøves det en større opprustning i kommunene når det gjelder ressurser i form av ansatte og utstyr. Pengene som er bevilget, er øremerkede tilskudd, noe som Røiseland og Vabo (2012) karakteriseres som harde styringsvirkemidler, i motsetning til myke styringsvirkemidler (veiledningsmateriell og rådgiving).

Et av funnene studien kom fram til viser at intervjupersoner ved sykehuset uttrykte skepsis til finansieringsplikten. De hevdet at opplegget var å ta penger fra deres budsjetter, for å gi dem til kommunal KØH, der det nærmest bare var tomme senger. I tillegg kunne ikke helseforetaket spore noen nedgang i innleggelser. Dette mente de var fordi tallene var for små til å se noen reduksjon i forhold til deres statistikk. De har kanskje et poeng her; i og med at antall senger - for det totale antallet på Agder - ikke er stort. Det ligger på 44 senger. Det finnes imidlertid forskning som tyder på det motsatte. Terje P. Hagen (2014) er en av dem, som uttrykker at det **kan** tyde på en nedgang i akutte innleggelser.

Økonomiske bevilgninger overføres når avtaler er underskrevet og ferdigforhandlet mellom helseforetak og kommuner(SSHF, 2012). En del av avtalen er å redusere veksten av innleggelser på sykehus. Det ligger altså et krav til «outcome» slik Mintzberg (1983) beskriver koordineringsmekanismene. Det settes **krav til prestasjon**: sykehuset skal redusere antall innleggelser. Dette er standardisering av output, og standardisering av resultat. Men er det egentlig mulig for kommunene å klare å innfri disse? Blir det urimelig å kreve dette? Det er en mismatch mellom hva de økonomiske føringene legger opp til, og hva som er mulig å oppnå på dagen KØH? Det er iallfall en stor utfordring til prestasjonskravet i forhold til belegget på KØH. Mine studier viser lavt belegg på alle KØH. Det lå en plass mellom 30-50 % av full kapasitet. Kommunen vil ikke klare å innfri resultatkravet, så lenge belegget er så lavt. Hva er forklaringene på dette i min studie? Intervjupersonene på sykehuset problematiserte dette. De hevdet at det er urimelig at sykehuset skal betale 33 millioner i året uten at det er lov å kreve noe tilbake. Andre uttalelser underbygger dette, og en hevdet at hvis de på sykehuset hadde hatt så lavt belegg, ville avdelingen vært nedlagt!

Sett fra kommunenes side er saken en annen. Videre er det mulig å snu på dette. Det var et av poengene til samhandlingskoordinatoren i regionalt samarbeidsutvalg - i følge intervjuet. Pengene følger også pasientene inn i sykehuset. Når en pasient først har blitt lagt inn, kommer han ut som en utskrivningsklar pasient – ikke som en pasient som passer inn på KØH, under de innleggelseskriteriene som foreligger pr dags dato. Torjesen og Vabo (2014) mistenker sykehuset for å spille «svartepersillet» om pasienter (kronikere) med kommunen. Et av de store problemene i kommunehelsetjenesten på den tid intervjuene ble gjort, er de utskrivningsklare pasientene. Mange av disse pasientene var mye dårligere (sykere) enn de som lå inne på KØH. Forskning viser samme trend (Hagen, 2014; Huseby & Helsedirektoratet, 2015). Det er ikke til å unngå at denne problematikken må tas opp når kommunehelsetjenesten drøftes. Pasientene skal tilbakeføres til kommunen, som har det overordnede ansvar for at hver enkelt av dem får et forsvarlig tilbud - til beste for dem.

7.7 Kommunene har fått ny rolle?

Utbyggingen av velferdsstaten henger sammen med utvikling av helsevesenet. I de siste tiår har offentlig politikk utviklet seg og blir iverksatt gjennom strukturer hvor ulike, og tilnærmet likeverdige parter samhandler, for eksempel tjenesten (KØH) som denne studien omhandler. Ulike aktører samarbeider og det har relevans til offentlig styring. Styringen av disse nettverkene blir definert av Vabo og Røiseland (2012) som samstyring, og internasjonalt blir dette beskrevet som «governance» eller nettverksstyring. Styringen omfatter både vertikale og horisontale relasjoner. De vertikale er omtalt som multilevel-governance eller flernivåstyring (Vabo, Røiseland, 2012 s. 22). Dette kan være litt forvirrende, derfor vil jeg presisere ytterligere. Når vi tenker vertikal styring, trekkes tankesettet automatisk til hierarkisk styresett. Men i denne omgang betegner det at oppgaver og ansvar er fordelt mellom formelle styringsnivåer, men inkluderer også horisontale aktører (f.eks flere kommuner). Trenden er økende bruk av såkalte myke styringsvirkemidler fra statens side (Røiseland & Vabo, 2012). Dette viser også denne studiens funn. Veiledningsmateriellet: «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» gir også klare indikasjoner på resultatet, selv om prosessen er fritt utformet fra kommunenes side.

7.8 Andre utfordringer

I en organisasjon er det behov for flere ulike koordineringsmekanismer etter hvert som strukturen blir mer kompleks; i følge Mintzberg (1983). Informantene ved de ulike kommunalt øyeblikkelighjelpene ga uttrykk for at det forelå en viss grad av usikkerhet om hvilke pasienter de skulle behandle og ikke behandle. De la mest vekt på hvilke pasienter de **ikke** skulle behandle. Informantene fra sykehuset mente - på sin side - at kommunene behandlet for få pasienter. De kunne **ikke** finne noen nedgang i antall pasienter ved sine institusjoner. Muligens er dette en negativ konsekvens av en måte å organisere tilbudet på? Spesialistsykehuset har en sterk posisjon, og er ofte preget av at de forteller kommunehelsetjenesten hva pasientene trenger, og så er det opp til kommunene å handle. Enkelte profesjoner har en slags «rett» til å behandle en type pasienter. Dette er så «nedarvet» i det felles tankesettet for helsearbeidere, det være seg i kommunen eller på sykehuset. Kanskje er det slik at organiseringen fikk en negativ konsekvens ved å rokke med det hierarkiske tankesettet? Eller er det en reaksjon på reformtretthet fra legenes side?

8. Avslutning og oppsummering

I første del av problemstillingen har jeg sett på hvordan spesialistsykehus og kommunehelsetjenesten har samarbeidet om iverksetting av KØH på tre steder i Agderfylkene.

Kommunal øyeblikkelig-hjelp fordrer samhandling mellom sykehus og kommune. Ordningen har kommet i stand ved at Helsedirektoratet har lagt opp til et formalisert samarbeid med delavtaler som danner grunnlaget. Logikken spiller seg ut i praksis med at representanter fra kommunene og sykehus kommer sammen til forhandlinger i en rekke delavtaler som regulerer ansvar og forpliktelser. Sørlandet sykehus HF er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommune på Agder og for å ivareta samarbeid. Dette samarbeidet gjenkjennes i teorien som mandatorisk samarbeid (Rodriguez et al., 2007). Avtalene er inngått for de fleste kommuner en og en, mens Knutepunkt-kommunene har forhandlet regionalt.

Partene utgjør til sammen et partnerskap og partnerskapet karakteriseres som nettverk (Byrkjeflot et al., 2014; Kickert et al., 1997). I drøftingen er det problematisert om det foreligger likevekt i partnerskapet?

Avtaleverket og strenge føringer gjør til at ordningene med KØH fører til mange intensjoner, men få forpliktelser. Eller sagt på en annen måte: Blir forpliktelsene fulgt opp? Eller fører ordningen til økt administrasjon, økt byråkrati og lite handling? Videre viser funnene at når avtalene er inngått så står kommunene mye på egen hand, sykehuset har oppfylt sin del av avtalen og har viktigere ting å ta seg av. Funnene viser en gjennomgående holdning om at Sykehuset sin rolle er å veilede og ingen ting annet, noe som gjør at den allmenne troen på at ekspertisen sitter på sykehuset er i høyeste grad oppegående.

Grimsmo (2015) viser til at det ikke foreligger brukererfaringer i avtalene, noe som også er en svakhet. KØH ville med stor sannsynlighet sett annerledes ut fra en pasients perspektiv, selv om intervjupersonene fortalte at de hadde fornøyde pasienter. På sikt vil KØH inngå i akuttmedisinsk kjede og kreve nye forhandlinger, det blir spennende å følge utviklingen. Hvis jeg skulle prøve meg på å besvare problemstillingen videre, kan mine funn tyde på at kommunen er mer positive til samarbeid enn det sykehuset er. Dette baserer jeg på helhetsinntrykk generelt og gjennom flere intervjuer med personer som til daglig arbeider med KØH.

I det *andre* spørsmålet jeg stiller i problemstillingen, vil jeg ha svar på hvordan tilbudet med kommunal øyeblikkelig hjelp har fungert i en tidlig iverksettelsesfase i disse byregionene. Der kom jeg fram til at tilbudet har fungert bra både på det administrative nivå, men også på det operative nivå. OSS (regionalt nivå) har nedsatt en medisinsk faggruppe som har med god faglig og klinisk forankring veiledet gjennom oppstart av alle tre tilbudene. En tilsvarende studie er gjort i Vennesla og Iveland som viser samme resultater (Brattum, 2013).

Personalgruppene har lært seg de tekniske ferdighetene og tilbudene er rustet opp til å motta pasienter. Partene har samarbeidet, hatt samarbeidsmøter og andre treffpunkter som gjør at har oppnår det som Mintzberg (1983) omtaler som gjensidig tilpassing. Samordning i nettverk ivaretas i hovedsak som gjensidig tilpasning mellom aktørene.

Det tredje spørsmålet jeg stiller er: *Hvordan organisering og funksjonalitet har variert mellom disse tre stedene?*

I problemstillingen brukes begrepet funksjonalitet. Funksjonalitet i denne studien dreier seg om hvordan det KØH har bidratt til reduksjon av sykehusinnleggelser. Mine funn viser at belegget på de studerte KØH til å være mellom 30-50 %. Noe som tilsa at det var en del ledige senger og at tilbudet ikke blir skikkelig utnyttet. Lavt belegg kan ses i sammenheng med teorien pigeonholing og bidra til besvare hvorfor det blir slik (Mintzberg, 1983). Den

som favoriserer de tradisjonelle og vanligste metodene – dermed utelukker den KØH fordi en representerer noe forholdsvis nytt. Pigeonholing kan kaste lys over og gi en teoretisk fortolkning av hvorfor pasienter blir sluset rundt i systemene slik de alltid har gjort og nye mønster er vanskelig å innarbeide blant profesjonelle, de har sine rutiner og vaner for klassifisering og handlingsrutiner knyttet til pasientinnleggelse. KØH kompliserer altså pasientforløpet, og mye tyder på at det bidrar til å fragmentere pasientforløpet ytterligere (Grimsmo, 2015). Innleggelser på i kommunehelsetjenesten er som regel planlagte, det er det vanlige. Mens det ved akutt sykdom kan resultere i sykehusinnleggelse. Dette representerer det tradisjonelle tankesettet, og endringer tar som tidligere sagt tid. Legene er oppmerksom på tilbudet, men fortsetter likevel å legge inn pasienter i sykehus. Det kan tyde på at de setter faglig kvalitet i førersetet.

I fare for å bli for generell om de ulike tilbudene om kommunal øyeblikkelig hjelp, er flere elementer som skiller de tre ulike organiseringene fra hverandre. Tilbudene varierer mye selv om jeg finner en del likhetstrekk. Alle tre har sykehus i umiddelbar nærhet og at alle er etablert i en by på Sørlandet med relativt korte avstander mellom lege, legevakt og sykehus. Funnene viser imidlertid at det er vertskommunen som bruker tilbudet mest, og det er i tråd med det andre har funnet (Grimsmo, 2014; Huseby & Helsedirektoratet, 2015).

Helsedirektoratets føringer vil at alle tilbudene skal utarbeides etter hva som finnes i kommunen fra før av. Det kan vi se kommer til anvendelse. Knutepunktkommunene har organisert seg ved et lokalmedisinsk senter, Østre Agder er i tilknytning til et sykehjem og senere «KØH på hjul». Mens Lister har etablert tilbudet på Sørlandet sykehus HF avdeling Flekkefjord, noe som har ført til at tjenesten der har tettere samarbeid med sykehuset enn de to andre tilfellene. Det som synes å bety mest er den daglige interaksjonen ansatte fra kommunen og sykehuset får. Kulturforskjellene som omhandler som tidligere nevnt «cure og care» har smeltet sammen. Østre Agder er det tilbudet som har hatt lengst erfaring av de tre tilfellene jeg har studert, og det kan kanskje bidra til å forklare et noe høyere belegg enn på de andre to stedene. Østre Agder har dessuten valgt å sette i gang et pilotprosjekt med «KØH på hjul» for å utnytte ressursene bedre.

Det finnes ulike måter å løse organisering med KØH på, og det er en styrke med tilbudet. Men det kan også bli en svakhet. Særlig hvis tilbudet forsvinner i mengden av andre mere kravstore kommunale helseutfordringer som de utskrivningsklare pasientene. Eller at tilbudene blir utviklet seg veldig ulikt, slik at ulik kompetanse og utstyr får betydning. I så fall vil dette bidra med å komplisere pasientforløpet ytterligere. Er tilbudet funksjonelt når det

ellers klages på mangel på sykehjemsplasser i kommunen? Vil det si at det foreligger en overetablering av KØH (Grimsmo, 2014)? Mens det på samme tid mangel på sykehjemsplasser? Noen av intervjupersonene hevdet at KØH hadde vært mest tjent med å være i umiddelbar nærhet til legevakt. Den vil da komme i tillegg til andre tjenester i helsesektoren ikke - i stedet for.

Videre i problemstillingen ønsket jeg også å sette fokus på samarbeidet mellom aktørene, og på hvordan styringsvirkemidlene har bidratt til bedre koordinering og samordning.

Samarbeid mellom aktørene påvirkes av en rekke faktorer. I denne studien har vi sett at ulike profesjoner med ulike syn og ulike tilnæringsmetoder bringes sammen for løsning av økt samhandling og KØH. Disse ulike tilnærmingene kan ses i lys av teorien til Glouberman og Mintzberg (2001). Den viser at ulike tankesett og forståelse former ulik virkelighetsforståelse og holdninger, og jeg har sett spesielt på omsorg (care) versus behandling (cure) som kan bidra til splittelse og utfordringer med samhandling mellom kommuner og sykehus. Ny organisering, og overføringer av dårligere pasienter til kommunene utfordrer det bestående tankesettet som preger kommunehelsetjenesten og sykehustjenesten. Etablerte systemer må endres, og mennesker som arbeider i disse systemene må sette lit til at den nye ordningen vil bedre hverdagen for både arbeidstakere og for pasientene.

En forutsetning til godt samarbeid er gode kommunikasjonskanaler. I studien har jeg funnet at kommunene har ulike datasystem i start sett alle ledd. Det er ulike datasystem i flere kommuner, på legevakt og på sykehuset. Dette forsinker skriftlig kommunikasjon, og det kompliserer innleggelse unødvendig spesielt siden de fleste pasienter kommer på ettermiddag og natt. Veiledningsmateriellet fordret en satsing på IKT men, jeg fant ingen personer som visste noe om dette i mine intervjuer eller i dokumentanalysen.

Som nevnt har jeg allerede vært innom flere av styringsvirkemidlene som har bidratt til bedre koordinering mellom sykehus og kommune. Speilet mot Mintzbergs (1983) koordineringsmekanismer er alle former for koordinering tatt i bruk for å realisere KØH i kommunene, men noen koordineringsvirkemidler er mer fremtredende enn andre. Staten er tilstede gjennom sin lovgivning med å kreve at ordningen skal være obligatorisk fra 2016, dvs. hierarkisk styring gjennom lov og regulering. Gjennom veiledere fra Helsedirektoratet settes det standarder for selve driften av KØH tilbudet både, dvs. standardisering av arbeidsprosess, men og gjennom standardisering av input gjennom bestemte kompetansekrav. Det settes også krav til output, for eksempel antall liggedøgn som kommunen skal gi samtidig

med tilsvarende reduksjon i sykehusinnleggelse. I tillegg så vil partene (sykehus og kommuner) samarbeide ved å koordinere seg gjennom mye gjensidig tilpasning, møter og løpende kontakt.

Norsk forvaltning er preget av byråkratiske prinsipper med hierarkisk oppbygging og nivåinndeling mellom forvaltningsnivåene. Selv om ordningen med KØH er styrt i nettverk, vil de hierarkiske strukturene så definitivt fortsatt være tilstede (Kodner, 2002). Mine funn har vist at i situasjoner med høy kompleksitet er gjensidig tilpasning den mest effektive mekanismen, og den som kommer sterkest til uttrykk i det daglige arbeidet av KØH. Flekkefjord hadde en organisering som krevde en hyppig og daglig form for gjensidig tilpassing og skilte seg ut i positiv forstand. Fordelene med samlokalisering er at de har kort vei til spesialistene og at faglig arbeidskraft tilgjengelig i umiddelbar nærhet.

Offentlig sektor og helsedirektoratet har stor frihet i valg av «**outcome**», men brukes de riktige indikatorene når vi måler KØH? Økonomiske bidrag utbetales når avtalene mellom sykehus og kommunene er gjort. Men i tillegg settes det setter også krav til outcome, i form av prestasjon - med at antall innleggelser på sykehuset skal reduseres. Det lave belegget i KØH gjør at dette styringsvirkemidlet er urealistisk, og at pasientstrømmen fortsetter å gå til sykehuset. Uten at leger legger pasienter inn – vil sengene fortsatt være tomme. Kanskje er det sånn at KØH konkurrerer med sykehusinnleggelser og gjør at leger står ovenfor valgmuligheter? Som i en slags markedstenkning, der legen kan velge en av flere muligheter? Innleggelser på sykehuset koster mer enn pasienter i kommunen, det er et av hovedpoengene med å opprette kommunalt øyeblikkelig hjelp (Huseby & Helsedirektoratet, 2015; St. meld 47, 2009). På bakgrunn av dette, blir dette problematisk: For skal det velges billigste pasientbehandling for samfunnet, eller beste faglig miljø (sykehuset)?

Velferdsstatlige mål om likhet og geografisk omfordeling kommer til uttrykk i rettighetslovgivning og gjennom økonomiske virkemidler. Men blir godene velferdsstaten ønsker å gi alle jevnt fordelt? Eller ser vi et tredje nivå innenfor akuttkjeden? Blir KØH-tilbudet forvandlet til rimeligere sykehustjenester og «mini-sentralisering av døgntilbudet» for øyeblikkelig hjelp tilstander blant «ulønnsomme» kronikere og eldre pasienter, i stedet for å bli et tilbud nær pasientene? Er det noen vits at pasientene blir sendt en time til KØH når det er samme avstand til Sykehuset? Skal samfunnsøkonomisk sparing gå foran hensynet til pasienten? Belastningen er stor for kronikere med oppstykket behandlingsforløp med korte opphold her og der.

Sett i et mer positivt lys vil kanskje den nye organiseringen by på nye muligheter, tilby noe nytt i stedet for å erstatte noe? Studien kan konkludere med og alt tyder på at handlingsrommet innenfor KØH er ikke nok utnyttet. Kanskje vil den nye organisering på lengre sikt gå seg til og endre det bestående og føre til at vårt etablerte sykehussentrerte helsevesen endres slik det anbefales når en står overfor en befolkning med flere og flere eldre med kroniske lidelser (Gröne & Garcia-Barbero, 2001)? Vi får se når tilbudet er utprøvd en stund og håpe det kommer pasientene til gode. For det er jo dem dette til syvende og sist handler om!

9. Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier: Forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Arendal kommune, & Sørlandet sykehus HF. (2012). *Delavtale mellom sørlandet sykehus og arendal kommune*. Hentet fra <http://www.sshf.no/fagfolk/samhandling/Avtaler/arendal/Documents/Signert%20delavtale%204%20mellom%20SSHF%20og%20Arendal%20kommune%20-%20beskrivelse%20av%20kommunens%20tilbud%20om%20d%C3%B8gnopphold.pdf>.
- Brattum, E. (2013). *Veien til kommunal øyeblikkelig hjelp i kommunene vennesla og iveland*. Masterdegree, UiA, Universitetet i Agder, Kristiansand. Hentet fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/136536>
- Byrkjeflot, H., Christensen, T., & Lægroid, P. (2014). The many faces of accountability: Comparing reforms in welfare, hospitals and migration. *37(2)*, 171-195. Hentet fra doi:10.1111/1467-9477.12019
- Byrkjeflot, H., & Guldbrandsøy, K. (2013). Bade hierarkisk styring og nettverk: En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Hierarchical steering and networks. A study of how the steering of the Norwegian hospitals has developed*, *54(4)*, 463-491.
- Christensen, T. (2010). *Forvaltning og politikk* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Fjeldbraaten, E. M. (2010). *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*. Kristiansand: E.M. Fjeldbraaten.
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt*. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseoven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease - part i: Differentiation. *Health care management review*, *26(1)*, 56.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease - part 2: Integration.(hospitals). *Health Care Management Review*, *26(1)*, 70.
- Grimsmo, A. (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten :blad for allmenn- og samfunnsmedisin*, *4*.
- Grimsmo, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen* Paper presented at the Erfaringer fra evaluering av Samhandlingsreformen, Gardemoen. http://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Nyheter/Erfaringer_fra_evaluering_av_Samhandlingsreformen/1254009331658/p1253972204866
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the who european office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, *1*.
- Hagen, T. P. (2014). Færre eldre på sykehus? Hentet fra http://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Nyheter/Ferre_eldre_pa_sykehus/1254001959399/p1253972204866
- Helmets, A.-K. B. (2010). Kritikk av finansiering. Hentet 16.03.2015, fra <https://www.nsf.no/nyhet/323166/kritikk-av-finansiering>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.M.*
- Helsedirektoratet. (2012). *Samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus*. Liv Merete Wiker Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke/id650125/>.
- Helsedirektoratet. (2014a). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmatriell*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2014b). Status for samhandlingsreformen : Forvaltningsmessig følge med-rapport fra helsedirektoratet juni 2014fra: Reprint Edition)|. Hentet.
- Helsedirektoratet. (2014c). *Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud*. Deloitte Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/bruken-av-kommunalt-oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-deloitte-2014.pdf?id=14838>
- Heløe, L. A., & Ånstad, H. (2007). Striden om kommunehelse(tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen? *Michael*.
- Huseby, B. M., & Helsedirektoratet. (2015). Samhandlingsstatistikk 2013-2014fra: Reprint Edition)|. Hentet.
- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-norge : En innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2014). *Interkommunalt samarbeid i norge : Former, funksjoner og effekter*. Bergen: Fagbokforl.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997). *Managing complex networks : Strategies for the public sector*. London: Sage Publications.
- King, G., Keohane, R. O., & Verba, S. (1994). *Designing social inquiry : Scientific inference in qualitative research*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Kirchhoff, R., & Ljunggren, B. (2015). *Equality in partnerships: The coordination reform in norway*. Paper presentert på International Conference on integrated care, Edinburgh.
- Kommuneloven. (1993). Lov om kommuner og fylkeskommuner
- Kommunenes, & Sentralforbund. (2012).
- Kooiman, J. (1993). *Modern governance : New government-society interactions*. London: Sage.
- Kristiansand Kommune, Lillesand kommune, Birkenes Kommune, & HF, S. S. (2014). *Tilleggsavtale til d4 mellom sørlandet sykehus hf og kommunene kristiansand, lillesand og birkenes*. Hentet fra <http://www.sshf.no/fagfolk /samhandling /Avtaler /kristiansand /Documents/Tillegg savtale%20D4%20K%C3%98H%20Kristiansand,%20Lillesand,%20Birkenes.pdf>.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitative forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy, 30th ann. Ed.: Dilemmas of the individual in public service*: Russell Sage Foundation.
- Marks, G., & Hooghe, L. (2004). Contrasting visions of multi-level governance. *Multi-level governance*, 15-30.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives : Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*.
- Paulsen, B., Romoren, T., & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *Int. J. Integr. Care*, 13.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: A comparative analysis : New public management, governance, and the neo-weberian state* (3rd ed. utg.). New York: Oxford University Press.
- Prop. 91 L. (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.M. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Provan, K., & Milward, H. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Adm. Rev.*, 61(4), 414-423.

- Ragin, C. C. (1994). *Constructing social research: The unity and diversity of method*. Thousand Oaks, Calif: Pine Forge Press.
- Reitan, M., Saglie, J., & Smith, E. (2012). *Det norske flernivådemokratiet*: Abstrakt forlag AS.
- Rodriguez, C., Langley, A., Beland, F., & Denis, J.-L. (2007). Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network. *Administration & Society*, 39(2), 150.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. F. (2011). Promoting coordination in norwegian health care.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring : Governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Spreeuwenberg, K. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2.
- SSB. (2011). På randen av samhandling. Oslo: Hjemås, G.Vold, B.
- Delavtale mellom sørlandet sykehus hf og arendal kommune (2012).
- St. meld 16 2010-2011. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld 47. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Status for samhandlingsreformen. (2014). *Status for samhandlingsreformen: Forvaltningsmessig følge med-rapport fra helsedirektoratet juni 2014*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, Calif: Sage.
- Sørheim, R. Ø., & Tollefsen, S. (2014). *Strategisk styring i staten*. Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode (3. utg. utg.)*. Bergen: Fagbokforl.
- Thorsvik, J. (2014). Langtidplanlegging i staten. I Å. Johnsen (Red.), *En strategisk offentlig sektor*. Bergen: Fagbokforl.
- Torjesen, D. O., & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen - virkemidler for koordinering. I S. I. o. V. Vabo, Mia (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Intervjuguide

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

Forskningsspørsmål:

Hvordan koordineres og styres samarbeid i utvikling av KØH i kommunene fra SSHF?

Hvilke samarbeidsutfordringer har helseforetakene med kommune?

Hvordan vurderes den endret oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak?

Innledning, organisering og koordinering

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

Styring og samarbeid

Oppsummere intervjupersonens rolle – du er leder og/eller har ansvar for

4. Hvem må du forholde deg til før du kan ta en avgjørelse i din daglige jobb?
5. Hvilke samarbeidsutvalg sitter du i?
6. Hvem er de ulike representantene i de ulike utvalgene?
7. Hvem leder de ulike utvalgene?
8. Bidrar alle kommunene likt?
9. Gjennomslagskraft eller rådgivende organ?

Samarbeid og kultur

10. Kan du si noe om forventninger dere til hverandre (kommune, helseforetak,)?

11. Er det en felles forståelse av hva som er god behandling / oppfølging / koordinering mellom sykehus og KØH?

12. Er det ikke ulike fokus på behandling av pasienter på sykehuset og i kommunene?

Jeg har jo selv vært ansatt i kommunen og deltatt i pleie av pasienter (sykehus som behandlede og kommuner som pleier).

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – resten av livet	Kortsiktig, planlagt utskrivingsdato
Diagnose	Hele mennesket med alle diagnosene	Et problem av gangen
Pasient – helsepersonell	Godt kjent med hverandre	Kort møte – lite kjent
Beslutninger	Helsepersonell tar avgjørelser lengre ned i system, avh av hva pasienten vil	Sterke faglige retningslinjer
Samarbeid	Mange, pårørende andre helsetjenester	Ofte sam.arb med kommunen, sjelden/sporadisk pårørende.

13. Tabell: fokuspunkter, men stemmer de? Målet er å ha en samtale om dette.

14. Hvordan kan sykehuset/helseforetaket bidra til samarbeidskultur?

15. Ang det at flere pasienter skal behandles i kommunene, kan det med ulik kultur/målsetning bli et problem?

Finansiering

Helse- og sosialdepartementet har gått ut med at dette er en spleisepakke. Hvor 50 % av finansieringen er fra helseforetakene og 50 % er fra staten.

16. Sykehuset skal finansierer 50 % av KØH? Hvordan stiller sykehuset seg til det?

17. Hvordan ser du på det finansieringen?

18. Har sykehuset mindre innleggelser pga etableringen av KØH? Merker dere noe til den?

19. Har du oversikt over hvordan KØH skal videre finansieres?

20. Hvordan tror du KØH vil utvikle seg?

21. Hva er største utfordringen i dag på KØH sånn du ser det? (dette kan komme til slutt)

Vedlegg 2

Hei

Viser til telefonsamtale i dag 10 Mars om intervju, og jeg ønsker at dere kan se på når dere har tid til en samtale eller to.

Jeg heter Eva-Lill Bjørklund og er masterstudent i Statsvitenskap og ledelse på universitetet i Agder. Og nå har jeg har startet å skrive avsluttende masteroppgave om tema kommunal øyeblikkelig hjelpfunksjonen (KØH).

Jeg ønsker å se på styring, samarbeidet og organisering av KØH. Det omhandler både den kommunale delen og det statelige. I min forskning skal jeg intervju mennesker fra tre ulike interkommunale samarbeid (Knutepunktet, Øster Agder og Lister) og en eller to representanter fra SSHF.

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

Takk for du hjelper meg.

Hilsen

Eva-Lill Bjørklund

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagros gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

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

Vår dato: 02.02.2015

Vår ref: 41724 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41724	<i>En komparativ studie av etableringen av Kommunal Øyeblikkelig hjelp i de to største byene på Sørlandet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Dag Olaf Torjesen</i>
Student	<i>Eva-Lill Bjørklund</i>

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

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

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

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

Personvemombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

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