

# Samhandling om korte opphold

*En studie av tidlige effekter på samhandling på  
Nedre Romerike*

Kjersti Markestad



Masteroppgave i Statsvitenskap

Institutt for Statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2015



**Samhandling om korte opphold; En studie  
av tidlige effekter på samhandling på  
Nedre Romerike**

© Kjersti Markestad

2015

Samhandling om korte opphold; en studie av tidlige effekter på samhandling på Nedre Romerike

Kjersti Markestad

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Samhandlingsreformen har medført en rekke endringer i helsevesenet siden den ble innført i 2012. Opptakten til reformen var preget av endringsmotivasjon og nyvinning, og forventninger om økning og bedring i samhandlingen mellom de ulike aktørene i helsevesenet. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) som er fokus i dette prosjektet er ett nytt tilbud som er interessant når målet her er å studere samhandling i skjæringsflatene mellom ulike hovedaktører i helsevesenet.

Studien tar sikte på å belyse hvordan samhandling om pasienter fungerer mellom et ØHD-tilbud og sykehus og bestillerkontor i kommunen, og hvordan denne påvirkes av tilbudets utforming. Gjennom intervjuer med personell som er involvert i samhandling på pasientsiden og et fåtall andre ved de aktuelle enhetene som på grunn av sin stilling har et mer overordnet utsiktspunkt har jeg søkt belyse hvordan samhandling om inn- og utskrivning av pasienter fungerer til daglig. Som konsekvens av studiens sentrale tese om at utforming av tilbudet har påvirkning på samhandling har det også vært nødvendig å søke å forklare hvordan og hvorfor det har fått den form og funksjon det har.

Undersøkelsene viser at utformingen av tilbudet, interkommunalt samarbeid, i stor grad er et resultat av eksterne krav og forventninger til kommunene, en lengre interkommunal utredningsprosess og et tilsvarende samarbeid om legevaktjenester som har beredt grunnen strukturelt og kulturelt for det nye tilbudet. Samlet sett representerer opprettelsen av det nye tilbudet en relativt liten endring fordi det på en rekke områder bygger på kjente strukturer og konstellasjoner. Dette til tross for at innføringen av ØHD innebærer en større endring i pasientforløpet og i helsevesenets samlede organisasjonsstruktur.

De nye ØHD-tilbudene er interessante studieobjekt for samhandling på grunn av deres plassering i skjæringsflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Opprettelsen av tilbudene innebærer en oppgaveoverføring fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, og på grunn av rammene for pasientgruppen og tidsaspektet for opphold ved avdelingen utfordrer dette samhandlingen mellom aktørene. Sykehus og bestillerkontor som er i fokus har fått en ny aktør å forholde seg til. Studien viser at endringen for bestillerkontorenes del har vært minimal da denne føyer seg til eksisterende rutiner for utskrivningsklare pasienter. For sykehusenes akuttinntak derimot er situasjonen noe annerledes. Den strukturelle endringen har vært større og de kulturelle forskjellene er også større. I det store og det hele fungerer samhandlingen til tross for alt godt og det gjenstår å se hvordan det utvikler seg over tid.

# Forord

Nå, ved prosjektets slutt vil jeg gjerne takke veileder Tom Christensen for gode råd og veiledning i arbeidet med studietidens siste oppgave. Ikke minst vil jeg rette en stor takk til alle informanter og andre som har tatt seg tid til å svare på spørsmål og være med på intervjuer.

Arbeidet med masterprosjektet har vært spennende, utfordrende og svært lærerikt og det må også rettes takk alle rundt meg som har bidratt til inspirasjon, motivasjon og tilværelsen for øvrig.

Kjersti Markestad  
Mai 2015

Antall ord: 23553

# Innholdsfortegnelse

Samhandling om korte opphold; En studie av tidlige effekter på samhandling på Nedre Romerike .....	III
<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.2 Samhandlingsreformen.....	2
1.3 Samhandling som begrep .....	4
1.4 Hvorfor studere samhandling og øyeblikkelig hjelp døgn tilbud .....	4
1.4.1 Avgrensning; Nedre Romerike og kommunene Skedsmo og Sørum.....	5
<b>2 Teori og metode.....</b>	<b>9</b>
2.1 Instrumentelle og kulturelle perspektiver.....	9
2.2 Det instrumentelle perspektivet.....	10
2.2.1 Formell organisasjonsstruktur .....	10
2.2.2 Rasjonalitet.....	13
2.2.3 Omgivelser .....	15
2.3 Det kulturelle perspektivet.....	16
2.3.1 Organisasjonskultur.....	17
2.3.2 <i>Logic of appropriateness</i> .....	17
2.3.3 Betydningen av kultur for endring.....	18
2.4 Teoretiske forventninger .....	18
2.4.1 Instrumentelle forventninger.....	19
2.4.2 Kulturelle forventninger .....	20
2.5 Metode.....	21
2.5.1 Å studere en reform i et <i>single case</i> studie.....	21
2.5.2 Avgrensning og utvelgelse av informanter .....	22
2.5.3 Datainnsamling.....	23
2.5.4 Validitet og reliabilitet .....	23
2.5.5 Indre validitet .....	24
2.5.6 Begrepsvaliditet.....	24
2.5.7 Ytre validitet.....	24
2.5.8 Reliabilitet.....	25
<b>3 Empirisk bakgrunn.....</b>	<b>26</b>
3.1 Innledning.....	26
3.2 Samhandlingens bakteppe.....	26
3.2.1 Samhandling, eller å samhandle? .....	27
3.3 Wisløff-utvalget utreder problemet .....	28
3.4 Konkretisering i reformarbeidet, St. Meld 47; Samhandlingsreformen .....	29
3.5 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold.....	32
3.6 Erfaringer med intermediær pleie.....	33
<b>4 Nytt tilbud, nye samhandlingslinjer; funn fra intervjuer og dokumentstudier</b>	<b>36</b>
4.1 Innledning.....	36
4.2 Samhandlingsprosjektet; utredning og planlegging .....	36
4.3 Nedre Romerike KAD.....	38
4.3.1 Bruk av tjenesten.....	39
4.3.2 Pasientforløpet.....	41

4.3.3 Tidsfrister og overliggerdøgn .....	43
<b>5 Diskusjon og analyse.....</b>	<b>45</b>
5.1 Innledning.....	45
<b>5.2 Prosess, form og funksjon mot et nytt helsetilbud .....</b>	<b>46</b>
5.2.1 Strukturelle og rasjonelle forutsetninger for et interkommunalt samarbeid.....	46
5.2.2 Nettverk som pådriver for interkommunale løsninger .....	47
5.2.3 Kulturelt passende bemerkninger om samarbeid .....	48
5.2.4 Nedre Romerike KAD; struktur og kultur.....	50
<b>5.3 Samhandling .....</b>	<b>52</b>
5.3.1 Instrumentelle beskrivelser av samhandling .....	52
5.3.2 Kulturelle beskrivelser av samhandling.....	53
5.3.3 Samhandling i praksis .....	55
<b>6 Oppsummering og konklusjon.....</b>	<b>56</b>
<b>6.1 Sentrale funn .....</b>	<b>56</b>
6.1.1 Veien mot et nytt helsetilbud; interkommunalt samarbeid og kompetansekrav .....	56
6.1.2 Samhandling i skjæringsflatene .....	57
6.1.3 Veien videre og vide utsikter .....	58
<b>Vedlegg .....</b>	<b>63</b>



# 1 Innledning

## 1.1 Tema og problemstilling

Helsevesenet er den offentlige sektor som er med oss fra krybbe til død. Det er stort, behandler mange, ansetter mange, er å finne over hele landet og koster en hel masse penger. Det skrives spaltetimer på spaltetimer om helsevesenet i media hvert år, med fete og ikke fullt så fete typer. Naturlig nok når det dreier seg om liv og død for oss og våre nærmeste. Vi kan behandle og kurere stadig flere sykdommer og våre gamle tas vare på av helsevesenet i større og større grad over lengre og lengre tid. Dette og eldrebølgen tatt i betraktning stiller større krav til helsevesenet om koordinerte tjenester og samordning mellom de ulike delene av helsevesenet. Når helsevesenet også står overfor utfordringer om stadig kostnadsvekst og etterspørsel er det ikke overraskende at det fremmes en større reform som har fokus på pasientforløp og forebygging, med kostnadskutt som den ideelle bieffekt, i sentrum.

Samhandlingsreformen inneholder flere tiltak rettet mot skjæringsflaten mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for å oppnå bedre flyt i tjenesteytingen. Eller med andre ord, unngå brudd i pasientforløpet og effektivisere. Ett av disse tiltakene er kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp (ØHD) som er fokus i dette prosjektet. Det innebærer en oppgaveoverføring fra sykehusene til kommunehelsetjenesten hvor sistnevnte plikter å tilby sengeplasser til pasienter med akutt behov for behandling eller observasjon, der dette kan utføres innenfor allmenntilmedisinens rammer. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbud, ØHD tilbud heretter, skal bidra til å unngå unødvendige innleggelser i sykehus og bidra til et av reformens mer overordnede mål: å yte mer behandling og pleie nærmere hjemmet.

ØHD tilbudenes sentrale plassering i helsevesenets organisasjonskart gjør dem til gode studieobjekter for samhandling. De har ansvar for denne nye pasientgruppen som er definert som *unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten*, med andre ord pasienter som kan tas hånd om på et lavere omsorgsnivå. ØHD tilbudene står samhandlingsmessig i en særposisjon da de må samhandle med en stor del av helsevesenets øvrige instanser. Her kan en nevne i fleng sykehus, sykehjem, bestillerkontor, legevakt, fastleger og ambulansetjeneste. Det er også ett nytt tilbud, selv om kommunene ikke er lovpålagt å tilby det før 2016 er det mange kommuner som allerede har opprettet tilbudet. Gitt dette vil jeg rette søkelyset mot hvordan utformingen av et ØHD-tilbud og de politiske og helsefaglige valgene som gjøres påvirker samhandlingen i den daglige driften. Med andre ord vil jeg gjennom dette prosjektet søke å kaste lys over hvordan og hvorfor struktur og kultur påvirker koordinering og samhandling.

Studien er gjennomført som et casestudie av Nedre Romerikes ØHD tilbud og det sykehus, Ahus, og et fåtall av de kommunene som er med i det interkommunale samarbeidet. Med hovedvekt på organisasjonsteoretiske perspektiver, først og fremst instrumentelle og kulturelle, vil jeg analysere de data jeg har samlet inn i intervjuer med informanter fra de ulike enhetene studien omfatter.

Målet med oppgaven er å til slutt kunne si noe om hvordan ett ledd i Samhandlingsreformen, som kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgn er, påvirker samhandlingen i helsevesenet. Eller nærmere bestemt kommune- og spesialisthelsetjenesten som er reformens mål. Med andre ord sikter masterprosjektet mot å kunne si noe om hvordan og hvilken grad en organisasjonsendring i helsevesenet påvirker samhandling lokalt, altså mellom ØHD, bydel og sykehus, og mer overordnet som del av en større reform med en rekke tiltak som søker å bedre samhandling mellom helsevesenets ulike instanser og kanskje særskilt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Oppgaven er todelt i at jeg vil søke å svare på de to problemstillingene nedenfor.

- 1) Hvordan og hvorfor har Nedre Romerike KAD fått den form og funksjon det har i dag?*
- 2) Hvordan fungerer samhandlingen, mellom KAD og kommune- og spesialisthelsetjenesten, rundt pasientgruppen som tilfaller tilbudet og hvordan kan dette forklares ut i fra de strukturelle og kulturelle forutsetninger som finnes for samhandlingen dem i mellom ?*

I dette, ligger det en grunnleggende antagelse om at det er nødvendig med kunnskap om det ene for å svare på det andre. Altså at tilbudets struktur og sammensetning har betydning for hvordan samhandlingen mellom de ulike aktørene fungerer. Tesen er dermed som følger; strukturelle og kulturelle trekk ved organisasjoner har betydning for hvordan disse samhandler med andre. Prosjektet er avgrenset i tid fra da det ble besluttet å inngå i regionen det interkommunale samarbeidet om ØHD-tilbudet frem til i skrivende stund. Dette innebærer blant annet at selve opprettelsesprosessen vil anses som en faktor som har påvirket valget av form og funksjon for tilbudet.

## **1.2 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. Januar 2012 og innebærer en reformering av det norske helsevesenet med mål om å sikre befolkningen et koordinert tilbud av helsetjenester. I store trekk legges det vekt på optimal oppgavefordeling mellom primær- og sekundærhelse-

tjenesten samt forebygging. Et samhandlende helsevesen presenteres som en løsning som ikke bare vil gi befolkningen et bedre og mer samkjørt pasientforløp, men også være kostnadsbesparende.

Samhandling, slik Helse- og omsorgsdepartementet definerer det er - ”...et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.” (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:13). For å oppnå bedre oppgavefordeling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten, bedre kjent som kommune og spesialisthelsetjenesten, skal kommunehelsetjenesten styrkes. Dette gjennom overføring av oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten og ved å utvide kommunehelsetjenestens ansvar, og kapasitet til forebygging (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:26). Det finnes imidlertid et klart økonomisk aspekt i Samhandlingsreformen. Bjarne Håkon Hanssen, daværende helse- og omsorgsminister, legger i sitt forord ikke skjul på at Norge får lite god helse for pengene (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009). Gjennomgående i reformen anses behandling i kommunehelsetjenesten som billigere og bedre, sammenlignet med spesialisthelsetjenesten og dette gjenspeiles i stor grad i de større endringene som følger av reformen. Kommunal med-finansiering av spesialisthelsetjenesten, kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og kommunal plikt om øyeblikkelig hjelp er sentrale økonomiske virkemidler i reformen, alle designet for å gi kommunen insentiver til å i størst mulig grad behandle og ta vare på sine innbyggere (Markestad 2014a). Samhandlingsreformen må imidlertid ikke ses på utelukkende som en øvelse i kostnadskutt. Som reformnavnet antyder er det å få de ulike delene, i et helsevesen som oppfattes som fragmentert, til å samarbeide for å levere et best mulig pasientforløp, i fokus. Sammen med økte effektivitetskrav blir enhetenes evner til å kommunisere og koordinere seg i mellom rundt pasientstrømmen desto viktigere. Det dreier seg ikke bare om rent praktiske og strukturelle ordninger, men også kultur som illustrert her : ”*Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal fases inn over tid. Reformens tankesett, intensjoner og samfunnsperspektiv må utvikles og bygges inn som verdigrunnlag i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må bygges kultur for gjensidigrespekt og målforståelse mellom de ulike aktørene i helsesektoren.*” (Helsedirektoratet 2014:6). Kulturendring er særlig relevant for det som er hovedfokus i denne oppgaven, struktur og kultur for samhandling mellom KAD og tilknyttede enheter. Der sykehusene er høyspesialiserte innenfor relativt smale felt og prosessorienterte mot pasient fra innskrivnings- til utskrivningstidspunkt har kommunehelsetjenesten bredere ansvarsområ-

de for pasienten og større langtidsperspektiv enn spesialisthelsetjenesten, noe som trolig vil gjenspeiles i kulturforskjeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

### **1.3 Samhandling som begrep**

Samhandling, samordning, samarbeid er begrep som i økende grad har fått innpass som styringsverktøy i offentlig sektor. Bruk og betydning varierer fra land til land og over tid og sektor. Samhandlingsreformen bruker *samhandling* om optimal oppgavefordeling, samtidig som dette også inkluderer deler av det som ofte betegnes som samordning og samarbeid. Som nevnt tidligere sikter Samhandlingsreformen mot å bruke samhandling som verktøy for å effektivisere og bedre tjenesteytingen i helsevesenet. Når jeg gjennom prosjektet utforsker *samhandlingens* funksjon, hvordan det brukes som organisatorisk prinsipp og effektene av dette vil jeg gjøre dette med utgangspunkt i et bredt samhandlingsbegrep. Et samhandlingsbegrep som omfatter oppgavefordeling, men også koordinering av komplementære tjenester og godt gammeldags samarbeid. Forskjellene mellom de ulike konseptene som dreier seg om å få ulike aktører og /eller organisasjoner til å jobbe sammen mot et felles mål, ligger i hvilken grad av kontakt og gjensidig tilpasning de forutsetter. Samhandling forstått som oppgavefordeling kan enkelt og muligens effektivt iverksettes av overordnede uten at de enkelte berørte organisasjonene i teorien behøver å engasjere seg noe videre i det. Samordning på sin side krever noe mer av de involverte, men dreier seg fremdeles hovedsakelig om å utføre egne oppgaver på en slik måte at det ikke konkurrerer med eller overlapper med andres aktiviteter, koordinering for det meste. Til slutt så forutsetter samarbeid i mye større grad mer aktivitet og arbeid for å nå felles mål. Det dreier seg i større grad om oppgaver den enkelte part ikke kan løse alene.

### **1.4 Hvorfor studere samhandling og øyeblikkelig hjelp døgn tilbud**

Samhandlingsreformen og dermed samhandling er i aller høyeste grad tilstede i helse- og omsorgssektoren i dag. Kommunehelsetjenesten har fått en rekke nye oppgaver med reformen, blant annet øyeblikkelig hjelp døgn som er i fokus her. Sånn sett er samhandling et svært aktuelt studieobjekt innenfor helse og offentlig politikk i dag. Hva som skjer når man ruller ut en omfattende reform som i stor grad søker å få til en kulturendring i en svært stor og kompleks offentlig sektor er interessant. Sånn sett er det to sider ved reformen, og effektene

av denne som i bunn og grunn er studieobjektet her. Det er den strukturelle siden og den kulturelle, reformen går aktivt inn for å gjøre endringer på begge sider. Samhandling og samordning og koordinering har lenge vært et tema både i forskning og politikk som følge av økt kompleksitet i offentlig sektor, særlig i tjenesteytende instanser. Øyeblikkelig hjelp døgn tilbudet er et interessant tiltak i Samhandlingsreformen som virker på to av grunnpilarene i reformen; å forsterke kommunehelsetjenesten og å avlaste spesialisthelsetjenestene. ØHD-tilbudet er interessant i så måte fordi det for det første er et nytt ledd i en helsekjede og for det andre fordi det på grunn av sin posisjon i denne helsekjeden og en rekke trekk ved tilbudets funksjon er et godt studieobjekt for samhandling innad og på tvers av forvaltningsnivåer. ØHD-tilbudets oppgaver, eller kompetansenivå befinner seg på en måte i grenselandet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den tiltenkte pasientgruppen, slik Helsedirektoratets veileder fremstiller det, krever et høyere kompetansenivå enn det som er vanlig i kommunale døgntilbud, men naturlig nok lavere enn det en finner på et sykehus. Som nevnt er det trekk ved ØHD-tilbudene er utfordrende når det kommer til samhandlingen med andre aktører i helsevesenet. For det første er rutiner for innskrivning annerledes enn andre steder, sykehusenes akuttmottak for eksempel, som tidligere har hatt ansvar for den pasientgruppen som i dag er tillagt ØHD. Dette i og med at ØHD tilbudene har en begrenset pasientgruppe og innleggelse må avklares i forkant. For det andre så har ØHD tilbudene en tidsbegrensning på 72 timer som stiller krav til både ØHD-tilbudene og kommunehelsetjenestens bestillerkon-tor som har i oppgave å vurdere behov for og tildele pleie- og omsorgstjenester.

#### **1.4.1 Avgrensning; Nedre Romerike og kommunene Skedsmo og Sørumsund**

Som nevnt tidligere er kommunene ikke i skrivende stund pålagt å ha ØHD-tilbud. Lovendringen trer ikke i kraft før 2016, men det er mange kommuner rundt om i landet som allerede har opprettet ØHD-tilbud. Det finnes en håndfull ulike organisasjonsmodeller for tilbudet blant de som allerede er etablert. Mange er lagt som en egen avdeling, eller egne senger i sykehjem, andre er lagt til sykestuer eller legevakt og til slutt så er det noen steder opprettet helt egne avdelinger. Organisasjonsformen varierer i hovedsak med kommunestørrelsen og avstand til sykehus og andre tjenester som legevakt. ØHD er et tilbud som kanskje oftere enn hva som er tilfelle med andre lignende tilbud opprettes i samarbeid mellom flere kommuner. Når jeg så skulle avgrense prosjektet var det særlig to dimensjoner som var avgjørende. For det første, fordi jeg også ønsker å se på ØHD-tilbudets koblinger til samhandlingspartnere og tidsrammene for gjennomføring av prosjektet tatt i betraktning var det nødvendig å avgrense

studien til ett enkelt ØHD-tilbud. Videre var erfaring en faktor som i stor grad hadde betydning for valg av case. Siden ØHD er et nytt tilbud og de avdelingene som er etablert har kort driftstid, og fordi de gjerne er små da størrelsen avhenger av kommunestørrelsen var det viktig å finne et tilbud som hadde potensiale for å ha litt erfaring med samhandling. Med erfaring menes her pasienter, pasienter hvis innleggelse av ulike grunner har krevd at de samhandlingspartnerne som plukket ut her, bestillerkontor og sykehus, har måttet samhandle. Nedre Romerikes tilbud oppfyller dermed disse kravene tilfredsstillende. Selv om det først åpnet sommeren 2014 er det et av de større tilbudene i landet med 16 sengeplasser. Nedre Romerike KAD er et interkommunalt samarbeid mellom 7 kommuner i regionen som alle sogner til samme sykehus, Ahus. På bakgrunn av kommunenes innbyggertall er det anslått at tilbudet skal ha i underkant av 7.500 liggedøgn i året.

Samarbeid mellom kommuner om tjenesteyting har vært utprøvd flere steder med ulike modeller og på ulike områder (Møller og Flermoen 2010). Desentralisering av helsetjenester til lavere forvaltnings- omsorgsnivå forutsetter kompetanse, jo høyere pasientgrunnlag en har jo lavere omsorgsnivå kan en tilby tjenestene på, i tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Dette utfordrer kommunene, særlig de mindre kommunene og erfaringer fra Norge og de andre nordiske landene peker i retning av omorganiseringer og samarbeid som resultat av økte krav til kommunene om tjenesteyting. I Norge har interkommunalt samarbeid vært vanligst og anvendes av de langt fleste kommuner for å dra nytte av stor-driftsfordeler og sikre mindre kommuners muligheter som tjenesteyter (Holmesland 2009:9). Nedre Romerike KAD er et interkommunalt tilbud organisert som et vertskommunesamarbeid som enklest kan beskrives som en *outsourcing* av tjenesten til vertskommunen. Samarbeidet er formalisert gjennom en rekke samarbeidsavtaler og tjenesten ytes fullt og helt av vertskommunen mens samarbeidskommunene holder et visst oppsyn vedørende kostnader og bruk av tjenesten. Det faktum at caset i dette prosjektet er et interkommunalt samarbeid må ses på som et biprodukt av den vekten jeg har tillagt størrelse og erfaring i avgrensningen, heller enn et kriterie i seg selv. Derfor vil samarbeidselementet her kun behandles som en faktor som har påvirket opprettelsesprosessen og til slutt den form og funksjon tilbudet har og hvilken effekt dette har for samhandling.

KADs årsrapport viser at 22% av innleggelsene kommer som henvisninger fra sykehusets akuttmottak. Det er også en rekke andre instanser som kan legge inn pasienter på KAD; fastleger, legevakt og ambulansetjenesten blant annet. De ulike legevakttjenestene står til sammen for en stor del av innleggelsene. Når jeg her har valgt å avgrense studien, på den ene siden, til sykehuset til tross for at erfaring med samhandling har vært en viktig faktor er det

fordi jeg ønsker å fokusere på samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene stat og kommune og fordi samhandlingen dem i mellom er noe annerledes og møter derfor andre utfordringer, strukturelle og kulturelle. Fordi, til forskjell fra for eksempel legevakten må akuttmottaket og KAD i større grad ta en felles avgjørelse angående hvilket tilbud pasienten hører inn under. Innleggelsessituasjonen fortøner seg annerledes på akuttmottaket fordi dette har mulighet til å ta vare på pasienten selv, og prosessen med å vurdere og bestemme seg for at pasienten er aktuell for KAD og konferere med KAD og så videre står for en større endring i deres rutiner enn det som er tilfelle for andre aktører. Derfor har jeg altså valgt å avgrense studien på inntakssiden til sykehuset fordi forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten er interessant i seg selv og fordi de strukturelle og kulturelle endringene kan forventes å være større her.

På den andre siden av pasientforløpet, utskrivning fra KAD, er studien avgrenset til kommunenes bestillerkontor. Bestillerkontorenes oppgave er å vurdere behov og å tildele kommunale pleie- og omsorgstjenester. Disse kobles inn i utskrivningsprosessen fra KAD i de tilfeller der en pasient har behov for nye eller endrede tjenester, som for eksempel hjemmesykepleie der det som med alle andre typer pleie- og omsorgstjenester behøves et vedtak fra bestillerkontoret som grunnlag for tjenesteytingen. Formålet med denne ordningen var i sin tid å sikre større grad av uavhengighet og likebehandling i tildelingen av helse- og omsorgstjenester ved å skille oppgavene med å tildele og yte tjenester. Grunnen til at jeg har valgt å avgrense studien til samhandlingen mellom KAD og bestillerkontorene på den kommunale siden, til fordel for eksempel hjemmesykepleien er at denne er en mer sentral aktør på mange måter. Med elektronisk meldingsutveksling har prosessene blitt mye enklere og mer gjennomsiktlige for det kommunale apparatet. Samtidig så er bestillerkontorene et interessant ledd i samhandlingen fordi de på en måte er mer avhengig av at denne fungerer godt for at de skal få utført sine oppgaver på en god måte. Informasjonsutveksling er nøkkelpunktet i de aller fleste samhandlingssituasjoner og fordi bestillerkontorene anvender den informasjonene KAD gir vedrørende en pasients funksjonsnivå til å gjøre vedtak som noen andre skal utføre. Denne mellomposisjonen er ulik utføreraktørene KAD samhandler med og dermed av større interesse her, også fordi andre tiltak i Samhandlingsreformen har påvirket bestillerkontorene i større grad.

Kommunene Skedsmo og Sørumsund er hver for seg svært ulike men samtidig representative for de kommunene som er med i det interkommunale samarbeidet om KAD på Nedre Romerike. De syv kommuner varierer i størrelse fra liten til mellomstor, i avstand til tilbudet og om de har egen legevakt i kommunen eller kjøper tjenester av legevakten som er samloka-

lisert med KAD-tilbudet. Skedsmo og Sørumsund er blant disse en liten og en stor, de har begge egen legevakt. Skedsmo er vertskommune for legevaktsamarbeidet og Sørumsund har egen legevakt som Fet tidligere også benyttet seg av. Jeg har valgt å avgrense studien til disse to kommunene da jeg ønsket å sikre god variasjon i datamaterialet for å fange de ulikhetene jeg forventer å finne i kommunenes erfaring med samhandling avhengig av størrelse, legevakt og avstand til KAD-tilbudet.

Videre vil jeg presentere det teoretiske rammeverket og for analysen og forskningsmetodologiske valg og betraktninger i kapittel 2. Deretter vil jeg, i kapittel 3, gjøre rede for bakgrunnen til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgn-tiltaket og hvordan ideen om samhandling og mellomliggende enheter som ØHD har utviklet seg på det helsepolitiske planet. I kapittel 4 vil jeg presentere funn fra datainnsamlingen; informantintervjuer og dokumentstudium, for å etablere et empirisk grunnlag for analysen som følger i kapittel 5.



## 2 Teori og metode

### 2.1 Instrumentelle og kulturelle perspektiver

Jeg vil benytte meg av et organisasjonsteoretisk rammeverk for å analysere prosessen rundt opprettelsen av KAD-tilbudet og dettes samhandling med sykehus og kommunehelsetjenesten. Rammeverket er basert på tre sentrale perspektiv; instrumentelt, institusjonelt, og myte. Av de tre vil jeg benytte meg av de to førstnevnte, det instrumentelle og det institusjonelle, sistnevnte er også kjent som det kulturelle perspektivet. De ulike perspektivene må anses som innfallsvinkler eller ”briller” til analysen av organisasjoner. Anvender en et instrumentelt perspektiv tar en utgangspunkt i organisasjonen som et verktøy der den formelle strukturen er styrende for handling og ledelsen i sin tur kan bruke denne instrumentelt for å oppnå klart definerte mål. Det hele hviler på den antagelse om at aktører handler formålsrasjonelt. I et institusjonelt perspektiv derimot vektlegges organisasjonskulturen som styrende element, og i dette ligger det at handlinger og valg gjøres i tråd med de normer og verdier organisasjonen er bygget på. Motivasjonen for å anvende denne typen teoretiske perspektiver er så klart å avdekke hvordan struktur og kultur påvirker beslutningsadferd og igjen hvilke effekter dette har i praksis, for pasienter og de som til daglig samhandler i KAD, sykehus, bestillerkontor-triangelet. Dette fordi jeg i prosjektet fokuserer på strukturelle og kulturelle faktorer som påvirker samhandling og anser karakteristika ved KAD-tilbudet som faktorer som påvirker samhandling. En naturlig avledning av dette igjen, når en her har å gjøre med et nytt tilbud i helse- og omsorgssektoren er å se på hvordan en kom dit, hvilke trekk, mål og forbehold som har påvirket utformingen av tilbudet.

En kan si at perspektivene er komplementære i at de løfter frem ulike aspekter ved en organisasjon og tillater sammenligning mellom de ulike aspektenes påvirkning på organisasjonens form, funksjon og virke. En viktig forskjell, av mer konseptuell art, er skillet mellom organisasjoner og institusjoner. Institusjonsbegrepet, i klassisk samfunnsvitenskapelig form, er relevant innenfor det institusjonelle perspektivet og helt ubetydelig i det instrumentelle. Institusjonen som en organisasjon med en egenverdi utover det en gruppe mennesker, og eventuelt produksjonsutstyr, i struktur utgjør står i kontrast til verktøy metaforen som ofte er brukt i et instrumentelt perspektiv. Egenverdien kommer av kulturelle normer og verdier som utvikles over tid. Disse blir førende for handling og blir på en måte en rasjonalitet i seg selv, i motsetning til formålsrasjonaliteten som legges til grunn i en instrumentell tilnærming.

## **2.2 Det instrumentelle perspektivet**

Som nevnt ser en i et instrumentelt perspektiv på en organisasjon som et verktøy, et verktøy for å nå mål. De faktorer som vektlegges i størst grad er formell struktur, og herunder horisontal og vertikal spesialisering og samordning. Videre er rasjonalitet og ledelse, eller styring, aspekter som er sentrale i perspektivet. Instrumentalitet kan komme til uttrykk i alle de aspekter som er nevnt ovenfor, og i varierende grad. Som for eksempel at formålsrasjonalitet preger handlinger og beslutninger, eller at organisasjonsstrukturen er utformet etter en mål-middel tankegang (Christensen et al. 2009:33). Jeg vil videre, suksessivt, ta for meg struktur, rasjonalitet og omgivelser og hvordan disse aspektene ved en organisasjon påvirker beslutninger.

### **2.2.1 Formell organisasjonsstruktur**

En organisasjons formelle struktur er i praksis det som kan ses av et organisasjonskart. Det er arbeidsdelingen, altså hvem som gjør hva, og hvordan de ulike enhetene er posisjonert i forhold til hverandre. Mer generelt utformes organisasjonsstrukturen av ulike former og grader av spesialisering og samordning (Christensen et al. 2009:37). Et viktig nøkkelpunkt ved den formelle strukturen, og det instrumentelle perspektivet i seg selv, er at stillingene er upersonlige. Med andre ord at det er irrelevant hvem som innehar en spesifikk posisjon i strukturen da rolleforventningene er de samme.

Spesialisering berører hovedsakelig arbeidsdelingen, hvem som gjør hva, og organisasjoner kan spesialiseres både horisontalt og vertikalt. Den vertikale spesialiseringen forplanter seg naturlig nok gjennom hierarkiet, gjennom relasjoner av over- og underordning. Det handler i bunn og grunn om hvem som har bestemmelsesrett over hvem, men også om arbeidsoppgaver. I typiske hierarkiske organisasjoner legges det vekt på vertikal spesialisering, og ansvar og styringsmekanismer er fordelt i den vertikale linjen. Dette kan komme til syne gjennom styringsregler, rutiner, prosedyrer og så videre. For eksempel vil en underordnet enhet måtte rapportere resultater eller få prosjekter godkjent av overordnede. Instrumentalitet kan komme til uttrykk gjennom denne typen spesialisering i at de overordnede utøver kontroll over et utførerledd for eksempel og på denne måten bruker dette som et verktøy for å nå organisasjonens mål. Vertikal spesialisering er naturlig nok også knyttet til vertikal samordning. Vertikal samordning kan, særlig innenfor et instrumentelt perspektiv, ses på som samsvarende mellom mål og handling mellom nivåer i hierarkiet. Graden av samordning kan variere

med friheten enhetene nedover i styringskjeden har. Dette kommer av ledelsens evne og vilje til å utøve kontroll over en underordnet enhet. I helsevesenet for eksempel er sykehusene underordnet helseforetakene som igjen er underordnet Helse- og omsorgsdepartementet. Kommunehelsetjenesten er i første ledd underordnet kommunen, så Helse- og omsorgsdepartementet. Denne formen for underordning er imidlertid ulik den en finner innenfor enkeltorganisasjoner i og med at den krysser forvaltningsnivåer og i større grad dreier seg om det interorganisatoriske nettverket. KAD internt for eksempel er vertikalt spesialisert i første omgang i en administrativ ledelse som er overordnet pleie- og behandlerdelen som utgjøres av legene og sykepleierne. Innenfor dette igjen er legene gjennom sin profesjon overordnet sykepleierne i at de har rett til å vedta behandlingsopplegg, foreskrive medisiner og så videre. Det finnes en fagutviklingssykepleier som er overordnet de andre sykepleierne. Med andre ord finnes det innad i en relativt liten organisasjon en kompleks vertikal styringskjede. En anvender ofte to ulike varianter av det instrumentelle perspektivet. Ett der en anser organisasjonen som enhetlig der alle deler av organisasjonene har de samme mål og preferanser, og en forhandlingsvariant. I en forhandlingsvariant ser en på organisasjonen som en koalisjon der hver enkelt aktør, eller deler av organisasjonen handler formålsrasjonelt på bakgrunn av sin eller deres egeninteresse (Christensen et al. 2009:44). Det interkommunale samarbeidet om Nedre Romerike KAD for eksempel, illustrerer godt hvordan en organisasjon kan fungere som en koalisjon. Utgangspunktet for organisasjonen Nedre Romerike KAD er en koalisjon av syv kommuner som alle har egne interesser som de ønsker å realisere gjennom og til tross for samarbeidet.

Det finnes mange prinsipper for å dele inn organisasjoner i underenheter, Gulicks fire prinsipper er vanlige å bruke i analyseøyemed. Han fant at horisontal spesialisering i offentlig sektor generelt er basert på et av de følgende fire prinsippene; formåls- eller sektorprinsippet, prosess-, klient- eller geografiprinsippet. Førstnevnte, sektorprinsippet, spesialiserer en organisasjon etter områder, faglige er vanligst i sykehussektoren for eksempel, der en har egne avdelinger for akuttmedisin, dermatologi og så videre. Det andre, prosessprinsippet deler inn etter hvilke prosesser som anvendes for å nå et mål, gjerne på et høyere nivå. Underenhetene utfører oppgaver som ikke er et mål i seg selv men de er ledd i organisasjonens overordnede formål. Prosessspesialiserte enheter er typisk planlegging, produksjon, saksbehandling, HR og så videre. Det tredje prinsippet, klientprinsippet, samler all aktivitet som berører en bestemt del av befolkningen under én organisasjonsenhet. Denne typen spesialisering forekommer oftest i helse- og sosial sektoren i kommuner der en har egne enheter for barn og eldre for eksempel. Det fjerde og siste av Gulicks spesialiseringsprinsipper er geografisk, naturlig nok

innebærer dette at en deler inn organisasjonen i territorielle enheter. Kommuner, bydeler, politidistrikt og regionale helseforetak er eksempler på dette (Christensen et al. 2009:39). Virkningen, eller rettere sagt den ønskede virkningen av å anvende et særskilt spesialiseringsprinsipp er å ivareta nettopp hensyn til for eksempel klientgrupper eller ulike sektorer. Med andre ord kan spesialisering brukes som et verktøy for å påvirke beslutningsadferd der en ønsker å fremme visse typer hensyn. De fleste større organisasjoner, særlig i offentlig sektor benytter seg av flere av de fire spesialiseringsprinsippene samtidig. Det varierer gjerne over ulike nivå i hierarkiet. Helsevesenet for eksempel, sett under ett er både geografisk, sektorielt, prosess og klientspesialisert der en har regionale helseforetak, sykehus som er inndelt i medisinske fagavdelinger, men der en også har kirurgiske- og administrative-, og samhandlingsavdelinger som er mer prosessrettede, samtidig finnes det, avdelinger særskilt rettet mot barn og eldre.

Nettverksstrukturer står i kontrast til de mer klassiske byråkratiske strukturelle ordninger som er omtalt ovenfor. Veldig mange organisasjoner i dag opererer med en slik fast struktur av over-, under og sideordnede enheter som grunnlag og supplerer denne med nettverksstrukturer, både internt og i samspill med andre organisasjoner. Arbeidsgrupper, utvalg, råd og så videre er eksempler på denne typen strukturer som ofte også kjennetegnes av at de er kollegiale. De kjennetegnes av at strukturen som oftest er flat, ikke hierarkisk, og av varierende varighetsgrad (Christensen et al. 2009:40). Instrumentelt sett er denne typen strukturers funksjon å utføre oppgaver som krever større grad av samordning enn det den grunnleggende organisasjonsstrukturen oppfordrer til. De kjennetegnes av at de som oftest er sekundære for medlemmene, at disse tilbringer størsteparten av sin arbeidstid i en annen enhet, men er del av nettverksstrukturen i tillegg. Slik kan nettverksenheter bidra til samordning, vertikalt og horisontalt, avhengig av hvem som utgjør enheten. Samhandlingsprosjektet for Nedre Romerike og Rømskog med de delprosjekter som faller inn under dette er eksempler på denne typen strukturer. De er midlertidige og sekundære for de som inngår i dem, samtidig som de går på tvers av tradisjonelle organisatoriske skillelinjer. Mål-middel tankegangen er lett å kjenne igjen der målet er å forberede kommunene for interkommunale samarbeid og dette gjøres gjennom bred deltakelse og grundig utredning av mulighetene for dette. På mange måter kan en si at de som deltar i disse nettverksstrukturene tar med seg hjem de ideer og tenkemåter de møter der. Med andre ord bidrar kollegiale nettverksstrukturer i dette tilfellet til å skape en felles forståelse i forkant av større organisatoriske endringer.

Som nevnt ovenfor utgjøres organisasjonsstrukturen av ulike former og grader av spesialisering og samordning. Jeg vil nå rette oppmerksomheten mot samordning. Samordning er

de koblinger som finnes mellom en organisasjons ulike enheter. Vertikal samordning forekommer i den hierarkiske styringskjeden og er basert på et over-/underordnet forhold. I et instrumentelt perspektiv, hvor ledelsens evne til å styre sin organisasjon vektlegges, vil høy grad av vertikal samordning i praksis innebære at det er høy grad av samsvar mellom ledelsens ønsker og aktiviteten nedover i hierarkiet. Horisontal samordning vedrører koblinger mellom enheter på samme nivå i hierarkiet og er på denne måten ikke styrt av kommandolinjen. Dette innebærer at samordningen i større grad vil være basert på koblinger mellom likeverdige parter og at samarbeid blir en viktigere faktor. Når det er sagt kan samarbeid i stor grad være formalisert gjennom regler og prosedyrer, på samme måte som det kan brukes instrumentelt, for å nå mål én enhet alene ikke når. Vertikal samordning mellom sektor og sessenheter er vanlig. For eksempel vil en markedsføringsavdeling måtte være samordnet med utviklingsavdelingen, da begge virke er avhengig av hverandre. At struktur påvirker handling er en underliggende antagelse i et instrumentelt perspektiv, hvordan beslutninger tas påvirkes i første omgang av hvilke handlingsregler aktørene legger til grunn. Formålsrasjonalitet antas å førende i et instrumentelt perspektiv og jeg vil gå nærmere inn på dette nedenfor.

### **2.2.2 Rasjonalitet**

Som sagt, søker organisasjonsteori å forklare hvorfor og hvordan organisasjoner handler som de gjør. Beslutningsatferd står derfor sentralt i perspektivet. Struktur påvirker beslutningsadferd i at den legger føringer for hvilke beslutninger som tas av hvem, og hvem som har myndighet over disse. Rasjonalitet påvirker beslutningsadferd i at det legger grunnlaget for hvordan beslutninger tas. Det instrumentelle perspektivet tar utgangspunkt i at aktørene handler formålsrasjonelt. Dette innebærer at en har klart definerte mål, oversikt og kunnskap om alle mulige handlingsalternativer og konsekvensene av alle alternativer og evne og mulighet til å velge det alternativet som høyest grad av måloppnåelse. Med andre ord benytter en seg av konsekvenslogikk for å komme frem til de beste alternativene (Christensen et al. 2009:35).

Dette er imidlertid ikke alltid tilfelle, heller sjeldent i offentlig sektor, særlig der det er sosiale problemer som skal løses. Samhandlingsreformen for eksempel søker å løse et såkalt *wicked problem*. Et problem der årsakene er mange, eller tvetydige og løsningene likeså. Planleggingsproblemer er også naturlig *wicked problems*, planleggingsproblemer forstått som politiske forsøk på å få frem programmer og reformer for å løse *wicked problems* (Rittel og Webber 1973). Så, det er altså knyttet en rekke utfordringer til planleggingsfasen av løsninger til denne typen problemer. Disse kommer av problemtypens karakteristika, både problemom-

rådet, men også effektene av å forsøke å løse det. Hovedtrekkene ved *wicked problems*, som igjen kan representere utfordringer i en planleggingssituasjon, er at det som nevnt er vanskelige eller umulige å definere, i dette ligger det at problemet i seg selv som oftest forstås ut i fra løsningen. For eksempel så er mange av løsningene i Samhandlingsreformen et resultat av forståelsen av de symptomene helsevesenet viser, som forårsaket av *samhandlingsproblemer*. Et annet viktig trekk ved denne typen problemer og løsninger er at en eventuell løsning uansett vil være en engangsløsning fordi løsningen påvirker problemet og endrer vilkårene for miljøet det befinner seg (Rittel og Webber 1973:163). Så i motsetning til for eksempel der en har bygget en vei som ødelegges av telehiv kan en ikke grave opp og legge fundamentet på nytt for en organisatorisk endring ment å bedre samhandlingen.

Mange studier viser at formålsrasjonalitet i praksis sjeldent er dominerende når det tas beslutninger, til tross for at det gjerne strebes etter eller fremstilles slik. Herbert Simon fremmet som kritikk sin *administrative man*, som et mer virkelighetsorientert alternativ på hvordan beslutninger blir tatt. I motsetning til den formålsrasjonelle *economic man* er *administrative man's* rasjonalitet begrenset. Begrenset rasjonalitet, er særlig relevant når det kommer til *wicked problems*, og går i bunn og grunn ut på at organisasjonen ikke har fullstendig kunnskap om mulige handlingsalternativer og konsekvensene av disse. Ufullstendig kunnskap er konsekvens av de tilgjengelige ressurser i form av tid og menneskelig kapasitet. Disse begrensningene fører til at organisasjonen tyr til *satisfiering*, med andre ord at en velger handlingsalternativer som er gode nok, men ikke nødvendigvis de absolutt beste (Christensen et al. 2009:36). For å gå nærmere inn på Simons teori om begrenset rasjonalitet vil jeg se nærmere på de faktorer som virker begrensende med utgangspunkt i ideen om perfekt rasjonalitet. Tidligere har jeg nevnt ufullstendig kunnskap om handlingsalternativer og konsekvenser, det er flere faktorer som spiller inn på kunnskapsmangelen som innskrenker organisasjonens mulighet for å ta rasjonelle beslutninger. Risiko og usikkerhet i omgivelsene er en slik faktor. Endringer, eller høy sannsynlighet for hurtige og uventede endringer i en organisasjons omgivelser, som i sin tur påvirker tilbud og etterspørsel for denne trekker beslutningsadferden i tilfredsstillende retning. Det samme gjelder der organisasjonens omgivelser er svært komplekse, og dermed vanskelige å få oversikt over og der det finnes alternative mål til de nyttemaksimerende (Simon 1972:163). I alle beslutningsprosesser må det finnes handlingsregler for å velge mellom de ulike alternativene. I formålsrasjonelle prosesser er dette som oftest basert på nyttemaksimering, men der en ser seg nødt til å gå for løsninger som kun er tilfredsstillende, altså gode nok, blir dette annerledes. Simon (Simon:168) påpeker at dette i, tilfredsstillende prosesser styres av aspirasjonsnivået. Med dette menes at aktørene har en idé om hva som

anses som tilfredsstillende grad av måloppnåelse, et *aspiration level*, og vil vurdere og utrede handlingsalternativer som har potensiale til å nå dette nivået, og da velge dette når de finner ett som er passende.

### 2.2.3 Omgivelser

En organisasjon opererer ikke alene, upåvirket av andre rundt den, som en så langt kanskje har fått inntrykk av. Med andre ord er ikke de valg en organisasjon gjør vedrørende struktur og handlingsregler utelukkende autonome avgjørelser. I den senere tid har det blitt vanligere å se på organisasjoner som åpne systemer. Dette innebærer at en tar omgivelsene med i analysen som en påvirkende faktor i motsetning til å fokusere utelukkende på en organisasjons indre virke. I et instrumentelt perspektiv vil de tekniske omgivelsene være viktigst da det er disse som i størst grad påvirker evnen måloppnåelse. En skiller som oftest mellom en organisasjons interorganistoriske nettverk, generelle- og globaleomgivelser. De tekniske omgivelsene kan bestå av deler av alle underkategoriene av organisatoriske omgivelser. Tekniske omgivelser kjennetegnes imidlertid av at de er sentrale for måloppnåelsen og inngår i det nære handlingsmiljøet (Christensen et al. 2009:45). For eksempel kan en bedrift som driver med industriell produksjon av et produkt påvirkes av globale omgivelser for tilførsel av råstoff og mer generelle for salg av produktet eller omvendt. En slik organisasjon vil inngå i et interorganisatorisk nettverk med underleverandører, fagforeninger og så videre. For en KAD avdeling vil deres tekniske omgivelser i hovedsak utgjøres av sykehus og kommunehelsetjenesten for øvrig.

Så hvordan påvirker omgivelsene struktur og adferd? For det første vil det i et instrumentelt perspektiv være i tråd med en formålsrasjonell tankegang å utforme strukturen på en måte som optimaliserer samspillet med det interorganisatoriske nettverket. Hva som lønner seg å gjøre strukturmessig i forhold til omgivelsene avhenger av disse og hvilken grad av sikkerhet og usikkerhet som er knyttet til disse. Homogene og stabile omgivelser er enkle å håndtere og å tilpasse seg til, heterogene omgivelser og usikkerhet, eller skiftende omgivelser krever av organisasjonen at denne evner å tilpasse seg dette. Thompsons typologi, med dimensjonene nevnt ovenfor, indikerer at det er en sammenheng mellom kompleksitet i omgivelsene og organisasjonsstruktur, som tabellen nedenfor illustrerer.

	<b>Stabile omgivelser</b>	<b>Skiftende omgivelser</b>
<b>Homogene omgivelser</b>	Enkel struktur	Desentralisering gjennom

		regionale underenheter
<b>Heterogene omgivelser</b>	Formåls/prosessspesialiserte underenheter som svarer til ulike, homogene, deler av handlingsmiljøet	Desentralisering gjennom formåls/prosessspesialiserte underenheter

Thompsons typologi for organisasjonsstruktur og omgivelser (Christensen et al. 2009:46).

Som figuren viser så kan strukturell utforming av en organisasjon anvendes for å tilpasse seg omgivelsene for å best håndtere samhandlingen med andre aktører i deres omgivelser. Et tegn på dette kan ses i opprettelsen av bestillerkontorene i sin tid der det ble skilt ut en prosessenhet for å ivareta flere ulike krav og forbehold fra omgivelsene som kan være både skiftende og heterogene ser en på alle de ulike klientene og tilbudene som finnes.

Omgivelser og hvordan ulike organisasjoner i et interorganisatorisk nettverk er lokalisert i forhold til hverandre kan også ha innvirkning på hvordan samhandling dem i mellom fungerer. Fysisk avstand mellom bygningene ulike organisasjoner holder til i har vist seg å påvirke kontaktmønstre og koordinerende adferd (Egeberg 2003:79). At fysisk nærhet eller avstand kan påvirke samhandling er lett å se for seg for eksempel i tilfellet med Nedre Romerike KAD som er samlokalisert med en legevakt, men som også samhandler med to andre legevaktstjenester i regionen. Det er ikke usannsynlig at samhandling med legevakten som holder til i samme bygg forekommer med høyere frekvens og fungerer bedre i form av at det er mindre uenighet og usikkerhet knyttet til dette.

## 2.3 Det kulturelle perspektivet

Det kulturelle perspektivet skiller seg fra det instrumentelle i at det først og fremst har ulikt fokus. Der et instrumentelt perspektiv fokuserer på struktur og antar at beslutninger følger en konsekvenslogikk drevet av formålsrasjonalitet, fokuserer det kulturelle perspektivet på de uformelle normer og verdier som utgjør organisasjonskulturen. Disse normene og verdiene er i perspektivet førende for handling. Det kulturelle perspektivet kalles ofte også for institusjonell teori. Sammenhengen mellom de to begrepene kan best illustreres ved å sammenligne det kulturelle og det instrumentelle perspektivet. Som nevnt tidligere ser en i et instrumentelt perspektiv utelukkende på strukturen som styrende for beslutningsadferd. Uansett, er det i det kulturelle perspektivet mer fokus på institusjonen, eller organisasjonens egenverdi. Dette har



konsekvenser for beslutningsadferd, struktur og endring som jeg vil omtale i avsnittene nedenfor.

### **2.3.1 Organisasjonskultur**

Organisasjonskultur kommer av uformelle normer og verdier som over tid vokser frem i organisasjonen. Det er imidlertid viktig å ha mente at det er forskjell på uformelle og formelle normer og verdier. Formelle normer og verdier er uttalte og ofte kommuniserte til omverdenen, i motsetning til uformelle som hovedsakelig kun er båret av de personer som inngår i organisasjonen. Hva som er organisasjonskultur kan best ses på som tanker om *hvem vi er* og *hvordan vi gjør ting*. Når dette er sagt er det åpenbart at kultur vil ha betydning for beslutningsadferd. Handlingsmønstre følger i et kulturelt perspektiv logikken om det kulturelt passende, som jeg vil gå nærmere inn på senere. Organisasjonskultur antas i et kulturelt perspektiv å være sterkt knyttet til konstitueringen av en organisasjon. De grunnleggende verdier organisasjonen er tuftet på, altså intensjonelle ideer om en organisasjons formål og virkemåte. Andre faktorer som bidrar til å forme organisasjonskultur er oppgaver, profesjonsbakgrunn hos ansatte, sektor og så videre. Demografiske variabler har med andre ord betydning for beslutningsadferd (Egeberg 2003). Som nevnt er kultur noe som utvikles over tid. Dette innebærer at yngre organisasjoner vil ha ”svakere” kultur enn eldre, og at i hvilken grad menneskene i organisasjonen har internalisert kulturen henger sammen med deres fartstid i denne.

### **2.3.2 Logic of appropriateness**

Beslutningsadferd er i det kulturelle perspektivet er hovedsakelig styrt av hva som i den enkelte organisasjon anses som passende. Handlingslogikken er i så måte basert på hvilke handlingsregler som anses som passende i en gitt situasjon. Dette gjøres gjennom en prosess der situasjoner, identiteter og handlingsregler kobles. Situasjonen identifiseres, denne kan være for eksempel rutinemessig eller av mer preget av krise, så gjør aktøren(e) et valg mellom identiteter; hvilken identitet er viktigst for meg og min organisasjon i denne situasjonen? For så å til slutt gjøre et valg mellom de handlingsregler som er aktuelle i situasjonen. Et slikt valg vil i hovedsak gjøres basert på hva som forventes av organisasjonen i det gitte tilfellet (Christensen et al. 2009:54). Sentralt når en snakker om en regel- og identitetsbasert handlingslogikk er at det forventes at valg tas på en mer intuitiv måte. Aktører er til den grad sosialisert i sin organisasjon at identiteter og handlingsregler kobles mer eller mindre automa-

tisk og vanemessig. Handlingsregler kommer ifølge logikken av erfaring; egen erfaring eller andres. Ifølge March og Olsen (2004:695) bidrar regler til handlekraft og effektivitet. Dette fordi de gjør det lettere å tolke tvetydige situasjoner. Ett aspekt ved dette er at regler og identiteter bidrar til å snevre inn antallet aktuelle valgmuligheter umiddelbart noe som er svært ressursbesparende.

### **2.3.3 Betydningen av kultur for endring**

Organisasjonskultur påvirker hvordan en organisasjon endres ved at den legger føringer for hva som oppfattes som passende ut i fra de normer og verdier som finnes og hvilke endringer som vurderes i det hele tatt. Med andre ord er endring i stor grad et valg, og i et kulturelt perspektiv vil en som oftest se på disse med utgangspunkt i *logic of appropriateness* som omtalt ovenfor. En slik logikk er fortidsrettet, i motsetning til en formålsrasjonell handlingslogikk, i at den hovedsakelig er erfaringsbasert. Dette påvirker endring i den grad at denne ofte er inkrementell av natur. En snakker om sti-avhengighet, som et bilde på der de erfaringer, verdier og prinsipper organisasjonen hadde ved oppstart i stor grad påvirker den videre utviklingen (Christensen et al. 2009:62). Slik stegvis endring gir institusjonell dybde og bidrar til å utvikle de normer og verdier som allerede er etablert i organisasjonen uten at de utfordrer dem i noen særlig grad. Der omgivelsene er stabile og forutsigbare er denne typen endring uproblematisk. Derimot om omgivelsene preges av usikkerhet og er i rask endring kan sti-avhengighet føre til at organisasjonen ikke holder tritt eller ikke endres i samme retning som omgivelsene. Kultur i seg selv kan også påvirke en organisasjons endringskapasitet i at de endringer som kan være nødvendige ikke anses som kulturelt passende, og derfor om de skulle bli implementert nok ikke vil få gjennomslag og dermed ikke gi ønsket effekt. Dette ved at aktørene bevisst eller ubevisst ikke endrer adferd i tråd med målene.

## **2.4 Teoretiske forventninger**

Teori, og kanskje særlig den typen organisasjonsteoretiske perspektiver jeg her vil anvende fungerer som brillor, eller skylapper om man legger den kritiske siden til. Konsekvensene av dette er for det første at det bidrar til at ulike aspekter ved et fenomen som man i forkant har vurdert til å være særskilt relevant kommer bedre frem, da teorien er valgt fordi den egner seg til å belyse nettopp dette. På den andre siden gjør valg av teori at synsfeltet til en viss grad innskrenkes. Når jeg her vil presentere de teoretiske forventningene jeg har i forhold til data-

materialet er det nettopp med utgangspunkt i disse brillene, eller innfallsvinklene som det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet gir.

### **2.4.1 Instrumentelle forventninger**

#### **Tidligere strukturer har vært instrumentelle for valg av interkommunal modell.**

Med utgangspunkt i den instrumentelle antagelse at struktur er førende for handling og informasjonsflyten innad i organisasjonene er det rimelig å forvente at de strukturer som var på plass i beslutningsprosessen i stor grad har påvirket det endelige resultatet. Det endelige resultatet, som her er avhengig variabel, er altså Nedre Romerike KAD slik det er organisert og gdriftes i dag. I tilfellet Nedre Romerike KAD var det to nettverksstrukturer som var vel-etablert og velfungerende; Nedre Romerike legevakt og Samhandlingsprosjektet. Begge disse to tidligere strukturene er bygget på samarbeid og deltagelse mellom flere av de kommunene som i dag er med samarbeidet om KAD. En kan dermed forvente at disse har vært med på å bane vei for det interkommunale samarbeidet i at informasjonsflyten inn i kommunene i stor grad har fulgt samordningslinjene mellom disse og kommunene. Mer spesifikt betyr dette at fordi rådmenn og kommunalsjefer, og til en viss grad annet nøkkelpersonell i kommunene har vært involvert i strukturer for interkommunalt samarbeid kan disse strukturene ha bidratt til å lede beslutningsprosessen inn mot interkommunalt samarbeid. Fra et styringsperspektiv kan dette ses på som en rimelig effektiv måte å fremme en retning fremfor en annen ved å investere tid og ressurser i ett alternativ tidlig.

#### **Klare og veletablerte mål og strukturer forventes å bidra til høy måloppnåelse.**

Med god måloppnåelse refererer jeg her til de mål for ØHD-tilbudet som kommer fra øverste politiske hold, nemlig å redusere antallet unødvendige liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. I det triangelet med sykehus og kommune KAD opererer i er det flere lag av mål. Det tidligere nevnte mål troner naturlig nok øverst, men hver av de tre aktørene vil også ha en rekke mål som i varierende grad er konkurrerende med den overordnede målsetningen. I et instrumentelt perspektiv er klart definerte mål en grunnleggende antagelse. Dette er sentralt for å ta de nødvendige grep for å skape strukturer for å nå disse. Poenget her er at for at tilførselen av KAD i helsekjeden skal ha god måloppnåelse må det mest overordnede målet være klart tilstede i samtlige enheter som samhandler med KAD. Om dette er tilfellet avhenger måloppnåelsen også av kvaliteten på de strukturene som er ment å tjene målet og i hvilken grad disse

faktisk benyttes. I praksis vil en kunne forvente seg at dette hovedsakelig kan ses i pasientflyten inn til KAD.

### **2.4.2 Kulturelle forventninger**

Her vil jeg gjøre rede for det jeg forventer å finne i analysen av datamaterialet med utgangspunkt i et institusjonelt perspektiv på organisasjoner.

#### **Felles forståelse og kultur forventes å bidra positivt til samarbeid.**

Det er to plan av samarbeid i dette caset. For det første samarbeider de syv kommunene om et interkommunalt tilbud, og for det andre samarbeider KAD, sykehus og kommuner om pasientgruppen. I tråd med et institusjonelt syn på organisasjonskultur vil jeg forvente å finne at konflikter og uenigheter følger kulturelle skiller mellom organisasjoner. Samtidig som samarbeid og deltakelse i arenaer som går på tvers av organisasjonsskiller vil bidra til å fostre en felles forståelse og eventuelt en kultur særegen for KAD systemet. I forhold til den daglige driften av KAD avdelingen og samhandlingen med kommune og sykehus er det rimelig å forvente at KAD ikke utvikler en typisk kommunal kultur da denne er knyttet til kommunens rolle som ivaretaker av lokalbefolkningen. Sånn sett er kommunen, og særlig kommunehelsetjenesten, klientorientert mot innbyggerne i kommunen. Et interkommunalt tilbud som KAD vil trolig i mindre grad utvikle en kultur forankret i det lokale, men heller være sentrert rundt deres pasientgruppe og behandlingen av denne samt avdelingens posisjon i forhold til kommunen for øvrig og sykehuset. På den andre siden innebærer tidsperspektivene KAD opererer under, akutte innleggelser og 72 timers liggetid, at aktørene må samarbeide tett.

#### **Organisatoriske endringer vil være i tråd med organisasjonenes tidligere erfaringer.**

Endring forventes å følge logikken om det kulturelt passende. Dette innebærer at eventuelle organisasjonsendringer vil begrense seg til det som er kulturelt passende i stor grad. Slik forventer jeg å finne at de endringer i organisasjonsstruktur som det nye tilbudet representerer og de nye koblinger og rutiner for samhandling mellom de ulike aktørene vil reflektere eksisterende organisasjonskultur og utfordre denne i liten grad. For eksempel har legevaktsamarbeidet mellom flere av kommunene som inngår i KAD samarbeidet vært organisert som et interkommunalt samarbeid i flere år før KAD kom på banen. Sti-avhengig endring er også knyttet til en organisasjons tidlige erfaringer, erfaringer som stammer fra opprettelsen. Kommune og kommunehelsetjenesten er ment å ivareta lokale interesser og deres kultur vil nok

naturlig være preget av dette. Når det kommer til opprettelsen av KAD som et nytt tilbud og en relativt ny organisasjonsform forventer jeg at denne prosessen er preget av nettopp kommunenes lokale interesser og forbehold.

## 2.5 Metode

Når målet i dette prosjektet er å kunne forklare hvorfor KAD har fått den formen og funksjonen det har og hvordan og hvorfor samhandlingen mellom KAD og deres nærmeste samarbeidspartnere; kommune og sykehus fungerer som den gjør, så har jeg, gitt problemstilling og tid avsatt til gjennomføring av prosjektet, valgt å gjøre et casestudie med kun én enhet, Nedre Romerike KAD. Dette da målet er å fremskaffe dyptgående kunnskap om opprettelsen av Nedre Romerike KAD og hvordan det tilbudet fungerer i praksis. I tråd med dette, og det faktum at tilbudet er så nytt, var det også naturlig å velge å basere datainnsamlingen på semi-strukturerte intervjuer. Det finnes imidlertid en rekke utfordringer ved å gjennomføre denne typen studier og utformingen av forskningsdesignet påvirker i stor grad resultatenes validitet og reliabilitet. Førstnevnte vil jeg diskutere under, mens sistnevnte vil det rettes oppmerksomhet mot senere i kapittelet.

### 2.5.1 Å studere en reform i et *single case* studie

I følge Gerring (2006:37) er ett case studie "... most usefully defined as an intensive study of a single unit or a small number of units (the cases), for the purpose of understanding a larger class of similar units (a population of cases)...". Formålet er altså å forstå populasjonen caset eller casene en studerer hører til. Populasjonen i denne studien utgjøres av samtlige ØHD-tilbud i landet, og i forhold til problemstilling 2 i noen grad helsevesenet som helhet. Det sier seg selv at en betydelig avgrensning har vært nødvendig og dennes konsekvenser for reliabilitet, og særlig validitet vil jeg komme tilbake til. Fordi, når jeg her søker å kaste lys over en del av en større reform, nærmere bestemt effektene av en endring på det helt dagligdagse og praktiske nivå, og på et mer aggregert nivå som del av en omfattende reform er det prekärt å definere hva som er studieobjektet. Her har jeg valgt å ta utgangspunkt i organisasjonen som type, med andre ord det interkommunale samarbeidet og den særposisjonen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste ØHD-tilbudene har. Når det er sagt vil jeg igjen rette oppmerksomheten mot caset og dets plass i populasjonen. Nedre Romerike er svært typisk for interkommunale tilbud på den ene siden, men samtidig en mye større enhet enn det som vil bli vanlig rundt om i landet. Et annet trekk ved caset her som bidrar til å skille det noe fra den øvrige

populasjonen er geografien og demografi til en viss grad. Avstand mellom kommunesentra, tilbud og sykehus og innbyggertall, selv om disse er nært knyttet sammen. Avstand og demografi er relevant i nettopp denne studien og vil være det i andre studier av tilbudet fordi det i stor grad påvirker utformingen av tilbudet og kan forventes å ha en effekt på bruken. Samlet sett kan en karakterisere Nedre Romerike KAD som et typisk case, særlig i områder med høy befolkningstetthet.

### **2.5.2 Avgrensning og utvelgelse av informanter**

Caset, Nedre Romerike KAD, er delvis valgt strategisk da er et interkommunalt tilbud, med 16 senger noe som er over landsgjennomsnittet, tilgang har også vært en faktor som har påvirket valg av case og informanter. I og med at tilbudet fremdeles ikke er lovpålagt, selv om de fleste kommuner har opprettet tilbudet, var det viktig for meg å velge et case med potensielle for et antall innleggelses som gir grunnlag for å kunne si noe om samhandlingen innenfor KAD, kommune og sykehus triangelet. Som nevnt er Nedre Romerike KAD et større tilbud sammenlignet med mange andre, derimot er det relativt nyåpnet og har kun hatt 188 innleggelses i 2014 siden åpningen i juni samme år. Når det kommer til de øvrige enhetene i caset er sykehuset, Ahus, gitt naturlig i og med at samtlige kommuner sogner til dette. Av de syv kommunene som inngår i det interkommunale samarbeidet har jeg gjennomført intervjuer i to, Sørums og Skedsmo. Sammenlignet med de øvrige kommunene i samarbeidet er Sørums en liten kommune med egen legevakt og Skedsmo en betydelig større kommune som også er vertskommune for KAD-tilbudet og legevakten. Sånn sett er disse to kommunene rimelig representative for samarbeidet som helhet. Av tidsmessige årsaker ble kun disse to kommunene inkludert i datainnsamlingen.

Informantene har kommet til ved selvutvelgelse. Dette ved at jeg har kontaktet sykehus, KAD og kommune og ettersøkt personer som er involvert i samhandling med Nedre Romerike KAD. Selvutvelgelse av informanter innebærer en risiko for skjevhet i utvalget. Dette da informantene kan en særskilt interesse eller motivasjon for å være med. En annen åpenbar risiko og årsak til å rekruttere informanter gjennom selvutvelgelse er at man ikke har full oversikt over, og tilgang til aktuelle informanter. En konsekvens av dette er at det er vanskelig å vite hvem informantene i forholdt til de potensielle, som igjen kan gi utvalgsskjevheter som påvirker reliabiliteten til resultatene. Her derimot vil jeg si at det nok har hatt liten innvirk-

ning da de enhetene informantene stammer fra er små, jeg har gjort flere intervjuer i hver enhet og semi-strukturerte intervjuer gir god oversikt over bredden i dataene.

### **2.5.3 Datainnsamling**

Grunnlaget for analysen utgjøres av offentlige dokumenter som kommunale saksdokumenter, utredninger og så videre, og ikke minst funn fra semi-strukturerte intervjuer med informanter. Dokumenter er skaffet til veie enten ved at de er gjort offentlig tilgjengelig via etatenes nettsider eller etter forespørsel til den ansvarlige part.

Intervjuene ble etter avtale gjennomført på informantens arbeidsplass og det ble gjort lydopptak som jeg transskriberte senere. Fordelen med semi-strukturerte intervjuer, som i praksis fortøner seg som en noe styrt samtale med et gitt tema, er at de egner seg til å samle inn den typen dyptgående informasjon som er nødvendig for å kunne si noe om hvordan samhandlingen vedrørende pasientgruppen fungerer. Jeg har anvendt intervjuguide under intervjuene, men denne er mer å se på som veiledende og til hjelp under intervjuet enn en forutbestemt spørsmålsrekke. I praksis har dette fortønt seg slik at spørsmålene har vært stilt i ulik rekkefølge og alle spørsmål har ikke blitt stilt alle informanter etter hva som var naturlig og hensiktsmessig under et hvert intervju.

### **2.5.4 Validitet og reliabilitet**

For å vurdere studiens validitet vil jeg bruke Cook & Cambells validitetssystem for kausale slutninger som skissert i Lund (2002). Systemet er opprinnelig ment å anvendes på kvantitativ forskning, men da jeg likevel vil bruke det her utelater jeg et av Cook & Cambell's kriterier; statistisk validitet. Validitet gjelder resultatenes gyldighet. For det første i hvilken grad funnene kan generaliseres og slik sett være representative utover de enhetene som er studert; ytre validitet. For det andre hvor sikker en kan være på at de slutningene en treffer er korrekte; indre validitet. I kausale studier gjelder dette hvorvidt effekten er forårsaket av avhengig variablers påvirkning på uavhengig. For det tredje i hvilken grad de begrepene en bruker virkelig måler de fenomenen en er interessert i; begrepsvaliditet. I case studier med kun én enhet som dette avhenger den ytre validiteten i stor grad av hvor representativt caset er for populasjonen. Hvorvidt en kan gjøre til eller over generaliseringer indikerer god eller dårlig ytre validitet. Med til generaliseringer menes resultatenes gyldighet for en bestemt populasjon, tid eller situasjon. I dette tilfellet vil en til generalisering gjelde hele det interkommunale samarbeidet på Nedre Romerike. Over-generalisering gjelder bredde og lengde, med andre ord generaliseringer utover den populasjonen utvalget som er inkludert i undersøkelsen og

eventuelt på andre tidspunkt. Her vil en over generalisering for eksempel gjelde andre interkommunale ØHD samarbeid. Nedenfor vil jeg gjøre en vurdering av studiens validitet med utgangspunkt i de tre ovenfornevnte typene, og til sist reliabiliteten. Slutningers reliabilitet vurderes ut i fra hvorvidt en hvis en hadde gjennomført samme undersøkelse på samme måte fått likt resultat (Keohane 1994:25).

### **2.5.5 Indre validitet**

Denne typen validitet berører som nevnt hovedsakelig kausalmekanismen de slutninger en trekker er basert på. I og med at denne studien i større grad er av deskriptiv art enn kausal vil årsakssammenhengen befinne seg på et mer overordnet nivå. Her forventer jeg nemlig at KAD-tilbudets struktur og funksjon har en effekt på samhandlingen mellom KAD, kommune- og spesialisthelsetjenesten. Bryman henter fra LeCompte & Goetz der de sier at indre validitet er en styrke ved kvalitativ forskning. Dette der indre validitet forstås som godt samsvar mellom observasjoner og de teorier forskeren utvikler (Bryman 2004:273). I dette prosjektet berører den indre validiteten i første omgang sammenhengen mellom KADs struktur og funksjon og samhandling, og i andre omgang de slutninger jeg trekker mellom de observasjoner av samhandlingen og årsakene til dette. Den indre validiteten i dette studiet kan sies å være god i og med at jeg har intervjuet flere informanter i hver av enhetene inkludert i studien. Samt stilt en rekke åpne spørsmål som bidrar til å avdekke alternative forklaringer. I undersøkelsen av opprettelsesprosessen av tilbudet er samtlige kommuner inkludert som igjen gir bedre grunnlag for å si noe om prosessen enn hvis denne delen også kun hadde omfattet de to kommunene som er inkludert i studiet av samhandling.

### **2.5.6 Begrepsvaliditet**

Som nevnt dreier begrepsvaliditet seg om i hvilken grad de operasjonaliserte begrep en bruker måler de relevante begrepene. I dette tilfellet er det samhandling som er i fokus. Gjennom omfattende studium av dokumenter relatert til Samhandlingsreformen og ØHD-tilbud, samt intervjuer med informanter har jeg fått ett godt og bredt bilde av hva som legges i samhandling innenfor feltet. Det viser seg at det i stor grad er samsvar i begrepsbruken hos informantene og det som fremstår i offentlige dokumenter.

### **2.5.7 Ytre validitet**



Generalisering av slutninger som ytre validitet dreier seg om er ofte en utfordring og i mindre grad en prioritet i casestudier som dette. Her vil en noe konservativ generalisering være til det interkommunale tilbudet som helhet. Altså Nedre Romerike KAD, Ahus, og de kommunene som inngår i samarbeidet. Det betyr imidlertid ikke at funnene ikke kan ha noen relevans utover det nevnte triangelet. Det er ikke urimelig å tenke at funnene kan ha verdi for andre tilbud med lignende karakteristika. Her i tråd med det som kommer frem i avsnitt 2.5.1 vil organisering, nærhet til sykehus og størrelse være faktorer som har betydning for funnernes relevans utover caset.

### **2.5.8 Reliabilitet**

Reliabilitet gjelder reproduserbarheten av funnene. Med andre ord om en hadde gjort de samme funnene, hadde en gjennomført undersøkelsen på nytt. Reliabilitet i mindre kvalitative undersøkelser som denne er utfordrende. For det første kan en ikke fryse en sosial setting, og dermed vil resultatene utvilsomt variere uavhengig av den anvendte metoden. For det andre er det på grunn av forskerens nære tilknytning til dataene og den grad dennes vurderinger underveis påvirker dataene og de slutninger som trekkes av denne mer utfordrende å vurdere en slik studie ut i fra fastsatte kategorier og regler. Derimot er fordelen ved et semi-strukturert opplegg som dette nettopp at en selv i intervjusituasjonen kan tilpasse spørsmål og oppfølgingsspørsmål og slik fange opp dimensjoner og nyanser som i et mer strukturert opplegg ikke hadde kommet frem.

## 3 Empirisk bakgrunn

### 3.1 Innledning

Samhandlingsreformen er del av en større trend som i aller høyeste grad er tilstedeværende ikke bare i Norge, men også i utlandet. Samordning, koordinering og helhetlige perspektiver har lenge vært og er i økende grad sentrale aspekter i reformeringen av offentlig sektor. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) tilbudet som er fokus i dette prosjektet er nært beslektet med de kommunale intermediær- og korttidstilbudene som har eksistert i en årrekke, og har økt betydelig i antall de siste ti årene.

I dette kapitlet vil jeg greie ut om bakgrunnen for *Samhandling* som fenomen, løsning og problem, samt KADs opprettelse, form og funksjon.

### 3.2 Samhandlingens bakteppe

Som en reaksjon på den fragmentering og spesialisering NPM-bølgen dro med seg inn i offentlig sektor har en de siste 10-15 år sett at pendelen har svingt mer mot samordning og samlokalisering, og samhandling og koordinering. Det norske helsevesen har i senere tid gjennomgått to større reformer, hver med betydelige endringer, men vidt forskjellige. Helsereformen av 2002 der sykehusene ble organisert i regionale helseforetak hadde til hensikt å bremse kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten ved å i større grad gjøre sykehusene ansvarlige for egne budsjett og regnskap gjennom en foretaksmodell hentet fra privat sektor. Dette trekket ved reformen kan tillegges NPM-bølgen som på den tiden var høyst tilstedeværende i norsk offentlig sektor. Derimot, på den andre siden ble de regionale helseforetakene, som består av flere sykehus, lagt under staten til forskjell fra før reformen, da sykehusene forvaltningsmessig tilhørte fylkesnivået. 2002 reformen følges i 2012 opp av en total fokusendring med Samhandlingsreformen. Denne fokuserer på kommunehelsetjenesten og henter fra en mer pasientorientert tilnærming til helsetjenester. Gjennom Samhandlingsreformen skal førstelinjen, altså kommunehelsetjenesten styrkes, det skal fokuseres på forebygging og gode pasientforløp. Det er åpenbart at det har forekommet en endring i sektoren, både empirisk i form av hvilke problemer og utfordringer som oppfattes som mest presserende, men tilnærmingen til dem har også endret seg. Samhandlingsreformen sikter på å løse koordineringsproblemer i helsevesenet gjennom strukturelle og kulturelle endringer i skjæringsflaten mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Å samhandle har blitt en løsning i seg selv. Neden-

for vil jeg gjøre rede for begrepet *samhandling* slik det brukes i norsk offentlig politikk og i akademia

### 3.2.1 Samhandling, eller å samhandle?

Samhandling er i følge samhandlingsreformens definisjon et ” uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evne til å utføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:14). Begrepet er imidlertid ikke nytt innenfor helsevesenet og internasjonalt finnes det et helt fagfelt; *integrated care*, rettet mot studiet og utviklingen av organisasjonsformer i helsevesenet med fokus på blant annet pasientforløp, koordinering mellom forvaltningsnivå og andre mer klinisk orienterte tiltak som fler-profesjonelle team og så videre (Markestad 2014b:11). McDonald (2007) hvis arbeid beveger seg innenfor dette feltet derimot opererer med en mer pasientorientert definisjon ” Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient’s care to facilitate the appropriate delivery of health care services. Organizing care involves the marshaling of personnel and other resources needed to carry out all required patient care activities, and is often managed by the exchange of information among participants responsible for different aspects of care. McDonalds definisjon er nærmere beslektet Wisløff-utvalgets definisjon av “samhandling i helsetjenesten”. Utvalgets NOU fra 2005, *Fra stykkevis til helt*, la grunnlaget for arbeidet med det som til slutt ble Samhandlingsreformen. Det er imidlertid ganske stor avstand mellom Wisløff-utvalgets definisjon og den som er brukt i St. Meld 47: Samhandlingsreformen. Dette tyder på at det har forekommet en fokusendring mellom NOUen og Stortingsmeldingen. I sistnevnte står oppgavefordeling, rasjonalitet og koordinering sentralt, mens det i førstnevnte er større fokus på samarbeid mellom de mange ulike aktørene som er involvert i behandlingen. Det har med andre ord vært en større fokusendring fra pasient/aktør til oppgavefordeling i overgangen fra utredning til reform, der kunnskap oversettes til praktiske retningslinjer. Bukve & Kvåle (2014) derimot tilnærmer seg samhandling som et verktøy for å håndtere kompleksitet. Slik ser de på ”...samhandling som samarbeid i situasjoner der det ikkje finst ein aktør som som har fullstendig kontroll over ein prosess eller utføringa av ein oppgave.”(Bukve og Kvåle 2014:16).

Med de ulike definisjonene presentert ovenfor i mente, og det finnes en rekke andre varianter, kommer det frem at en kan skille mellom samhandling som konsept og som verktøy. Samhandlingsreformen søker å hente fra begge deler. På den ene siden å selge inn en tanke-

gang og skape kulturendring, på den andre siden å rent instrumentelt bruke det som verktøy for å løse koordineringsproblemer.

### **3.3 Wisløff-utvalget utreder problemet**

Grunnlaget for arbeidet med Samhandlingsreformen ble lagt i Wisløff-utvalgets NOU, *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* (NOU 2005:3). Utredningens mandat tar utgangspunkt i at samhandlingen mellom de ulike aktørene i helsevesenet ikke er god nok, og at dette har negative konsekvenser for store pasientgrupper. Wisløff-utvalget har dermed hatt i oppdrag å vurdere samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og å komme med forslag til endringer for å bedre denne (NOU 2005:3:11). At helsevesenet ikke evnet å tilby et tilfredsstillende sammenhengende behandlingsforløp var med andre ord opplest og vedtatt før utvalget i det hele tatt begynte arbeidet med utredningen noe som kan antas å i stor grad ha påvirket problemforståelsen. Det samme gjaldt den overordnede struktur og de prinsipper om prioritering og oppgavefordeling som da, og nå, var godt forankret i helsevesenet. Dette da det kommer klart frem i utvalgets mandat at de eksisterende ordninger må anses som gitt. Wisløff-utvalget har, som jeg vil komme tilbake til senere, i større grad enn i selve reformen vært mer pasientorientert. Utvalgets tilnærming til samhandling og pasientforløp legger LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og en bred forståelse av samhandling som strekker seg fra de enkelte tjenestetilbydere til pasient- og brukerorganisasjoner og ombud og kontrollorganer til grunn for utredningen.

Wisløff-utvalget konkluderer med at de ordninger som da var tilstede ikke var tilstrekkelige, og heller ikke fullt ut utnyttet for å ivareta pasientgrupper med store og sammensatte behov for helsetjenester. Dette begrunnes delvis i strukturelle forklaringer. Kommunehelsetjenesten har gjennomgått en organisatorisk omstilling og gått fra å være klientorientert til å være sektorinndelt. Denne endringen i spesialiseringsprinsipp har medført nye og større utfordringer for samhandling i kommunen om brukere som mottar tjenester fra flere kommunale aktører. Det samme er også gjeldende for innføringen av bestiller-utførermodell i kommunehelsetjenesten som ivaretar brukeres rettigheter i forhold til uavhengig behandling av søknad om nye eller utvidete tjenester. For samhandlingen har dette konsekvenser da det skaper et skille mellom praktikerne som har god kunnskap om hvilke tjenester som kan tilbys og muligens hva som er mest hensiktsmessig, og ”bestillerne”.

Det er flere trekk som var tilstedeværende i helsevesenet allerede da Wisløff-utvalget begynte sitt arbeid som er lovfestet og videreutviklet i Samhandlingsreformen. Blant disse finnes samarbeidsavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og ”gråsoner” avdelinger som er å finne i form av ØHD-tilbud, intermedieæravdelinger og akutte sykehjems plasser. Det kommenteres i NOU 2005:3 at denne typen enheter har oppstått for å håndtere et varierende behov for behandling i etterkant av, og som en fortsettelse av behandling i spesialisthelsetjenesten, særlig for kronisk syke, og eldre pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Derimot nevnes det også at disse sliter med uavklart og/eller mangelfull økonomi. Hvordan de ovennevnte deler av helsevesenet har fått form i Samhandlingsreformen vil jeg utdype nærmere senere.

### **3.4 Konkretisering i reformarbeidet, St. Meld 47; Samhandlingsreformen**

Som sagt bygger store deler av Samhandlingsreformen på det utredningsarbeidet som ble gjort i forkant. Det må imidlertid bemerkes at Wisløff-utvalget tvilte på at større endringer i ansvars- og oppgavefordelingen ville kunne bedre samhandlingen. Generelt sett kan en si at reformen og utredningen i hovedsak skiller seg fra hverandre i at St. Meld 47 Samhandlingsreformen er mye mer instrumentelt innrettet og går inn for en rekke endringer i oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Instrumentaliteten er imidlertid naturlig i og med at reformdokumentet legger grunnlag for rent praktiske ordninger og tiltak. Problemforståelsen er imidlertid den samme. Dårlig samhandling i helsevesenet er et stort problem og fører til at mange brukere, særlig de som er mest utsatt og har størst behov for helsetjenester, ikke får et sammenhengende pasientforløp. Samhandlingsreformen er i det store og det hele en retningsreform som gjennom en rekke større og mindre endringer skal forbedre helsevesenets evne som tjenesteyter til folkets beste. I forskjell til den tilnærmingen til samhandling Wisløff-utvalget anvendte er det i reformens definisjon og bruk betraktelig større fokus på optimal oppgavefordeling. Det skrives i stortingsmeldingen at *”Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling...”* (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:14). Dette står i kontrast til førstnevntes tilnærming der samordning og koordinering mellom ulike aktører er hovedfokus.

På den andre siden er det samfunnsøkonomiske perspektivet også i aller høyeste grad tilstede. Bedre samhandling er også mer effektivt særlig da en rekke av reformens større tiltak er rettet inn mot å redusere antall unødvendige liggedøgn i sykehus. Dette gjennom tiltak som

betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter som gir kommunene et sterkt økonomisk insentiv til å ta i mot pasienter med behov for sykehjemsplass, hjemmesykepleie og rehabilitering så fort som mulig. ØHD-tilbudet er også et tilbud med mål om å redusere liggedøgn i sykehusene, eller *unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten* som det heter.

En kan trekke frem tre sentrale økonomisk motiverte tankesett fra reformen slik den fremstår i stortingsmeldingen. For det første er samhandling effektiviserende, behandling i kommunehelsetjenesten er billigere enn i spesialisthelsetjenesten og forebygging er desidert best. Sistnevnte er en del av reformen jeg ikke vil fokusere på her men som i aller høyeste grad er tilstede. Kommunens rolle og kapasitet til forebygging styrkes gjennom reformen samtidig som det insentiveres kraftig gjennom den mye omdiskuterte kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten. Å styrke kommunehelsetjenesten er gjennomgående i reformen, ØHD-tilbudene for eksempel innebærer overføring av pasientansvar fra spesialist til kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen må imidlertid ikke utelukkende ses på som en øvelse i kostnadsutt. Som reformnavnet antyder er det, å få de ulike delene, i et helsevesen som oppfattes som fragmentert, til å samarbeide for å levere et best mulig pasientforløp i fokus. Sammen med økte effektivitetskrav blir enhetenes evner til å kommunisere og koordinere seg i mellom rundt pasientstrømmen desto viktigere. Det dreier seg ikke bare om rent praktiske og strukturelle ordninger, men også kultur som illustrert her : ”Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal fases inn over tid. Reformens tankesett, intensjoner og samfunnsperspektiv må utvikles og bygges inn som verdigrunnlag i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må bygges kultur for gjensidigrespekt og målforståelse mellom de ulike aktørene i helsesektoren.” (Helsedirektoratet 2014:16). Kulturendring er særlig relevant for det som er hovedfokus i denne oppgaven, struktur og kultur for samhandling mellom KAD og tilknyttede enheter. Der sykehusene er høyspesialiserte innenfor relativt smale felt og prosessorienterte mot pasient fra innskrivnings- til utskrivningstidspunkt har kommunehelsetjenesten bredere ansvarsområde for pasienten og større langtidsperspektiv enn spesialisthelsetjenesten, noe som trolig vil gjenspeiles i kulturforskjeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

St. Meld 47:Samhandlingsreformen tar, som Wisløff utvalget, også opp temaet med ”gråsoner” avdelinger, disse har også økt i antall og blitt mer veletablerte siden Wisløff-utvalget gjorde sine undersøkelser. Tilbudene klassifiseres som før, istedenfor og etter sykehusopphold tilbud dette innebærer at de vil virke i overgangene mellom nivåene i helsetjenesten og til dels erstatte innleggelse i spesialisthelsetjenesten som ØHD-tilbudene er ment å

gjøre (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:58). Noe av behovet for denne typen tjenester tilskrives gapet i kompetanse og tjenestetilbud mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. En slik strukturell mangel fører til at pasienter som er utskrivningsklare blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud og at andre legges unødvendig inn på sykehus med enklere diagnoser fordi det ikke finnes noe tilbud. Denne typen *unødvendige liggedøgn i spesialisthelsetjenesten* er beregnet til å utgjøre omtrent 550 000 somatiske liggedøgn årlig (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:59). Reformdokumentet konkluderer med at opprettelsen av slike observasjons- og etterbehandlingsplasser vil bidra til å gi den enkelte pasient et bedre og mer helhetlig tilbud, samtidig som det vil være mer kostnadseffektivt. Dette er del av et av de overordnede tiltaksområdene i reformen; *ny kommunerolle* sikter på tette gapet mellom første- og andrelinjetjenesten ved å styrke kommunene med nye tilbud med høyere kompetanse og slik bidra til et bedre og mer lokalt pasientforløp (Svardal 2013:32).

Nærhet til hjem og lokalsamfunn er en underliggende dimensjon i Samhandlingsreformen. Dette ses i styrkingen og utvidelsen av kommunehelsetjenesten, der målet ikke bare er å behandle flere innenfor kommunehelsetjenestens organisatoriske rammer men også i lokalsamfunnet. Før, etter og istedenfor sykehusinnleggelse tilbud kan bidra til at pasienter mottar større deler av lengre pasientforløp nærmere hjemsted og pårørende. Lokalmedisinske sentra der en samler flere beslektede tjenester som for eksempel observasjon, etterbehandling og rehabilitering trekkes i reformen frem som en gunstig organisasjonsmodell. Forsterkede sykehjemsavdelinger nevnes også (Helse og omsorgsdepartementet 2008-2009:60). Etter innføringen av reformen ser en at svært mange kommuner har valgt en helsehus modell der en rekke kommunale helsetjenester er samlet; legevakt, ØHD, rehabilitering og så videre. For denne typen tilbud og andre er det en åpenbar forutsetning at befolkningsgrunnet er stort nok til å kunne drive forsvarlig og effektivt. Mange kommuner har valgt å gå sammen om dette og danne interkommunale lokalmedisinske senter. Reformens implisitte oppfordring til interkommunale ordninger kan ses i sammenheng med den langvarige debatten om små kommuners evne som tjenesteyter og kommunesammenslåing.

Finansieringsordningene for denne tilbud er her også diskutert og departementet mener at de tiltak som foreslås i større grad enn tidligere vil gi kommunene forutsetninger for å etablere denne typen tilbud. De ordninger som fremkommer av stortingsmeldingen ble også innført. Dette inkluderer overføring av ressurser i takt med overføring av oppgaver til kommunene, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet 2009:63).

### 3.5 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

1. januar 2016 trer § 3-5 av den reviderte helse- og omsorgstjenesteloven i kraft. Dette innebærer at kommunene plikter å tilby døgnplasser som del av deres øyeblikkelig hjelp tilbud (Helsedirektoratet 2014:14). Dette innebærer en overføring av tilsvarende tjeneste fra spesialisthelsetjenesten og skal slik sett være et tiltak for å redusere unødvendige innleggelser i sykehus. Med andre ord skal det nyopprettede tilbudet være av typen før og/eller istedenfor sykehusinnleggelse i samsvar med Samhandlingsreformens inndeling av kommunalt ansvar for pasienter etter *før, istedenfor, etter* sykehusinnleggelse kategorier. Tjenesten skal fases inn fra 2012 og bidrar til å utvide kommunenes plikt om å tilby øyeblikkelig hjelp som fra tidligere av omfatter time-på dagen hos fastlege, og legevakt. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) tilbudet skal dekke de tilfeller der det er behov for øyeblikkelig behandling og observasjon, men der en innleggelse i spesialisthelsetjenesten kan unngås og pasienten kan behandles av allmennlege (Markestad 2014a:7). ØHD tilbud kan sammenlignes med en sil, eller en port, inn til spesialisthelsetjenesten. Dette da tiltaket i praksis vil fungere som et ekstra ledd i pasientforløpet hvor en søker å sile ut de pasientene som kan behandles på kommunalt nivå for å forhindre unødvendige innleggelser. Formålet med å forhindre unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten er først og fremst å effektivisere. Det frigjøres sengeplasser i sykehus og det er mer kostnadseffektivt å behandle på et lavere omsorgsnivå, kommunen i dette tilfellet. Videre minsker risikoen for sykehusinfeksjoner og sist men ikke minst kan pasienten behandles nærmere eget hjem.

Pasientgrupper som er aktuelle for dette tilbudet er særlig forverring av kjent og/eller kronisk sykdom, medikamentjustering for disse gruppene samt pasienter der diagnosen ennå ikke er kjent men ikke oppfattes som alvorlig .og videre observasjon og utredning anbefales (Helsedirektoratet 2014:15). Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommunene til hjelp i arbeidet med å utarbeide tjenestens omfang i forhold til pasient- og diagnosegrupper. På bakgrunn av den informasjon som på tidspunktet er tilgjengelig ser det ut til at denne i svært stor grad gjenspeiles i de ulike ØHD tilbudenes samarbeidsavtaler som definerer hvilke pasientkategorier som er aktuelle for tilbudet.

Kommunene står fritt i organisering og lokalisering av tilbudet, men så langt er det noen modeller som går igjen; samlokalisert med sykehjem, legevakt, lokalsykehus og i egen avdeling i helsehus. En rapport utført av TNS Gallup på oppdrag fra Helsedirektoratet finner at geografisk nærhet til sykehus, legevakt og ambulanse, tilgang til lokaler og tidligere prak-



sis og avtaler med helseforetak er avgjørende for valg av organisasjonsmodell (Hind 2012:10) En organisasjonsmodell som er svært vanlig, er en samlokalisering av en rekke tilbud som ØHD, legevakt, rehabilitering, sykehjem og så videre, i det som ofte kalles helsehus. Disse finnes ofte i mindre til mellomstore kommuner, gjerne i interkommunalt samarbeid typisk mellom mindre nabokommuner. ØHD sengeplassene er i slike tilfeller ofte dedikerte senger i sykehjemsavdeling eller tilknyttet observasjonsposten ved legevakten i de mindre helsehusene. De som er noe større, og har et dertil større ØHD-tilbud har ofte egen dedikert ØHD avdeling på helsehuset. Helsehusmodellen har lenge før den fikk fotfeste i Norge med Samhandlingsreformen hatt suksess i Danmark som sundhets- og akutthus. Målsetningen her har vært å sikre legedekning i hele landet, særlig i distriktene, og å styrke faglighet og integrasjon av behandling pleie og gjenopptrening (Vrangbæk et al. 2014:73)

Grunnpremissene for samhandlingen mellom den enkelte kommunehelsetjeneste og helseforetak skal enes om i en samarbeidsavtale. Denne skal i følge Helse- og omsorgstjenesteloven, blant annet, inneholde oppgavefordeling, retningslinjer for innskrivning og utskrivning av pasienter, samarbeid om forebygging, forskning og utdanning, og IKT. Som nevnt tidligere ble samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak lovpålagt gjennom Samhandlingsreformen. Mange hadde imidlertid flere år i forkant frivillig inngått samarbeidsavtaler og andre samhandlingstiltak. Undersøkelser fra Vestlandet viser at partene er positive, og at det har bidratt til større enighet rundt ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak (Vrangbæk et al. 2014:75).

### **3.6 Erfaringer med intermediær pleie**

Med intermediær pleie menes den behandling som ytes i overgangsfasene mellom sykehus, institusjon og hjem. Det omfatter den typen tilbud ØHD er, men også akutte sykehjemsplasser, intermediæravdelinger som tar i mot pasienter som skrives ut fra sykehus men har behov for behandling og pleie på et høyere kompetansenivå enn det sykehjem og hjemmesykepleie kan tilby. Fellesnevneren for disse ulike intermediære enhetene er at de yter behandling og pleie som er mer omfattende og krever mer kompetanse enn det som finnes i primærhelsetjenesten, men opererer på et lavere nivå sammenlignet med sykehus. Også i England har denne typen tjenestetilbud for lengst blitt viktige både på det politiske og medisinske planet (Melis et al. 2004). Intermediæravdelinger som tilbud i etterkant av sykehusopphold er veletablert mange steder i Norge og studier gjort her indikerer at de er velfungerende og at samhandling mellom sykehus og kommune generelt sett fungerer godt. Netteland og Naustdal påpeker at

utveksling av informasjon, skriftlig og muntlig, som risikokategorier i overgangssituasjoner (Bukve og Kvåle 2014:124). Dette gjenspeiles også i en rekke av de studier som er gjort, blant annet i Nome og Næss' casestudie av Stokka intermedieravdeling. De finner at overføring av data, da spesielt kritisk informasjon om pasienter som overføres til avdelingen oppfattes som et stort problem, da dette ofte er mangelfullt (Nome og Næss 2011:46). Det må imidlertid bemerkes at det har vært stor fremgang når det kommer til bruk og samkjøring av elektroniske journalsystemer i helsevesenet siden Nome og Næss gjorde sin studie. Noe som innebærer at verktøyene nå i større grad er til stede og hvorvidt det forekommer mangelfull informasjonsutveksling er resultat av hvordan disse brukes.

Følgforskning gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet gir noe innsikt i hvordan de ØHD-tilbudene som allerede eksisterer fungerer. Det må imidlertid bemerkes at i og med at undersøkelsen er gjennomført høsten 2013 er det rimelig å anta at avdelingene har kort driftstid og at noe av det som oppfattes som problematisk kan skyldes oppstartsproblemer. For det første, innleggelsesprosessen; undersøkelsen viser at samtlige ØHD-tilbud har inklusjons- og eksklusjonskriterier nedfelt i samarbeidsavtaler som brukes for å avgjøre om en pasient er aktuell for tilbudet eller ikke. De ansattes erfaringer bruk og egnethet av disse varierer derimot, men det er noen trekk som virker å ha en effekt på i hvilken grad tilbudet benyttes. En finner at legedekning ved ØHD-tilbudet, og hva som kreves av henvisende lege har innvirkning på hvilke og hvor mange pasienter som henvises. Der det er lavere legedekning og det kreves avklart diagnose og behandlingsplan av innleggende lege rapporterer informantene at leger (fastleger og legevaktsleger) tenderer til å heller henviser til sykehuset. Det samme gjelder også for ØHD avdelingene der dette gjelder. som kvier seg for å ta imot pasienter det er knyttet usikkerhet til når neste legebesøk er flere timer unna og det er langt til sykehuset. Det kommer imidlertid videre frem at mange har gode erfaringer med at inklusjons- og eksklusjonskriterier er nedfelt i samarbeidsavtaler da en kan vise til disse ved en eventuell uenighet. Innleggelse ved ØHD-tilbud foregår ved at en ekstern innleggende lege ringer avdelingen og konfererer med ansatt der. Hvorvidt det er lege eller sykepleier som har denne oppgaven ved avdelingen varierer, men det kommer frem av undersøkelsen at sykepleiere til tider synes det er vanskelig å håndtere uenigheter med lege og at dette fort resulterer i diskusjoner preget av profesjonsmakt (Deloitte 2014:20).

Som nevnt tidligere, er det som Netteland og Naustdal påpeker, utveksling av informasjon som har størst påvirkning på hvordan samhandlingen de ulike aktørene i mellom fungerer og igjen i hvilken grad tilbudet utnyttes. Det går igjen i flere studier av relativt nyopprettede tilbud, både ØHD-tilbud men også andre intermedierstilbud at belegningsgraden hos

disse, særlig tidlig i driftsfasen påvirkes i stor grad av hvor aktivt man har informert om tilbudet. Flere steder har de aktivt informert på sykehus og legevakt om de nye tilbudenes eksistens og invitert samhandlingspartnere på besøk (Nome og Næss 2011, Deloitte 2014). Det har også vært rykket ut annonser i lokalavisen (Deloitte 2014). Et sted førte en artikkel i lokalavisen til en umiddelbar økning i antall innleggelse (Henriksen 2014). Utadrettet kommunikasjon virker også å ha en viktig tillitsbyggende mekanisme, både hos henvisende helsepersonell, men også for brukerne. Dette er nok særlig viktig for denne typen avdelinger da flere informanter trekker frem at det har vært viktig å forsikre begge parter om at intermediaære tilbud er fullverdige sammenlignet med sykehusopphold.

## **4 Nytt tilbud, nye samhandlingslinjer; funn fra intervjuer og dokumentstudier**

### **4.1 Innledning**

I dette kapittelet vil jeg presentere resultater fra datainnsamlingen basert på intervjuer med representanter fra KAD, hjemmesykepleie, bestillerkontor og sykehus, samt dokumenter relevant for problemstillingen. Jeg vil først konsentrere meg om prosessen rundt opprettelsen av tilbudet, beskrivelser av tilbudet slik det står i dag og videre samhandlingen mellom KAD, kommune og sykehus slik den fungerer i dag.

### **4.2 Samhandlingsprosjektet; utredning og planlegging**

Nedre Romerike KAD er et interkommunalt samarbeid mellom de syv kommunene Skedsmo, Lørenskog, Rælingen, Nittedal, Fet, Sørum og Enebakk (Flateby). Regionen Nedre Romerike utgjøres av de seks førstnevnte og i tillegg Aurskog-Høland som valgte å ikke gå med i det interkommunale samarbeidet. Kommunene har en historisk tilknytning gjennom regionstilhørighet og tidligere samarbeid om kommunale tjenester, opplyser en informant og legger til at dette trolig har gjort det mer naturlig for kommunene å vurdere samarbeid i utgangspunktet. Regionen er hovedsakelig urban og folketett, og utgjør den nord-østlige delen av Akershus. Demografisk sett er regionen noe yngre enn landet for øvrig og har også større andel arbeidsfør befolkning enn landsgjennomsnittet.

Det ble i 2011 besluttet å starte et utredningsprosjekt ”...for å vurdere interkommunalt samarbeid som et grep for å møte Samhandlingsreformen.” (Nedre Romerike og Rømskog 2013:4). Prosjektet hadde i oppgave å vurdere mulige løsninger innenfor kommunens ansvarsområder før, istedenfor og etter sykehusopphold og i tillegg eventuell etablering av et lokalmedisinsk senter. Resultatet av Samhandlingsprosjektet er blant annet at det ble anbefalt kommunene og vurdere samarbeid om døgndriftede tjenester som krever høy kompetanse og tilsvarende ressurser, under dette faller rehabilitering/etterbehandling, lindrende behandling og øyeblikkelig hjelp døgnbehandling. Deltagelsen i prosjektet har vært bred og kommunene, tillitsvalgte og spesialisthelsetjenesten har alle vært involvert. Kommunene har vært representert politisk i prosjektet gjennom rådmennenes deltagelse i styringsgruppen og kommunalsjefenes i prosjektgruppen. Videre har prosjektet vært organisert gjennom en rekke

delprosjekter der representanter fra de enkelte fagfeltene i kommunene og spesialisthelsetjenesten har vært involvert (Nedre Romerike og Rømskog 2013:10).

Når det kommer til ØHD (senere omdøpt KAD) utredningens delprosjekt ble denne godkjent av styringsgruppen i 2013 og lagt til grunn for den politiske vurderingen vedrørende interkommunalt samarbeid om tjenesten. Utredningen gjenspeiler i stor grad de anbefalinger som kommer fra Helsedirektoratets veiledningsmateriell, reformen og lovverket. Disse legger en lang rekke føringer for tilbudet, særlig når det gjelder omfanget i forhold til kapasitet og minimumskrav til behandlingsmuligheter. Kommunene står derimot rimelig fritt i organiseringen og når det kommer til kompetansenivået sett i lys av lovverket. Det ble som en del av utredningen gjennomført en undersøkelse for å se på hvor mange innleggelser som kunne være aktuelle for et kommunalt ØHD-tilbud med høy legedekning. Denne viste at et robust tilbud med god tilgang til lege ville gjøre det mulig å håndtere flere pasienter og at det ville være mer kostnadseffektivt enn om hver kommune skulle ha små ØHD-tilbud.

*”Da fikk vi på en måte mer resurser inn i hver krone da”, informant om valg av organisasjonsmodell.*

Arbeidsgruppen som står bak utredningen har lagt til grunn for sin anbefaling at tilbudet skal ha høyt kompetansenivå, sengetall og belegg. Videre legges det i utredningen til grunn at ØHD-tilbudet *”...bør ivaretas gjennom samdrift med den kommunale legevakten for Nedre Romerike...”*(Nedre Romerike og Rømskog 2012:24). Det må bemerkes at Nedre Romerike legevakt er den eneste legevakten i regionen som er bemannet med lege døgnet rundt, og at legebemanning 24/7 også ble lagt til grunn for utredningen av tjenestealternativer.

Øyeblikkelig hjelp i form av legevakt dekkes i dag som før opprettelsen av KAD Nedre Romerike gjennom en interkommunal legevakt for Nedre Romerike lokalisert på Lillestrøm for kommunene Lørenskog, Skedsmo og Rælingen døgkontinuerlig. Sørum og Nitte-dal har egne legevakter, mens Fet tidligere hadde eget tilbud på dagtid og benyttet seg av Nedre Romerike legevakt på kvelds- og nattetid gikk kommunen i 2013 over til heldøgnsavtale med Nedre Romerike legevakt.

På bakgrunn av sitt mandat og det som er lagt til grunn for vurderingen av ulike organisasjonsformer for ØHD-tilbudet anbefalte prosjektgruppen at tilbudet knyttes til Nedre Romerike legevakt og foreslår tre ulike organisasjonsmodeller. Den første er den interkommunale samarbeidsmodellen som er i bruk i dag, med Skedsmo som vertskommune. De to andre modellene er basert på opprettelsen av et interkommunalt selskap, enten som del av Nedre Romerike legevakt og samlokalisert med denne, eller som del av de fire legevaktord-

ningene som finnes i regionen. Sistnevnte innebærer ikke samlokalisering av legevakt og ØHD-tilbud (Nedre Romerike og Rømskog 2012:27).

Utredningen, ble som nevnt tidligere, lagt til grunn for den politiske behandlingen i kommunene. Av de kommunene som valgte å gå med i det interkommunale samarbeidet om KAD begrunner samtlige det i at samarbeidet vil gjøre det mulig å tilby et robust tilbud med høyere kompetanse til lavere kostnad sammenlignet med et eget tilbud. Andre årsaker som kommer frem av kommunenes saksdokumenter er blant annet det faktum at den interkommunale løsningen allerede var godt utredet gjennom Samhandlingsprosjektet, som på tidspunktet var godt i gang, var en faktor som påvirket vedtaket i den retning. Dette grunnet tid og kostnader tilknyttet det å utrede og bygge opp et eget tilbud. Kompetanse ved avdelingen, som igjen er knyttet til forsvarlighet har også vært et argument som har gått igjen til fordel for samarbeidsmodellen. Dette går ut på at ved en liten avdeling, for eksempel bygget opp i forbindelse med sykehjem, med bare noen få senger som i tillegg kanskje har lavt belegg vil det være vanskelig å bygge opp nødvendig kompetanse hos personalet.

### 4.3 Nedre Romerike KAD

Som nevnt valgte kommunene å gå for interkommunalt samarbeid som organisasjonsform. KADen er i dag samlokalisert med Nedre Romerike legevakt i helsebygget på Lillestrøm og åpnet i juni 2014. Avdelingen har 16 senger, døgkontinuerlig tilgang til lege, og sykepleier i avdelingen hele døgnet. Lokalisering og organisering av tilbudet må vurderes frem mot 2020 i og med at leiekontrakten KAD og legevakten har med de private aktørene som leier ut bygget utløper i 2020. Dette kommer hovedsakelig av at legevakten, som holdt til i Romerike helsebygg i forkant av opprettelsen av KAD, har en leiekontrakt som løper til 2020 og at vertskommunen vil vurdere om en skal flytte den kommunale driften som i dag er i bygget eller ikke.

Men lokalpolitiske forhold, interesser og bekymringer spiller også inn som flere informanter forklarer;

*”De har vedtak i alle kommunene på at vi skal drifte sammen i seks år, etter de seks årene kan det hende at man går hver sin vei. Det kommer av at det var noen kommuner som var veldig i tvil om de ville bli med på samarbeidet, veldig i forhold til det at de føler at de er en bitteliten kommune og Skedsmo en kjempestor kommune, at de var redd for at Skedsmo skulle få deres penger og så fikk ikke de utnyttet plassene til det fulle. Det er jo veldig mye politisk i forhold til ”skal vi ha ting i egen kommune eller skal vi kjøpe det hos naboen?”, det er veldig sårbare politiske prosesser...”*

*”Jeg tenker at, sånn personlig, så spøker det litt for Sørum kommune som har egen legevakt ... og da kommer det litt an på hva politikerne finner ut er hensiktsmessig, å eie egen legevakt eller om vi da skal sentralisere den. Og da har det jo vært snakk om at det er mest naturlig at vi legger den til helsehuset i Lillestrøm.”*

Videre var det også usikkerhetsmomenter rundt regjeringsskiftet vedrørende Samhandlingsreformen som bidrog til at kommunene ikke ville binde seg utover de seks årene som gitt leiekontrakten var naturlig.

Samarbeidsmodellen der Skedsmo er vertskommune innebærer at denne har økonomisk- og arbeidsgiveransvar. Alle ansatte ved KAD er ansatt i Skedsmo kommune og budsjettet for avdelingen legges også i vertskommunen. Skedsmo kommune har samarbeidsavtaler med alle kommunene i det interkommunale samarbeidet som regulerer økonomiske ressurser i og med at hver enkelt kommune har søkt Helsedirektoratet om oppstartsmidler og i forhold til den direkteoverføringen av midler som kommer fra sykehuset. Hvis det skulle oppstå en situasjon der KAD går med overskudd eller underskudd er håndteringen av dette regulert i samarbeidsavtalene. Slik det interkommunale samarbeidet om KAD er organisert kan en grovt dele inn i to nivåer. Et tjenestenivå og et styringsnivå. Tjenestenivået; selve KAD –avdelingen og de administrative oppgavene tilknyttet dette finnes i vertskommunen Skedsmo. Styringsnivået utgjøres av Helse- og sosialsektoren i vertskommunen som rapporterer direkte til kommuneoverlegen. Samarbeidskommunene er involvert i driften på styringsnivå kun gjennom rapportering om drift, utvikling og budsjett til kommunenes rådmenn. I praksis så er det driftsmessige samarbeidet basert på kjøp av tjenester av vertskommunen. Det politisk-administrative nivået i kommunene har imidlertid i mye større grad vært involvert i planleggingen, som det er redegjort for i avsnitt 4.2.

KAD avdelingene er et nytt ledd i en helsekjede som innebærer en forflytning av en pasientgruppe som tidligere ble innlagt i sykehus. Dette innebærer nye rutiner for alle de instanser som tidligere håndterte KADs pasientgruppe. Jeg vil her først greie ut om nettopp pasientgruppen og pasientforløpet for så å se nærmere på hvordan samhandling mellom avdelingen, kommunen og sykehuset fungerer.

### **4.3.1 Bruk av tjenesten**

KAD er og skal være et tilbud for pasienter som har behov for behandling som faller inn under et allmennt medisinsk fagfelt. På bakgrunn av dette og det veiledningsmaterieell som er utgitt av helsedirektoratet sammen med anbefalinger fra Samhandlingsprosjektets utredning

er det utarbeidet et sett inklusjons og eksklusjonskriterier. Disse inkluderer problematikk innenfor smerte, hud, nyrer og urinveier, gastro, og luftveier. Utover det tidligere nevnte allmennt medisinske nedslagsfeltet stilles det også krav til at pasienten skal ha en avklart diagnose. Informanter ved sykehuset og ved KAD uttrykker at fra sykehusets side oppleves disse som snevre som illustrert i sitatet nedenfor.

*”Vi mener jo at de ikke passer helt, at de er litt for snevre, hvis du ser på intensjonen bak med den avklarte pasient og enkel behandling og sånne ting, så er det mye som kunne passet inn i den sekken som ikke er tatt med i inklusjon, men så står det alltid at det er ikke utfyllende kriterier og man kan alltid diskutere problemstillinger, men i praksis så føles det som om hvis man da på en måte ikke står der så kan man lettere si nei, fra KAD sin side”* Informant ved Ahus.

Dette gjenspeiles der informanter ved KAD sier at de fra sykehusets side forsøker å legge inn pasientgrupper som ikke passer inn etter inklusjons-og eksklusjonskriteriene. Ved sykehuset opplyser de også om at de ønsker å ha så vide kriterier som mulig og at de er så like som mulig for de ulike KAD-avdelingene. Informanter ved sykehuset begrunner dette i at ettersom flere KAD-avdelinger åpner må kriteriene være mulige å håndtere for legene på sykehuset.

Nedre Romerike KADs årsmelding for 2014 viser at det er luftveisproblematikk, muskel- skjelett, og urinveier som utgjør størsteparten av innleggelsene. Dette bekreftes bredt av informanter, både på KAD og i kommunen, som nevner særlig KOLS, smertelindring i forbindelse med ryggproblemer og antibiotikabehandling av urinveisinfeksjon som de vanligste innleggelsesgrunnene. Den første gruppen er også den som i størst grad er gjengangere på KAD. Det må imidlertid bemerkes at pasientbelegget i 2014 kun var på 188 pasienter.

Når det kommer til kommunenes bruk av KAD, med andre ord hvilken kommune pasienten bor i, så viser årsmeldingen at Skedsmo kommunene som står for 51% av innleggelsene er den klart største bruker av tilbudet. Deretter følger Lørenskog og Nittedal med henholdsvis 20 og 11%. Denne store skjevfordelingen kan i stor grad forklares ut i fra kommunenes innbyggertall. Skedsmo er desidert størst med i overkant av 50 000 innbyggere mens Rælingen og Nittedal kan skilte med drøy 34 og 21 000. De øvrige kommunene har alle mindre enn 20 000 innbyggere hver. En informant påpeker derimot at ”det har noe med nærhet til et helsetilbud å gjøre også”.

Som nevnt tidligere er det en rekke instanser som kan legge pasienter inn på KAD etter å ha konferert med KAD-lege. Det er fastlege, legevakter, akuttmottak og Ahus' akutte døgnpost akutt24. Av disse viser KADs årsmelding at det er legevaktene, skadelegevakten inkludert, som er vanligste innleggende instans da de står for 54% av innleggelsene. Etter



følger akuttmottaket som står for 22% av innleggelsene og fastlegene som står for 15%. Dette er en relativt naturlig fordeling KADs funksjon tatt i betraktning da dette skal være et akutt tilbud. Informanter viser til at den lave andelen innleggelser fra fastlege nok kommer av at fastleger generelt håndterer lite øyeblikkelig hjelp tilfeller og at tilbudet er lite kjent blant fastlegene.

Etter KAD opphold reiser størsteparten, 70%, av pasientene hjem, uten tjenester eller med de tjenester de hadde før oppholdet eller med endrede eller utvidede tjenester. 23% av pasientene ble overført til sykehus og 8% til institusjon.

### **4.3.2 Pasientforløpet**

Som nevnt tidligere er KAD et nytt ledd i et pasientforløp. En behandlingkjede som for pasientgruppen er endret i at disse nå ligger på KAD istedenfor på sykehus. I og med at KAD er et kommunalt tilbud omfattes det ikke av betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter, men liggetiden er begrenset til 72 timer noe som stiller krav til samhandlingen med øvrige kommunale tjenester og sykehus. Jeg vil her beskrive pasientforløpet ved Nedre Romerike KAD med fokus på samhandling mellom de ulike aktørene som er involvert.

Innleggelse foregår gjennom konferering per telefon med lege ved KAD. Det stilles som nevnt krav om avklart diagnose for at pasienten i det hele tatt skal kunne legges inn. Ved innleggelse sendes det med henvisningskriv, eller epikrise, elektronisk eller det sendes med pasienten. Disse inneholder informasjon om diagnose, hvilke undersøkelser som er gjort og så videre. Informanter ved KAD mener innleggelsesprosedyrene fungerer godt, at de i de aller fleste tilfeller får den informasjonen de behøver for å kunne yte nødvendig hjelp. Videre bemerkes det at kombinasjonen av formelt innleggesskriv og konferering per telefon fungerer godt i og med at man gjennom denne kan utveksle ytterligere informasjon. I motsetning til andre KAD-avdelinger rundt om i landet krever Nedre Romerike KAD av innleggende lege at denne sender med fullt behandlingsopplegg for pasienten. Dette kommer av at avdelingen har kontinuerlig tilgang til lege i motsetning til mindre KAD-avdelinger.

Informanter ved KAD opplyser om at de generelt sett synes innleggesrutinene fungerer. Både ved KAD og ved sykehuset trekker informanter frem tidsaspektet i at det tar tid å endre vaner og å gjøre tilbudet kjent og bygge tillitt. Som sitatene under illustrerer virker det som om KAD og sykehuset ikke er helt på bølgelengde når det kommer til hvem, altså hvilke pasienter som hører hjemme på KAD-avdelingen. Som nevnt er dette forankret i inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

*”...når det er veldig press på sykehuset så vil dem legge nesten alt inn, men det går jo ikke for det er enkelte pasientgrupper som vi ikke skal ha inn, og som vi ikke bør ha heller...”* Informant ved Nedre Romerike KAD.

Når pasienten er ankommet KAD sendes det elektronisk PLO-melding til kommunen. Denne kommer både til bestillerkontoret i kommunen og hjemmesykepleie eller sykehjem om pasienten mottar denne typen omsorgstjenester fra før av. En informant i hjemmesykepleien kommenterer at det har vært noe usikkerhet rundt PLO-meldingene da utfører og bestillerledet i kommunen er i samme system og om noen i hjemmesykepleien eller institusjon skulle lese en ny eller oppdatert melding vil denne ikke lenger vises som ulest hos bestillerkontoret. Informanten bemerker imidlertid at dette nok kommer av at ikke alle rutiner er på plass og avklart ennå. PLO-meldingene KAD sender kommunen er grunnlag for den avgjørelsen bestillerkontoret tar vedrørende pasientens tjenestebehov. Meldingen inneholder informasjon om innleggelsesårsak, behandling og funksjonsnivå. Det er beskrivelsen av pasientens funksjonsnivå, som gjøres av sykepleier ved KAD, bestillerkontoret legger til grunn. Bestillerutfører modellen gjør tildelingen av omsorgstjenester uavhengig av utførerne og KAD kan på ingen måte anbefale eller ønske for eksempel institusjonsplass til pasienten. En informant ved KAD bemerker imidlertid at ” ... det har veldig mye å si hvordan vi formulerer den meldingen.”, og at bestillerkontoret ”kommer ofte hit på vurderingsbesøk om de er usikre”. For bestiller leddet er det viktig å belyse saken fra flere sider for å kunne gjøre en god vurdering av pasientens tjenestebehov. De har ofte kjennskap til pasientens situasjon fra tidligere av. En informant vektlegger særskilt deres behov for en sykepleierfaglig vurdering av pasientens funksjonsnivå og bemerker at det hender at journalene tidvis preges av informasjon familien har gitt. Ett bestillerkontor trekker frem at kommunikasjon per telefon fremdeles er viktig;

*”...en får de adjektivene en ikke får i en pasientjournal.”*

Kommunikasjonen mellom KAD og kommunens øvrige instanser er ikke utelukkende enveis. KAD får svar på PLO-meldingene de sender, at meldingen er mottatt eller angående vedtak og lignende. Det er heller ikke uvanlig at hjemmesykepleien eller de ansvarlige for hjelpemidler i hjemmet kommer på besøk for å få ting på plass før hjemreise. Informantene er jevnt over enige om at samhandlingen fungerer godt til tross for problemer og uklarheter knyttet til oppstart av avdelingen og nye systemer for elektroniske meldingsutveksling. For eksempel har KAD hatt problemer med å motta blodprøvesvar fra sykehuset da de bruker forskjellige

systemer og personalet, særlig i helgene og om natten, må trykke på en knapp ekstra for at KAD skal få svarene. Det samme har hendt hos et bestillerkontor der det ikke ble mottatt PLO-melding som ikke ble purret på før pasienten skulle utskrives og hadde behov for rehabiliteringsplass. Informantene tillegger dette mangelfull kunnskap om systemet og rutinesvikt. I tillegg til løpende dialog med overordnet på akuttmottaket om kapasitet, har KAD hatt en avtale med akuttmottaket om at disse snur pasienter som egentlig skulle vært henvist til KAD i døren.

Ved utskrivning fra KAD sendes det epikrise og/eller sykepleierrapport elektronisk, eller med pasienten om denne reiser hjem uten tjenester, slik at den instansen pasienten overføres til har nødvendig informasjon. Dette sendes også til pasientens fastlege. Hjemmesykepleien opplyser at de stort sett får den informasjonen de anser som nødvendig og om det skulle mangle noe løses dette stort sett over telefon.

### **4.3.3 Tidsfrister og overliggerdøgn**

Nedre Romerike KAD har som øvrige tilbud rundt om i landet en predefinert liggetidsnorm på tre døgn. Avdelingen hadde i 2014 en gjennomsnittlig liggetid på 3.2 døgn. Tatt i betraktning de 188 innleggelsene dette gjennomsnittet er basert på og at det ikke er uvanlig at pasientene ikke ligger ut de 3 døgnene må en konkludere med at overliggerdøgn forekommer. Dette bekreftes også av informanter ved avdelingen. Dette tillegges hovedsakelig kommunenes kapasitet på institusjons- og rehabiliteringsplasser. Det må bemerkes at én pasient lå opp mot en måned på avdelingen på grunn av ekstraordinære tilstander i hjemkommunen og at dette nok bidrar i noen grad til å trekke opp gjennomsnittet.

Den korte liggetiden kan være en utfordring i forhold til fullføring av behandling, prioritering og vurdering av eventuelle korttidsopphold og så videre. Dette kan ses i sammenheng med de definisjonsmessige vurderinger og til tider konflikter vedrørende når en pasient kan defineres som utskrivningsklar som har kommet på banen med betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter som gjelder for sykehusene overfor kommunene. For KAD sin del virker det som om hensynet til pasienten i denne typen vurderinger i noen tilfeller i større grad vektlegges som sitatet nedenfor illustrerer.

*”... det er jo viktig i det her at pasientene ikke blir sånne kasteballer i systemet, tross alt så er det pasienten som skal ha behandling, hvis pasienten trenger et par dager så er det bedre å la dem ligge et par dager enn å sende dem på sykehuset”* Informant ved Nedre Romerike KAD.

Kommunene, bestillerkontorene spesielt da disse har ansvar for tildeling av omsorgstjenester gir også uttrykk for den samme pasientorienterte holdningen når det gjelder utskrivning og flytting av pasienter. En kommune opplyser at de heller lar pasienten ligge et døgn etter at den er utskrivningsklar enn å flytte pasienten midlertidig. Det samme gjenspeiles der en annen har opprettet en forsterket sykehjemsavdeling for å håndtere tidspresset betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter har medført og den trenden de observerer i at pasientene som overføres til kommunehelsetjenesten, særlig fra sykehuset, er dårligere enn tidligere.

Hvor vanlig overliggerdøgn er har jeg ikke data på og det må bemerkes at KAD så langt ikke har hatt full avdeling slik at eventuelle overliggere ikke har vært en utfordring plassmessig. Når spurt om hvordan en vil håndtere dette i en situasjon der plass er et tema sier en informant ved KAD at da får en gjøre slik en gjør ved sykehuset at en får sende de friskeste hjem og løse det når de utfordringene kommer. Sitatet ovenfor indikerer at det finnes en kulturell tilbøyelighet ved avdelingen som setter pasienten over de mer formelle retningslinjene.

Som nevnt tidligere skal KAD varsle hjemkommunen i det de får inn en pasient. En kommune har hatt svært dårlige erfaringer med nettopp dette, og opplever at det ikke blir varslet. En informant i en annen kommune bemerker også at det hender KAD og Ahus ikke varsler ved innleggelse og tillegger dette hendelige glipp i rutinene. Om dette kommer av vansker med elektroniske systemer eller rett og slett er hendelige uhell er uvisst. KAD opplyser også om at de ofte etterlyser svar på PLO meldinger per telefon. Sitatet under illustrerer det jeg tidligere har nevnt forbigående i forhold til utskrivningen som ikke er insentivert på samme måte som utskrivning fra sykehus, men også en holdning overfor god praksis i etterlevelse av fastsatte prosedyrer. En konsekvens av dette kan være at noen pasienter blir liggende lenger på avdelingen enn planlagt.

*De få pasientene som KADen har hatt og som da har et økt bistandsbehov når de er ferdige på KAD, for eksempel en institusjonsplass, så er KADen ikke veldig gode på å varsle kommunen om at vi har en pasient, han har et behov, altså de er dårlige til å forhåndsvarsle, de varsler når pasienten skal ut, altså samme dag. Da har ikke vi alltid institusjonsplassene ståendes på vent, vi håndterer jo dette her og planlegger, da kan vi som X kommune lene oss litt tilbake og si det at vi har ikke plass akkurat nå fordi at dem har ikke initiert noe behov sånn at vi kan legge forholdene til rette. Da kan vi lene oss littegrann tilbake og si at vet du hva, her må vi få litt tid til å legge forholdene til rette.*

# 5 Diskusjon og analyse

## 5.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg analysere og drøfte de data som er samlet inn i den hensikt å svare på de to problemstillingene presentert innledningsvis og gjengitt nedenfor:

- 1) *Hvordan og hvorfor har Nedre Romerike KAD fått den form og funksjon det har i dag?*
- 2) *Hvordan fungerer samhandlingen, mellom KAD og kommune- og spesialisthelsetjenesten, rundt pasientgruppen som tilfaller tilbudet, og hvordan kan dette forklares ut i fra de strukturelle og kulturelle forutsetninger som finnes for samhandlingen dem i mellom ?*

Målet er å kunne forklare hva som påvirker de ”uavhengige variablene”; resultatet som følge av prosessen frem mot dette, og erfaring med samhandling.

Jeg vil gjøre dette med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 2. Det følgende kapitlet vil slik være todelt, der jeg i del 1 vil svare på den første problemstilling og analysere prosessen frem mot opprettelsen av KAD Nedre Romerike og tilbudets form og funksjon. Dette først i et instrumentelt perspektiv og deretter i et kulturelt perspektiv. Del 2 vil naturlig nok søke å belyse og forklare ulike trekk ved samhandlingen mellom KAD, kommune og sykehus som resultat av tilbudets utforming, som igjen er resultat av opprettelsesprosessen. På den måten kan en si at jeg ønsker å forklare hvordan og hvorfor effektene forplanter seg i en kjede fra utrednings- og planleggingsfasen til driftsfasen.

Jeg vil først rette oppmerksomheten mot de strukturelle forhold som fantes i forkant av KAD og under opprettelsesprosessen av tilbudet, for å forklare hvordan eksterne faktorer og organisatoriske trekk ved prosessen har påvirket denne og dermed utfallet. Med utgangspunkt i et instrumentelt perspektiv vil jeg argumentere for at valget av organisasjonsform, interkommunalt samarbeid, kan forklares med bakgrunn i tidligere strukturer, mål-middel rasjonalitet, og politisk ledelse, på statlig nivå, ønske om kommunalt samarbeid om tjenesteyting. Deretter vil jeg med utgangspunkt i et kulturelt perspektiv argumentere for at regionens historie som samarbeidspartnere og at erfaringer fra legevaktsamarbeidet sammen med en kultur for samarbeid som Samhandlingsreformen for alvor har introdusert til kommunesektoren har bidratt til å gjøre interkommunalt samarbeid til *den passende løsningen*.

## **5.2 Prosess, form og funksjon mot et nytt helsetilbud**

Proessen frem mot Nedre Romerike KAD, slik det er i dag, i driftsfasen har i stor grad vært påvirket av det handlingsrommet kommunene har hatt i utformingen av tilbudet. Det regionale initiativet Samhandlingsprosjektet har ytterligere, men mer indirekte påvirket prosessen for den enkelte kommune, både på det administrative og det politiske nivået. Utrednings- og planleggingsprosessen har hatt påvirkning for formen, interkommunal fremfor kommunal løsning. Den grunnleggende funksjonen derimot har i liten grad vært påvirket av den regionale og kommunale prosessen da dette er gitt av de lovendringer som kom i forbindelse med reformen og de krav som er knyttet til oppstartsmidlene som utbetales fra Helsedirektoratet.

### **5.2.1 Strukturelle og rasjonelle forutsetninger for et interkommunalt samarbeid**

Nedre Romerike KAD, som beskrevet i kapittel 4 kan til en viss grad karakteriseres som et nettverk for kommunenes del når det kommer til den administrative delen. Det faktum at Nedre Romerike Legevakt er organisert på samme måte kan sies å ha vært avgjørende for at den samme modellen ble valgt for KAD. Sånn sett tyder dette på at legevaktsamarbeidet har vært en viktig strukturell forutsetning for KAD. Dette er også i tråd med det NIBR har funnet i sin undersøkelse av en rekke interkommunale samarbeid på ØHD feltet (Tjerbo og Zeiner 2014:13). Med et formålsrasjonelt utgangspunkt kan en argumentere for at å kopiere, eller simpelthen å legge et nytt tilbud til et eksisterende med tilsvarende struktur er en rasjonell løsning. Dette med hensyn til erfaring og den kostnadseffektivitet det er mulig å utnytte seg av i og med at det er deler av aktiviteten som dermed i mindre grad må utredes og opprettes enn om en skulle ha startet på bar bakke her også. Her er det legedekning og lokalisering jeg referer til. Legitimitet og tillit er også en faktor her som jeg vil komme tilbake til senere når jeg tar i bruk et kulturelt perspektiv i analysen.

Et annet viktig aspekt som har bidratt til gjennomslaget for en interkommunal løsning er det eksplisitte ønsket om og oppmuntring til, fra høyeste politiske hold, kommunalt samarbeid om tjenesteyting. Samhandlingsprosjektet ble som nevnt i kapittel 4 igangsatt nettopp for å utrede mulighetene for dette. Legger man en instrumentell mål-middel tankegang til grunn kan en si at Helse- og omsorgsdepartementet har lyktes i å fremme et slikt mål gjennom de strukturer som finnes for informasjonsspredning og påvirkning.

For de enkelte kommunenes del virker det som om prosessen med Samhandlingsprosjektet og den utredningen av KAD alternativer som ble gjort som en del av dette i svært stor

grad har bidratt til at det ble en interkommunal løsning. For det første fordi det i stor grad har bidratt til å styre prosessen, eller med andre ord å begrense muligheten til rasjonell beslutningstagning i sin rette forstand. Dette fordi det ble lagt mye tid og ressurser over lengre tid ned i å utrede en interkommunal løsning. Innsamlede data fra kommunene viser at det i de kommunene som har gått med i samarbeidet ikke har vært gjennomført noen utredning av et alternativt eget tilbud. Gjennom grundige utredninger rundt forsvarlighet, organisasjonsform og kostnadseffektivitet har den interkommunale løsningen kommet frem som absolutt beste og eneste alternative løsning. Ser en på argumentasjonen fra prosjektet er det først og fremst kostnadseffektivitet Det er flere mekanismer i dette jeg vil se videre på. Prosjektets mandat legger en rekke føringer, først og fremst da deres oppgave utelukkende var å vurdere interkommunale løsninger. For det andre ble det tidlig i utredningen av et fremtidig KAD tilbud fastlagt en rekke forutsetninger vedrørende medisinsk forsvarlighet og tilbudets omfang. Konsekvensene av disse valgene som ble gjort tidlig i prosessen er at mindre tilbud, eller tilbud ikke samlokalisert med legevakt aldri ble viet særlig oppmerksomhet. Gjennom Samhandlingsprosjektet har en snevret inn valgmulighetene for kommunene over lengre tid, både praktisk gjennom ressursbruk og ved å forme utrednings- og beslutningsprosessen i den grad at denne har påvirket hva som vurderes som passende og aktuelle alternativer.

### **5.2.2 Nettverk som pådriver for interkommunale løsninger**

Nettverksstrukturer og kollegiale organisasjonsformer har preget prosessen frem mot den endelige opprettelsen av tilbudet. Slike nettverksstrukturer forventes å virke positivt for samarbeid på tvers av organisatoriske skillelinjer og likhetene mellom de to interkommunale samarbeidene tyder på at aktørene har hentet erfaringer fra legevaktsamarbeidet. Samhandlingsprosjektet bygger på nettverksstrukturer som knytter de ulike kommunene sammen på flere nivåer av kommuneadministrasjonen. Dette gjenspeiles til en viss grad i KAD samarbeidets struktur, og en kan dermed si at dette har vært instrumentelt i å få frem et interkommunalt samarbeid om det nye tilbudet. Samhandlingsprosjektet slik det har vært organisert som et nettverk, som egentlig har hatt en svært komplisert struktur, har hatt flere formelle, og uformelle, funksjoner og mål. Selv om delprosjektet, og aktiviteten knyttet til ØHD, senere KAD, utredningen er å anse som det viktigste for denne studiens formål har prosjektet i seg selv hatt stor innvirkning på selve KAD prosessen. Prosjektets formelle mål har vært å utrede mulighetene for interkommunale løsninger innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren. Dette i anledning Samhandlingsreformen inntog i den kommunale helse- og omsorgssek-

toren, som jeg vil gå nærmere inn på i neste avsnitt. Derimot er det rimelig å anta at en mer underliggende, uformell målsetning, har vært å bane vei for mer felles tjenesteyting ved å bygge nettverk mellom kommunale ledere og skape forståelse og aksept for mulighetene ved dette. Jeg vil komme tilbake til dette senere i avsnitt 5.5.3. Relevant i et instrumentelt perspektiv som brukes her derimot det store antallet *samarbeidsutvalg* og andre kollegiale organ som i forbindelse med prosjektet og i etterkant ble opprettet for å drive og videreutvikle samarbeidet. Samhandlingsprosjektet bestod av og har tilført de kommunale strukturene en rekke kollegiale strukturer som er sekundære for de som utgjør dem og slik gjør det mulig å utføre denne typen oppgaver som krever større grad av samordning. Effekten av dette, særlig med tanke på KAD er hovedsakelig den at man har etablert nettverk for de ulike administrative ledersjiktene i kommunene som de kan dra nytte av når de interkommunale samarbeidene er oppe og går. Grunnen til at jeg vil argumentere for at dette er tilfellet, er at det er usikkert hvor nødvendig det faktisk var for kommunene å løse KAD oppgaven som et samarbeid. Kommunene i samarbeidet hadde mulighet til å opprette egne tilbud både ut i fra de juridiske og økonomiske rammer som gjelder og med tanke på kompetanse og lokalisering. Når det så er valgt en løsning som krever en viss grad av samarbeid og samordning så behøver en nettverket, men ikke i så stor grad her fordi samarbeidet er avtalebasert til en slik grad at det omtrent ikke er behov for å samarbeide eller samordne aktivitet. Jeg vil her gjerne påpeke at det nevnte nettverket på KADs styringsnivå i praksis er formelt redusert til resultatrapportering fra KAD til samarbeidskommunene. Sånn sett er det politiske styringsnivået i kommunene lite tilstedeværende også i driften av tilbudet som i opprettelsen. Hvorvidt dette utfordrer kommunenes nåværende eller fremtidige posisjon som tjenesteyter er usikkert. Ser en på strukturene for KAD-samarbeidet er dette avtalebasert og skal revurderes etter seks års drift hvor det må inngås ny avtale. sånn sett kan en se på det som prøveordning slik det er i dag, om dette i praksis forandrer seg over tid ettersom tilbudet blir mer og mer veletablert, særlig med tanke på personell og samhandlingsrutiner. Transaksjonskostnadene ved å avvikle tilbudet, og opprette nye i hver enkelt kommune, er potensielt svært stor.

Proessen som har ledet frem til det etablerte KAD-tilbudet slik det står i dag er på mange måter ikke atypisk for hvordan nye tilbud kommer til i kommunen. Det er et samspill mellom de rammer som er fastlagt fra sentralt hold, reformen i dette tilfellet, og de strukturer som allerede finnes i kommunene.

### **5.2.3 Kulturelt passende bemerkninger om samarbeid**



Jeg vil videre se på de mer kulturelle og institusjonelle mekanismene som kan bidra til å forklare valget av organisasjonsmodell for det nye tilbudet. Først vil jeg argumentere for at kommunene på Nedre Romerike har bygget eller forsterket en organisasjonskultur for samarbeid i forkant av opprettelsen av KAD. Deretter at kommunene har matchet situasjonen, Samhandlingsreformen, med en identitet knyttet til etterlevelse av statlige krav og ivaretagelse av lokale interesser og klienter.

Organisasjonskultur bygger på normer og verdier, formelle og uformelle, som er førende for beslutningsadferd. Regionens kommuner har en historisk tilknytning til hverandre, både som region og nabokommuner og gjennom tidligere samarbeid som for eksempel legevaktsamarbeidet. I dette er det rimelig å anta at det har vokst frem en kultur, eller et sett identiteter som anvendes i situasjoner hvor samarbeid mellom kommunene er aktuelt. I Samhandlingsprosjektets organisasjonsstruktur finnes det to nivåer som kan ha fungert som arenaer for å bygge en felles kultur og gjensidig forståelse. Ett der rådmennene har vært samlet og ett der kommunaldirektører og andre mer spesialiserte ledere i kommunehelsetjenesten har kommet sammen.

Kommunenes organisasjonskultur bygger på ivaretagelse av lokale interesser. Lokale interesser, her de som er tilknyttet helsesektoren, ivaretagelse av klienter/innbyggere og de kommunale funksjoner som yter helsetjenester; sikring av arbeidsplasser, forsvarlighet, nærhet til klienter er aspekter ved disse som er knyttet til dette. Gitt dette og i lys av kommunesammenslåings- og interkommunalt samarbeid debatten/signalene som har vært åpenbar de siste årene og er særlig fremtredende i Samhandlingsreformen, kan en si at kommunene har utviklet eller benyttet seg av en identitet de kan matche med en situasjon som krever samarbeid på tvers av organisatoriske skillelinjer. Identiteten representerer en situasjonsspesifikk variant/del av organisasjonskulturen. I situasjonen som er relevant i dette tilfellet, kommunene møter press om samarbeid fra de som holder pengesekken samtidig som de pålegges nye og mer utfordrende oppgaver, er denne matchet med en identitet rettet inn mot å håndtere eksterne signaler og forpliktelser, og de kompromiss som er nødvendige i et samarbeid. Med andre ord aktiveres det en identitet som er mer utadrettet enn "standard". Dette kommer tydelig frem både i prosessen med Samhandlingsprosjektet og de årsaker kommunene legger til grunn for å gå med i samarbeidet og de mekanismer for revurdering og "bakveien" som er inkorporert i den endelige avtalen. Det en ser av de data som er innsamlet er at kommunene har vedtatt en ordning som kan bidra til å utfordre deres posisjon som lokal tjenestetilbyder, men det er bakt inn i denne en vei ut om ting ikke skulle fungere som ønsket eller eventuelle negative bi-effekter skulle melde seg.

Som nevnt tidligere har deltagelsen i Samhandlingsprosjektet ikke involvert politisk valgte representanter fra kommunene. I lys av dette, og det jeg i forrige avsnitt har sagt om ”kommunekultur” og hva det typisk tillegges, ser jeg det som relevant å drøfte effekten av demografiske trekk ved gruppene som har deltatt i den tidlige prosessen. Fordi det er rådmenn og kommunaldirektører som sammen med tillitsvalgte og andre praktikere som står for utredningen er det trolig at demografiske trekk ved disse har påvirket anbefalingen i stor grad og at lokale interesser har blitt tillagt mindre vekt. Deres faglige bakgrunn gjør det trolig at de anser alternativer med høyere kompetanse og effektiv ressursbruk som bedre enn eventuelt mindre tilbud lokalisert til den enkelte kommune som i større grad ivaretar kommunen som tjenestetilbyder og arbeidsgiver. En slik forklaring bekreftes til en viss grad av oppslutningen til samarbeidet og at de to kommunene som valgte å gå sammen om et eget tilbud trolig gjorde dette grunnet avstand til tilbudet. Med andre ord så har lokale interesser knyttet til enkeltkommunene i liten grad påvirket valg av organisatorisk modell.

I et utviklingsløp preget av stivhengighet, som antas i et institusjonelt perspektiv, representerer en slik interkommunal løsning et avvik fra stien på én måte, samtidig som det kan ses på som ett steg i en inkrementell endring. På den ene siden avviker det fra utviklingsløpet i at de normer og verdier kommunen er tuftet på legger opp til en utvikling som følger prinsipper om nærhet og lokal råderett, mens det interkommunale samarbeidet er basert på delegering av ansvar og oppgaver. På den andre siden kan det i lys av det interkommunale legevaktsamarbeidet og den organisatoriske modellen som er valgt også ses på som en endring som følger kommunens sti. En sti som gjennom en lang rekke inkrementelle steg har kommet dithen at denne typen løsninger anses som kulturelt passende i møtet med økende krav til kommunen sammen med fokus på kostnadseffektivitet.

#### **5.2.4 Nedre Romerike KAD; struktur og kultur**

Den endelige organisasjonen/institusjonen Nedre Romerike KAD har to nivåer, ett øvre som hviler på en svært formalisert nettverksstruktur og ett utførernivå med en indre struktur av arbeidsdeling og over- og underordning. ØHD-tilbudet for Nedre Romerike regionen er, som nevnt adskillig ganger tidligere, organisert som et interkommunalt samarbeid mellom syv kommuner. Samarbeidet dem i mellom er nøye regulert i en rekke samarbeidsavtaler og kommunene er formelt sett likeverdige samarbeidspartnere. I og med at dette i praksis er en delegering av oppgaver til vertskommunen samarbeider kommunene i mindre grad på styringsnivået til daglig. Med andre ord så er den horisontale samordningen mellom kommunene

i samarbeidet basert på juridisk bindende avtaler og i liten grad et aktivt samarbeid. Dette i og med at den løpende styringen av samarbeidet i det interkommunale samarbeidet fremdeles ligger hos rådmennene i de ulike kommunene. Tilbudets organisasjonsstruktur er spesialisert etter klientprinsippet. Den utførende delen har én avdeling som håndterer alle de pasienttyper som faller innenfor deres inklusjons- og eksklusjonskriterier. En slik organisering av arbeids hverdagen er delvis gitt av de retningslinjer som kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, og delvis av størrelsen. Tilbudet har 16 sengeplasser, noe som er rimelig stort sett i sammenheng med landsgjennomsnittet, og noen videre inndeling av avdelingen er verken mulig eller hensiktsmessig. Den medisinskfaglige spesialiseringen av avdelingen kan også sies å ha bidratt til at KAD ikke er videre spesialisert i flere enheter da KAD er og skal være allmennt medisinsk.

Som helhet kan en si at KAD er en enkel utførerorganisasjon. Det som er spesielt ved den og skiller den fra for eksempel en avdeling i et sykehjem eller en observasjonspost på sykehjem er for det første at den befinner seg i skjæringsflaten mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, og for det andre at den må forholde seg til en tidsramme som er ulik de som finnes andre steder i helsevesenet. En utfordring ved dette som jeg vil utdype ytterligere i avsnitt 5.3.1 er innskrivning av pasienter til tilbudet. *Halvannenlinjetjenesten* som en informant kalte det, er til tross for at det ikke er et helt nytt og ukjent fenomen i helsevesenet en utfordring for kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Med en kulturell innfallsvinkel til Nedre Romerike KAD vil en gitt perspektivet fokusere på organisasjonskulturelle markører som påvirker og er førende for beslutningsadferd. I den enkle KAD strukturen viser intervjuer med informanter at denne i stor grad er pasientorientert, avgrenset i hovedsak til den tiden pasientene tilbringer på avdelingen. Det må tas med i betraktningen at avdelingen er relativt nyopprettet og det er rimelig å anta mindre endringer fremover i tid og at kulturen kan representere et mindre rigid rammeverk for hva som anses som passende adferd en hva som er tilfelle for mange andre lignende organisasjoner. Når jeg sier at kulturen i hovedsak er pasientorientert innebærer dette at pasientens ve og vel veier tyngst når ulike handlingsalternativ veies opp mot hverandre. Et annet aspekt det er svært sannsynlig har vært med å påvirke kulturen ved KAD, særlig de trekk som ikke direkte berører pasienthåndteringen, er den usikkerheten eller tvetydigheten rundt hva tilbudet skal være. I ”oppdraget” som er gitt av myndighetene sentralt er det mye rom for fortolkning og lokal tilpasning, selv om oppgaven i og for seg er klar. Derfor kan en argumentere for at KAD muligens har en mindre sterk kultur og identitet knyttet til avdelingens mer overordnede rolle

som litt hjerterått sagt kan sies å være avlastere for spesialisthelsetjenesten. Det er flere ting som tyder på at dette er tilfelle. For det første viser flere informanter til usikkerheter og uklarheter vedrørende det nye tilbudets rolle, funksjon og utforming, dette gjenspeiles også til en viss grad i det at det er nedfelt et revurderingspunkt i samarbeidsavtalen for det interkommunale samarbeidet. Dette kan ha betydning i en situasjon som krever matching med en identitet knyttet til de grunnleggende verdiene organisasjonen ble stiftet på.

KADs koblinger med de to hovedaktørene de har, bestillerkontorene og sykehuset (Ahus), er i all hovedsak basert på en likeverdig relasjon dem i mellom. Samtidig er samhandlingen dem i mellom i stor grad styrt av rutiner som enten bygger på pre-eksisterende praksis fra andre lignende tilbud eller som er nøye utarbeidet og fastlagt gjennom opprettelsesprosessen. Sånn sett er samhandlingen i KAD, sykehus, bestillerkontor-triangelet svært formalisert og en kan si at denne slik er utformet med et ønske om å styre prosesser som ellers godt kunne ha vært lite standardiserte. Dette vil jeg utdype videre i de kommende avsnittene.

## **5.3 Samhandling**

Jeg vil her fokusere på samhandlingen mellom KAD, sykehus og bestillerkontorene. Først vil jeg beskrive denne i lys av instrumentelle og institusjonelle perspektiver og deretter søke å forklare om og i så fall hvordan samhandlingen påvirkes av de kulturelle og strukturelle forutsetningene som finnes i de tre ulike organisasjonene.

### **5.3.1 Instrumentelle beskrivelser av samhandling**

Først, samhandling mellom KAD og bestillerkontor om utskrivning av pasienter er organisert etter samme modell som mellom sykehus og bestillerkontor. Rutiner for varsling og informasjonsutveksling er sånn sett svært like. Sånn sett kan en på den ene siden si at en har lært av tidligere erfaringer fra en tilsvarende situasjon ett annet sted. På den andre siden kan dette ses på som en kostnadseffektiv løsning da kostnadene forbundet med å opprette ny praksis og rutiner for KAD spesielt, og kostnader eller upraktiskheter for bestillerkontorets del ved å måtte manøvrere to ulike sett rutiner for å utføre samme oppgave. Det er imidlertid en forskjell, overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten er insentivert, fra KAD er det ikke det. Totalt sett er samhandlingspraksis mellom de to aktørene svært formalisert og standardisert og det finnes rutiner og retningslinjer for varsling, informasjonsutveksling og så videre. Dette gir forutsigbarhet, én utskrivningspraksis for KAD å forholde seg til og det

samme for bestillerkontoret. Samtidig er bestiller-utfører modellen ment å sikre likebehandling av brukere. Noe som forklarer det relativt markante organisatoriske skillet mellom de to aktørene. Med andre ord er den horisontale samordningen av de to enhetene, som er basert på utførelsen av en enkelt oppgave, standardisert og formalisert etter velutprøvde preeksisterende ordninger. En kan i første instans anta én av to scenarier vedrørende samhandlingens funksjon i praksis. 1: det fungerer utmerket og resulterer i høy måloppnåelse fordi handling følger struktur og prosedyrer uten unntak. 2: det fungerer mindre godt og graden av måloppnåelse varierer svært på grunn av fraværet av insentiver og de korte tidsrammene som gjelder for opphold ved KAD. Funn fra informantintervjuer viser at samhandlingen mellom KAD og bestillerkontor stort sett fungerer godt og at rutiner og prosedyrer som hovedregel følges. Dette skyldes i all hovedsak at samhandlingen følger veletablerte strukturer og sånn sett utgjør en svært liten endring for bestillerkontorenes del.

Samhandlingsforholdet mellom KAD og sykehuset er noe mer komplisert og mangefasettert enn med bestillerkontoret. Hovedtyngden av samhandlingen mellom de to aktørene dreier seg om det jeg tidligere har omtalt som ”å snu pasienter i døren” på sykehusets akuttmottak. Utover dette samhandles det rundt blodprøver som analyseres på sykehuset og KAD legene konsulterer med spesialister på sykehuset og i tillegg noe kompetansebygging. Det førstnevnte er basert på en horisontal samordningsstruktur basert på konferering per telefon mellom lege på KAD og på sykehuset. Denne praksisen, som også er den samhandlingspraksisen som forekommer med størst frekvens, er også formalisert, men resultatet avhenger i større grad av vurderinger og avgjørelser tatt over et kortere tidsrom enn det som er tilfelle for vurderingen av tjenestebehov. Effekten av dette, som også kommer frem i informantintervjuene, er at det varierer hvorvidt aktørene opplever samhandlingen som god eller mindre god. Belegg og person virker å være de faktorene som i størst grad påvirker dette. Samtidig så kan en si at dette igjen, der KAD opplever at sykehuset ”pusher” pasienter på dem og sykehuset opplever at KAD ikke alltid er samarbeidsvillige når det kommer til pasienter som ikke er helt åpenbare kandidater, har sitt grunnlag i at de to aktørene ikke er helt enige om inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og hvordan disse skal/burde anvendes i praksis. Ser en på de nevnte kriteriene som styringsregler, er det altså uenighet rundt anvendelsen av disse og hvilken grad av smidighet en skal tillate.

### **5.3.2 Kulturelle beskrivelser av samhandling**

Samhandlingen om utskrivning av pasienter til andre tilbud i kommunehelsetjenesten foregår mellom to organisasjoner hvis opprinnelse er ulik, men som også har andre felles likhetstrekk som bidrar til at de to organisasjonenes kulturer på mange måter kan være kompatible. For det første så er KAD og bestillerkontorene opprettet med ulike mål for øyet. Dermed, i tråd med det institusjonelle perspektivets vekt på at organisasjonskulturer er bærere av en organisasjons grunnleggende verdier og at disse er førende for handling og endring, vil det være ulikheter mellom de to på punkter som er relatert til dette. Bestillerkontorene ble i sin tid opprettet for å sikre uavhengig behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester i kommune. Sånn sett er grunnpilarene for deres organisasjonskultur likebehandling, objektivitet og fag som grunnlag for enkeltvurderinger. Det er hovedsakelig sykepleiere som arbeider på bestillerkontorene og deres faglige bakgrunn er derfor også med på å påvirke kulturen og de beslutninger som tas. Funn fra intervjuer viser at bestillerkontorene setter pasientene og faglige vurderinger høyt når en beslutning vedrørende et vedtak skal tas.

Nedre Romerike KAD på sin side er ikke bare en ny avdeling, men også en ny type tilbud i helsevesenet. For organisasjonskulturens del har dette betydning på to områder. For det første så utvikles og befester organisasjonskultur seg over tid. Kanskje det mest betydningsfulle i dette tilfellet er at KAD-kulturen nok ikke er så sterkt førende for de ansattes beslutningsadferd på grunn av sosialiseringprosessen og tidsaspektet. Det tar tid, med andre ord. De aspekter ved Nedre Romerike KADs organisasjonskultur som kan antas å ha størst innvirkning på samhandlingen med bestillerkontoret er den ansvarliges faglige bakgrunn, her sykepleiere, og deres oppfatninger om deres rolle i forhold pasienten og bestillerkontoret. Dette gitt det faktum at samhandlingen med bestillerkontorene hovedsakelig involverer dem gjør at samhandlingen her vil avhenge av hvordan sykepleierne ved KAD balanserer avdelings- eller fagidentitet i hvert tilfelle. Videre er det deres oppgave å gi en faglig vurdering av pasientens funksjonsnivå, som er grunnlaget for den vurderingen som gjøres av bestillerkontoret, samtidig som det kommer frem i et intervju at utfallet kan påvirkes av hvordan de formulerer den meldingen på KAD.

Spesialist- og kommunehelsetjeneste har tradisjonelt vært tillagt betydelige kulturelle forskjeller. Dette er også tilfelle her, der sykehusenes organisasjonskultur kan sies å være mer preget av de ulike aktørenes spesialfelt, og diagnostisering og behandling i forskjell til kommunehelsetjenesten som ofte beskrives som klientorientert rundt lengre pleie- og omsorgsforhold. Sykehusets organisasjonskultur har betydning her i den grad den påvirker samhandlingen med KAD. På bakgrunn av det som har kommet frem i intervjuer med informanter virker det ikke som om det er noen markante trekk kulturelle trekk som påvirker samhand-

lingen her. Bortsett fra at endringsviljen virker å være lav, noe som slår ut i manglende tillit og bruk av det nye tilbudet.

### **5.3.3 Samhandling i praksis**

I praksis virker det som om det finnes noen få asymmetrier dem i mellom, særlig når det gjelder relasjonen til sykehuset, som særlig ved dette KAD tilbudet står for en stor del av henvisningene til tilbudet. I et instrumentelt perspektiv fostrer horisontale relasjoner samarbeid blant likestilte, og formelt er partene likestilte her. Derimot gir informanter på begge sider uttrykk for at maktbalansen er noe forskjøvet i sykehusets favør. Mer på grunn av spesialisthelsetjenestens historiske posisjon og i dette den rollen de antar overfor kommunehelsetjenesten. Som nevnt tidligere vises dette i mangel på tillit til tilbudet hos enkelte og følgende lav bruk. Empirisk derimot viser det seg at sykehuset står for en god del av innleggelsene, om det kunne vært flere kan en kun spekulere i.

KADs relasjon med bestillerkontorene er formelt bygget på overføringen av pasienter fra en instans til en annen. Når pasienten forlater KAD er den ikke lenger avdelingens ansvar, og i forkant av en slik overføring må det avklares hvorvidt denne behøver ytterligere omsorgstjenester fra kommunen, og i så fall hvilke. De strukturelle forutsetningene for et godt samarbeid hviler på aktørenes bruk av elektroniske systemer for meldingsutveksling. Rollene og oppgavene er klart definert i at bestillerkontorenes posisjon som beslutningstager er ubestridt blant begge parter formelt sett. Dette gjenspeiles i at informanter på begge sider understreker KADs oppgave som å forsyne bestillerkontoret med faglig fundert objektiv informasjon om pasientens funksjonsnivå, det skal med andre ord ikke gi noen anbefaling eller ønske om tjenester for pasienten i etterkant av oppholdet. Sånn sett kan en si at relasjonen dem i mellom i noen grad er preget av at bestillerkontoret har beslutningsmyndighet og maktforholdet dermed heller noe i dettes favør.

# 6 Oppsummering og konklusjon

## 6.1 Sentrale funn

Målet med prosjektet har vært å få frem ny kunnskap om samhandling i helse- og omsorgs-sektoren. Hvordan fungerer det i praksis og hvordan påvirker strukturelle og kulturelle trekk ved et helsetilbud samhandlingen med sentrale tilknyttede enheter? Dette er spørsmål som har vært sentrale i prosjektet. Sistnevnte særlig fordi hovedtesen tar utgangspunkt i at det er trekk ved de enkelte organisasjonene som har størst innvirkning på hvordan de samhandler med andre. Med bakgrunn i dette har jeg i kapittel 5 identifisert og diskutert de faktorer som studiene av aktørene, samhandlingen og prosessen som har vært med på å forme ØHD-tilbudet som tross alt er et nytt type tilbud i funksjon og lokalisering i helsekjeden. Samhandlingsreformen, som ofte omtales som en retningsreform, har på øyeblikkelig hjelp feltet endret fordelingen av tjenestetilbudet mot kommunene. Resultatet er at kommunene nå står for en større del av tjenesteytingen innenfor øyeblikkelig hjelp enn tidligere.

### 6.1.1 Veien mot et nytt helsetilbud; interkommunalt samarbeid og kompetansekrav

Den første problemstillingen søker å forklare hvordan og hvorfor Nedre Romerike KAD har fått den form og funksjon det har. Der vil jeg vil konkludere med at eksterne krefter og insitamentener i stor grad har bidratt til valget av interkommunal løsning. Noe som igjen drastisk har snevret inn den politiske prosessen i kommunene. Prosessen kan ses på som todelt der den første delen omfatter reformen og den interkommunale delen knyttet samarbeidet om utredningen av tilbudet. Den andre delen, selve beslutningsprosessen i kommunene har vært sterkt påvirket av den første men burde likevel betraktes som en separat delprosess fordi den for kommunenes del i praksis er en mer politisk beslutning tatt på bakgrunn av funn fra utredningen og sånn sett avskåret fra den forberedende prosessen.

Først og fremst har prosessen vært preget av eksterne strukturelle krav til det fremtidige tilbudets funksjon. Effekten av dette på den forberedende prosessen har vært at hensyn til effektivitet og kompetanse har vært tillagt stor vekt når det skulle anbefales en modell for tilbudet. En annen viktig strukturell kraft som har vært sentral for den endelige utformingen av tilbudet er legevaktsamarbeidet som ble opprettet noen år tidligere. I og med at KAD-samarbeidet er utarbeidet etter nøyaktig samme modell som legevaktsamarbeidet kan en si at



likheten styrker forklaringskraften til argumentet om erfaring og læring. Dette er også i tråd med det Tjerbo og Zeiner finner i sin gjennomgang av en rekke rapporter fra interkommunale samarbeid om tilsvarende tilbud rundt om i landet (2014). Når det kommer til beslutningsprosessen i den enkelte kommune, man må huske at Samhandlingsprosjektet, selv om jeg tillegger det mye vekt, kun var et utredningsprosjekt, har denne i svært stor grad vært påvirket av prosjektet. En kan konkludere med at de kulturelle og strukturelle kreftene som har kommet frem med og fått spillerom i prosjektet har vært avgjørende for at det ble etablert et interkommunalt tilbud. Dette har igjen vært avgjørende i neste ledd som dreier seg om det fysiske tilbudets form og funksjon. Samarbeidsmodellen dikterer størrelsen på tilbudet i form av sengeplasser og til en viss grad funksjon, i og med at et større tilbud gjør det mulig å ivareta et høyere kompetansenivå.

### **6.1.2 Samhandling i skjæringsflatene**

Når det kommer til samhandlingen mellom de ulike aktørene vil jeg konkludere med at denne som forventet fungerer godt mellom KAD og bestillerkontoret fordi det for det første bygger på en allerede eksisterende struktur, og for det andre foregår mellom to organisasjoner som i utgangspunktet kan anses som relativt like kulturelt sett. Mellom KAD og sykehuset viser det seg at det har vært noe vanskeligere å bygge tillit til tilbudet, uten at dette går ut over bruken i noen betydelig grad. Årsaker til dette kan være manglende endringsvilje/evne hos sykehusleiene, tatt i betraktning at tilførselen av KAD i helsekjeden medfører en større endring for sykehusets del enn for bestillerkontorene. Den strukturelle endringen det innebærer for sykehusets akuttmottak å nå måtte henviser aktuelle pasienter til KAD er større enn for andre aktører som også henviser til KAD. På akuttmottaket innebærer en henvisning til KAD på en måte å snu prosessen i og med at sykehuset som oftest har vært endestoppet for akutte tilfeller. Å henviser til KAD innebærer ikke bare å endre på allerede godt innøvde prosesser, men også å overføre pasienten til et lavere omsorgsnivå. Ekstraarbeid og usikkerhet kan slik også være med på å forklare noen av problemene med samhandlingen. Av dette kan en si at intensjonelle endringer i prosedyrer i større organisasjoner der det er betydelige kulturelle forskjeller sammenlignet med motparten er vanskeligere å gjennomføre enn der de samhandlende organisasjonene er likere kulturelt sett og endringen er mindre. Sykehusene har i denne studien vært betraktet utelukkende som inntakssiden til tilbudet, men er i virkeligheten bare en av flere aktører. En av de større vel å merke, men det er ikke usannsynlig at dette endrer seg ettersom tilbudet blir bedre kjent blant legevakter, AMK og fastleger. Når jeg la frem mine

teoretiske forventninger i kapittel 2 nevnte jeg at god samhandling forutsetter og bidrar til felles forståelse og kultur. I dette ligger det en underliggende forventning om å finne endringer i organisasjonskulturen som følge økt fokus på samhandling og økt aktivitet på området. Samhandlingsreformen forespeiler en slik kulturendring og oppslutning om det mer overordnede målet om et velsmurt helsevesenet. I denne studien har en slik kulturendring eller generell oppmerksomhet rundt en samlende tankegang vært å finne.

### **6.1.3 Veien videre og vide utsikter**

Funn fra dette prosjektet må karakteriseres som tidlige effekter på samhandling etter tilførselen av et nytt ledd i en helsekjede. Nedre Romerike KAD åpnet sommeren 2014 og selv om langt de fleste kommuner har kommet i gang er ikke tilbudet lovpålagt før 2016. Et tilbud som Nedre Romerikes vil trolig være noe annerledes og møte noen utfordringer ulikt enn mindre tilbud med større avstand til sykehus. I og med at Nedre Romerike ligger et steinkast fra sykehuset og avstandene fra de ulike kommunesentraene til KAD og sykehuset ikke er særlig store heller er det ikke usannsynlig at vurderinger av om å henvise en pasient til sykehuset eller KAD er noe annerledes enn på steder der avstandene er lenger. Med Samhandlingsreformens prinsipp om behandling nær hjemmet og i lokalsamfunn i mente, blir reisevei og legedekning og avstand til sykehus trolig vurdert annerledes når spørsmålet ”KAD ikke KAD” skal besvares. Når dette er sagt kan en forvente at ØHD-tilbudene har en litt annen rolle for pasientene i distriktene. En kan slippe en lengre reisevei og forblir i lokalsamfunnet med pårørende i nærheten og så videre. På Nedre Romerike kan verdien for pasientens del sies å være et opphold på en mindre og roligere avdeling, noe som kan være vel så verdifullt for ”svingdørspasientene” som utgjør en stor gruppe på KAD.

En kan forvente at utviklingen i denne typen tilbud i urbane strøk vil være mer preget av læring og utvikling av gode rutiner for pasienthåndtering mellom aktørene. Erfaringsbaserte endringer i inklusjons- og eksklusjonskriterier og innarbeidelse av rutiner med andre ord. I og med at tilbudet fra og med 2016 fullfinansieres med midler hentet fra sykehusenes budsjetter tilsvarende det antall liggedøgn som er estimert for hvert tilbud er det trolig at tilbudets legitimitet delvis er knyttet til at sykehusene opplever en nedgang i innleggelser fra pasientgruppen. En slik valuta for pengene” holdning er nok ikke usannsynlig å finne i tilfeller der oppgaver og midler flyttes.



# Litteraturliste

- Bryman, Alan. 2004. "The Nature of Qualitative Reserach." I *Social Research Methods*, 265-290. Oxford University Press.
- Bukve, Oddbjørn, og Gro Kvåle. 2014. *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Læg Reid, Paul G. Roness, og Kjell Arne Røvik. 2009. *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Deloitte. 2014. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Helsedirektoratet.
- Egeberg, Morten. 2003. "How Bureacratic Structure Matters: An Organizational Perspective." I *Handbook of Public Administration*, redigert av B.G.Peters J. Pierre, 77-88. London: Sage.
- Gerring, John. 2006. *Case study research: principles and practices*: Cambridge University Press.
- Helse og omsorgsdepartementet. 2008-2009. St.Meld 47: Samhandlingsreformen; Rett behandling, på rett sted, til rett tid.
- Helsedirektoratet. 2014. Kommunenenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold - veiledningsmateriell.
- Henriksen, Trond. 2014. "Ingen fortalte om nytt sykehus." *Romerikes blad*.
- Hind, Roar. 2012. Kommunenenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner. Helsedirektoratet.
- Holmesland, Marianne. 2009. *Kommunalt selvstyre i et interkommunalt samarbeid; hvordan påvirker det kommunale selvstyre deltakelse i Knutepunkt Sørlandet*, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Keohane, Robert O., Verba, Sidney & King, Gary. 1994. "The Science in Social Science." I *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*, 3-33. Princeton University Press.
- Lund, Thorleif, TA Kleven, K Christoffersen, og T Kvernback. 2002. *Innføring i forskningsmetodologi*, Oslo: Unipup.
- March, James G, og Johan P Olsen. 2004. *The logic of appropriateness*: Arena.
- Markestad, Kjersti. 2014a. Samhandlingsreformen; Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbud. I *Institutt for Statsvitenskap*: Universitetet i Oslo.
- Markestad, Kjersti. 2014b. Samhandlingsreformen; Myte, mote eller verktøy. Universitetet i Oslo.
- McDonald, Kathryn M, Vandana Sundaram, Dena M Bravata, Robyn Lewis, Nancy Lin, Sally A Kraft, Moira McKinnon, Helen Paguntalan, og Douglas K Owens. 2007. "Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 7: Care Coordination)."
- Melis, René JF, Marcel GM Olde Rikkert, Stuart G Parker, og Monique IJ van Eijken. 2004. "What is intermediate care?: An international consensus on what constitutes intermediate care is needed." *BMJ: British Medical Journal* nr. 329 (7462):360.
- Møller, Geir, og Solveig Flermoen. 2010. "Samhandling mellom kommuner og helseforetak: erfaringer fra Midt-Telemark."
- Nedre Romerike og Rømskog, Samhandlingsprosjektet. 2012. Delrapport Akuttmedisinske tjenestet og kommunens nye plikt øyeblikkelig hjelp døgn.
- Nedre Romerike og Rømskog, Samhandlingsprosjektet. 2013. Sammenstilling av hovedresultater og anbefalinger.

- Nome, Kirsti Færevaa, og Ole Næss. 2011. "Mot en helhetlig helsetjeneste. En casestudie av Stokka intermediæravdeling."
- NOU. 2005:3. Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste.
- Rittel, HorstW J., og MelvinM Webber. 1973. "Dilemmas in a general theory of planning." *Policy Sciences* nr. 4 (2):155-169.
- Simon, Herbert A. 1972. "Theories of bounded rationality." *Decision and organization* nr. 1 (1):161-176.
- Svardal, Mari. 2013. *Samhandlingsreforma: Tidlege effektar på samhandlinga mellom lokalsjukehus og bydelar i Oslo kommune*, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Tjerbo, Trond, og Hilde H. Zeiner. 2014. Interkommunale samarbeid på helseområdet. NIBR.
- Vrangbæk, Karsten, Hilmar Rommetvedt, Inger Marie Stigen, og Staale Opedal. 2014. *Hvordan har vi det i dag, da?:-flernivåstyring og samhandling i dansk og norsk helsepolitikk*: Fakkbokforlaget.



# Vedlegg

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### Bakgrunn og formål

Jeg er student ved masterprogrammet i statsvitenskap ved Universitetet i Oslo og er i gang med en masteroppgave om Samhandlingsreformen, nærmere bestemt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Prosjektet konsentrerer seg om samhandlingen mellom KAD, sykehus og kommuner i regionen. Dette med fokus på reformtiltaket og hvordan og i hvilken grad dette har bidratt til å endre samhandlingen mellom de ulike aktørene.

I den anledning ønsker jeg å intervju personer som har erfaring med, og til daglig er involvert i samhandling rundt pasientgruppen som faller inn under KADs tilbud.

Intervjuene vil anslås å ha en varighet på mellom 30 og 45 min, og jeg vil gjøre lydopptak og ta notater underveis. Spørsmålene vil omhandle samhandling ved arbeidsplassen, herunder rutiner, endringer og erfaringer med dette i lys av KADs og reformens rolle. Videre ønsker jeg å innhente informasjon om relasjonen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og den enkeltes erfaringer med reformen.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Innsamlede data vil anonymiseres i oppgaven slik at det ikke vil være mulig å identifisere den enkelte informant i det publiserte arbeidet. Ved prosjektets ferdigstilling vil alle personopplysninger anonymiseres og lydopptak slettes, senest 31.12.2015.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Kjersti Markestad

Tlf: 95833718

[kjersmar@student.ilos.uio.no](mailto:kjersmar@student.ilos.uio.no)

Tom Christensen (veileder)

Tlf: 22855163

[tom.christensen@stv.uio.no](mailto:tom.christensen@stv.uio.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### Samtykke til deltakelse i studien

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide

Intervjuguide for informanter ved KAD (K), sykehus (S) og bestillerkontor (B)

## Bakgrunnsopplysninger

1. Hva er din stilling?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver?
3. Hvor lenge har du vært i stilling/hatt arbeidsoppgavene?

## Samhandlingsrutiner ved egen arbeidsplass

Beskriv hvordan dere samhandler med KAD.

1. Hvilke?
2. Hvordan?
3. Med hvem?
4. Funksjon?
5. I hvilken grad henvises pasienter i pasientgruppen til KAD? (kun K)
6. Hvor sendes pasientene når de skrives ut fra KAD? (kun K)
7. Hvordan fungerer informasjonsutvekslingen rundt pasientene mellom dere og de enheter dere samhandler med?

## Samhandlingsrutiner hos andre

1. Hvordan er andres i forhold til deres?
2. Hvilke forhold/vurderingskriterier opplever du som de viktigste hos andre enheter?

## Reformen

1. I hvilken grad er Samhandlingsreformen tilstedeværende i din hverdag?
2. Hvilke tanker har du om reformens mål og midler?
3. Har denne, og i hvilken grad bidratt til endring i deres samhandlingsrutiner?
4. Hvordan håndterte man pasientgruppen tidligere ved deres arbeidsplass?

## Kommunehelsetjeneste – spesialisthelsetjeneste relasjon

1. Hvordan vil du beskrive din enhets relasjon til kommune/spesialisthelsetjeneste?
2. Hvordan var dette før reformen og opprettelsen av KAD Aker?
3. Har det, og i så fall hvilke, forekommet endringer som kan knyttes til opprettelsen av KAD og samhandlingsreformen?

## Konsekvenser for pasienter

1. Hvilke effekter har opprettelsen av KAD Aker hatt for pasientene som i dag legges inn der?
2. På lang sikt hvordan ser du for deg at effekten av dette er for pasientene?
3. Hvilke effekter har KAD Aker for pasientflyten?
4. Hender det at pasienter legges inn gjentatte ganger ved KAD?



