



En kvalitativ studie av samstyring i en kommunal akutt døgnenhet

A qualitative study of governance in a municipal emergency care unit.

Brita Gjerstad¹

Førsteamanuensis, Institutt for sosialfag ved Universitetet i Stavanger

Tilknyttet NORCE Norwegian Research Centre

Brita.Gjerstad@uis.no

Svein Ingve Nødland

Seniorforsker, NORCE Norwegian Research Centre

svno@norceresearch.no

Inger Lise Teig

Førsteamanuensis i helseledelse, Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen

Tilknyttet NORCE Norwegian Research Centre

Inger.Teig@uib.no

Sammendrag

I denne artikkelen analyserer vi en spesifikk kommunal akutt døgnenhet (KAD) som ble etablert i 2013. Vi undersøker hvordan etableringen og organiseringen av enheten utfolder seg i praksis, og hvordan denne etableringen og organiseringen kan forstås som ulike former for «samstyring». Studien er basert på 28 kvalitative intervjuer med ledere og helsepersonell ved enheten, i kommunene og på sykehuset. Studien viser hvordan samstyring kan nyanseres i flere former for styring der «egenaktiv styring», «interaktiv styring» og «transaktiv styring» viser til ulike grader av autonomi og handlingsrom i styringsrelasjonene. Studien utvider vår forståelse av begrepet samstyring.

Nøkkelord

samstyring, helse- og omsorgstjenester, akutt døgnopphold, transaktiv styring, samhandlingsreformen, kvalitativ studie

Abstract

In this article, we analyze a specific municipal emergency care unit (KAD) that was established in 2013. We examine how the establishment and organization of the unit unfolded in practice and how this establishment and organization can be understood as different forms of 'governance'. The study is based on 28 qualitative interviews with managers and health personnel in the unit, in the municipalities and in the hospital. The study shows how governance can be nuanced in different approaches such as 'self-active', 'interactive' and 'transactive' forms of governance referring to different degrees of autonomy and room for action. The study expands our understanding of the concept of 'governance'.

Keywords

governance, health care services, municipal acute ward, transactive governance, the coordination reform, qualitative study

1. Forfatterne er oppgitt i alfabetisk rekkefølge. De tre forfatterne har lagt ned en likeverdig innsats i arbeidet med artikkelen.

Hva vet vi allerede om emnet?

- Pasienter som legges inn på kommunal akutt døgnetenhet (KAD) i stedet for på sykehus, har stor tillit til tilbudet på KAD-en.
- Mange KAD-er har støtt på utfordringer når det gjelder å sikre kapasitetsutnyttelse. Manglende kjennskap og usikkerhet knyttet til KAD-tilbudet har ført til at leger i primærhelsetjenesten i varierende grad har utnyttet tilbudet.

Hva tilfører denne studien?

- Denne studien gir innsikt i hvordan ulike samstyringsformer i KAD utfolder seg og fremtrer i praksis, og gir en utvidet innsikt i hvordan deler av helsetjenesten i Norge er organisert og styrt.
- Studien viser hvordan samstyring kan nyanseres i flere former for styring der «egenaktiv styring», «interaktiv styring» og «transaktiv styring» viser til ulike grader av autonomi og handlingsrom i styringsrelasjonene. Studien utvider vår forståelse av begrepet samstyring.

Innledning

Kommunal akutt døgnetenhet (KAD) ble etablert i forbindelse med samhandlingsreformen fra 2012. Enheten måtte da utformes og organiseres i det allerede bestående systemet av helsetjenester med hensyn til pasientgrupper, roller i pasientforløpet og aktivitetsomfang. Helsetjenestene er preget av en rekke komplekse samarbeidssituasjoner der ulike profesjoner, systemer, kulturer og målsettinger møtes (Melby & Tjora, 2013). Eksisterende relasjoner, praksiser og maktforhold legger føringer og setter begrensninger for nyetableringer, og det er ikke gitt at myndighetene lykkes med å introdusere nye tjenester. KAD representerer en tjeneste som har vært utfordrende å etablere, noe som blant annet har vist seg i at kapasitetsutnyttelsen har vært lav (Skinner, 2015a; Riksrevisjonen, 2016). Hvordan kommuner har organisert akuttbehandling i sykehjem før reformen, kan ha medvirket til dette (Skinner, 2015a). I tillegg viser studier at det har vært komplisert å få allmennlegene med på laget; på grunn av manglende kjennskap til KAD skrev mange fastleger og legevaktsleger inn pasienter på sykehus i stedet for på KAD (Nødland & Rommetvedt, 2019; Riksrevisjonen, 2016). Det er grunn til å tro at antallet innleggelser gikk ned under pandemien, men mangelfull innrapportering gjør tallene usikre. Til tross for de nevnte utfordringene har noen pasienter gitt uttrykk for at de har tillit til KAD-en og foretrekker den fremfor sykehuset (Gjerstad et al., 2020).

I denne artikkelen analyserer vi en spesifikk KAD og spør: *Hvordan skjer lokale beslutninger om etablering og drift? Kan disse beslutningene forstås som ulike former for samstyring?*

Begrepet «samstyring» er en norsk oversettelse av det engelske begrepet «governance» og viser til «den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening.» (Røiseland & Vabo, 2008, s. 90). Ifølge denne definisjonen inngår aktører i dynamiske og gjensidige relasjoner, noe som gjør at de kan håndtere utfordringer gjennom koordinering og samhandling heller enn gjennom hierarkisk styring ovenfra.

Danmark sentraliserte helsetjenestene med sin strukturreform i 2007 (Christiansen & Vrangbæk, 2018), men har likevel noen kommunale akutt plasser som minner om de norske (KOSU, 2015). Sverige, som omstrukturerte sine helse- og omsorgstjenester i 2021, plasserer ansvaret for legetjenester hos regionene i stedet for kommunene (Socialstyrelsen, 2020).

I Norge har KAD røtter i tidligere lokale helsetjenester med akutt hjelp-tilbud, plassert i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Leonardsen et al., 2017; Bergseth et al., 2022). Som eksempel kan vi nevne intermediære avdelinger som Hallingdal sjukestugu i Ål og Søbstad helsehus i Trondheim. Typisk for disse og lignende sykestuer er at de ivaretar pre-/posthospitale funksjoner for pasienter som ellers måtte ha vært på sykehus. De har en allmenn- og akuttmedisinsk profil med eldre og kronikere som typiske pasienter. Særlig viktig er allmennmedisinsk kompetanse for å håndtere en bredde av sykdommer og høy sykepleiekompetanse og kunne observere pasienter for å oppdage eventuell forverring (Bergseth et al., 2022).

Kommunene hadde ulike forutsetninger for å etablere KAD i tråd med faglig forsvarlighet, blant annet på grunn av forskjeller når det gjaldt folketall, utstrekning, samarbeidstradisjoner og avstand til sykehus og sykestuer (Den norske legeforening & KS, 2014). KAD har følgelig blitt utformet på forskjellige måter (Skinner, 2015b; 2015c; Deloitte, 2013), og mange KAD-er er et resultat av interkommunale samarbeid (Tjerbo & Skinner, 2016).

Perspektiver på samstyring

Samstyring betegner en måte å løse problemer på i offentlig politikk som koordineres på andre måter enn gjennom hierarkiske strukturer (Vabo & Røiseland, 2008). Samstyring forutsetter aktører som er gjensidig avhengige av hverandre, og som opptrer som likeverdige aktører som bidrar med ulike ressurser (Røiseland & Vabo, 2016). Aktørene må finne løsninger som de aksepterer gjennom dialog og forhandlinger. Det betyr at myndighetenes styring består i å legge til rette for koordineringsprosesser mellom aktører mer enn å bestemme utfallet av prosessene (Røiseland & Vabo, 2016). Myndighetene har samtidig bestemte mål for styringen som gir retning til beslutninger og prosesser (Røiseland & Vabo, 2016). Det finnes ulike former for styring og styringsrelasjoner mellom aktørene med ulik grad av autonomi og makt. Selg og Ventsel (2020) beskriver tre måter samstyringen kan arte seg på, der de spesifikt ser på hvordan makt trer ulikt frem: Egenaktiv styring («self-actional approach»), interaktiv styring («inter-actional approach») og transaktiv styring («trans-actional approach»).

Egenaktiv styring

Egenaktiv styring betegner det som skjer når den enkelte aktøren benytter handlingsrommet som er gitt av myndighetene, og ut fra egeninteresser tar i bruk ressurser for å forme sin virksomhet. Å se etter denne formen for styring betyr at vi vil se på de ressursene, virkemidlene og mulighetene som KAD-en på eget initiativ aktiverer for å etablere seg som helseinstitusjon. Vi kan vente at KAD-en vil arbeide for å skape seg et godt omdømme som helsetjenesteaktør. Egenaktiv styring kan følgelig forventes å dreie seg om å bruke makt til å definere virksomhetens egenskaper og disposisjoner i form av for eksempel ressursbruk og prioriteringer.

Interaktiv styring

Interaktiv styring (Selg & Ventsel, 2020, se også Torfing et al., 2012) kan forstås som prosesser der aktører med ulike interesser samhandler om felles mål. Dersom felles mål ikke oppnås, kan aktørene iverksette sanksjoner. Makt og styring blir her virksom gjennom muligheten til å true med og/eller å bruke sanksjoner overfor hverandre (Selg & Ventsel, 2020). Interaktiv styring kan skje i ulike former: kvasimarked, partnerskap og samstyringsnettverk (Torfing et al., 2012). Interaktiv form for samstyring gir aktørene visse mulig-

heter for autonomi, men opererer likevel i «skyggen av hierarkiet» (Sørensen & Torfing, 2009, s. 236). I et slikt perspektiv kan KAD-er forstås som aktører i nettverk der de samhandler med andre, mer etablerte helseaktører. Aktørene kan overtale og bruke makt innenfor et relativt institusjonalisert rammeverk og har definerte mål for hva de samarbeider om. I den grad samstyringen arter seg slik, handler det om formaliserte samhandlingstiltak som setter premissene for KAD-ens ansvar og oppgaver i pasientforløpet. Vi kan anta at enheten, sammen med aktører som fastleger, sykehus og andre, har interesse av å bli enige om oppgave- og ansvarsfordelinger, men at samhandlingen er preget av at noen aktører har mer makt enn andre.

Transaktiv styring

I transaktiv samstyring oppstår styring og makt i selve handlingen. Det finnes ikke et makt-sentrum eller en aktør som i utgangspunktet er iboende mektig. Slik styring er prosessuell og relasjonell, noe som innebærer at enhver relasjon har i seg en mulighet for å skape og utøve makt. Det er i samhandlingen makten utfolder seg; det er ingen enkeltaktør som eier prosessene eller har makten til å dominere andre aktører (Selg & Ventsel, 2020). Gjensidigheten i prosessene er sentral. Rammene for samhandlingen er mindre forutbestemte, og beslutninger som tas, er i større grad preget av at aktørene adopterer fleksible repertoar og utvikler beredskap for det uventede (Selg & Ventsel, 2020). For KAD-ens del vil en slik styring bety at de har stort rom til løpende å utforme både formen til og innholdet i tjenestene. Vi kan vente at KAD-en ikke anser tjenesten som ferdig utviklet idet den formelt sett er etablert, men bruker tid på å ta de beslutningene som former tjenesten, og er åpen for forhandlinger og både uformelle og uventede innspill.

Materiale og metode

Studien er en kvalitativ dybdestudie av hvordan én KAD samhandler med sine omgivelser. Enheten ble etablert som et formelt samarbeid mellom fire kommuner. Den er organisert som en selvstendig enhet med egen ledelse og eget driftsbudsjett, men er lokalisert i samme bygg og i tett samarbeid med de fire kommunenes felles legevakt. KAD-en er organisert med et fagråd der kommunene og sykehuset er representert, og rapporterer til kommunalsjefene i de ulike kommunene. Virksomheten er organisert med en daglig leder, en lege på dagtid, et stort antall sykepleiere samt et team av fastleger som har rullerende vakter om kvelder og i helger. Enheten har tolv senger, hvorav én er forbeholdt rus og psykiatri. Kapasitetsutnyttelsen ved enheten økte betydelig fra 52 prosent ved etableringen (2013) til 78 prosent etter fire år i drift (KAD, 2019). I en samtale med ledelsen kom det frem at antallet innleggelser gikk ned under pandemien.

Vi gjennomførte 28 semistrukturerte intervjuer med leger, sykepleiere og administratører i kommunene, leger og ledere ved sykehuset i området og ansatte ved KAD-en om våren og høsten 2018. Vi gjennomførte også observasjoner over fem dager i KAD-en der en av forfatterne fulgte én av de ansatte gjennom arbeidsdagen, snakket med de ansatte i enheten og observerte daglige rutiner og hendelser. Ingen av forfatterne som gjennomførte intervjuene og observasjonene, var tilknyttet enheten eller hadde nær kjennskap til den. Datamaterialet er presentert nedenfor:

Tabell 1 Oversikt over intervjuer, informanter og observasjoner

	Antall intervjuer	Kommentarer
KAD	3	Ledelse og overleger
KAD		Observasjoner fem dager, tre ulike vakter hver dag. Samtaler med sykepleiere (ca. ti stk.) som jobbet på vakter disse dagene.
Leger i primærhelsetjenesten	11	Fastleger, legevaktsleger, begge grupper utgjør et fast vaktteam
Hjemmesykepleie	4	Ett intervju med tre informanter, totalt seks informanter
Tjenestekontor	4	Administrativt ansatte
Sykehus	6	Samhandlingsleger, AMK, operative enheter
Totalt	28	28 informanter ble intervjuet, fem dagers observasjoner

I de individuelle intervjuene benyttet vi en detaljert intervjuguide inndelt i ulike tematikker. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført på informantenes arbeidsplasser av to av artikkelforfatterne. Intervjuene varte rundt 60 minutter. De ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert til tekst. Observasjonene ble gjennomført av én av forfatterne og nedtegnet i notater som inneholdt beskrivelser av hva som skjedde, ansattes kommentarer og forklaringer samt egne refleksjoner. Forut for observasjonene hadde vi laget en guide for hva observatøren skulle se spesielt etter. For å analysere materialet gjorde vi en tematisk analyse (jfr. Braun & Clarke, 2006) av både intervjuene og observasjonsnotatene. Det innebar at vi systematisk leste gjennom materialet for å finne overordnede temaer som pekte seg ut som de mest sentrale på tvers av alle intervjuene og observasjonene. Vi kategoriserte deretter materialet i tre overordnede temaer (målgruppe, kompetanse/infrastruktur og pasientforløp) som vi organiserte empirinære utsagn og beskrivelser under. Vi analyserte deretter de overordnede temaene i lys av Selg og Ventsels (2020) perspektiv på styring og utforsket hvordan ulike former for samstyring kan arte seg. Vi fikk også tilgang til årsrapporter og statistikk for enheten som vi benyttet som bakgrunnsinformasjon for å forstå denne spesifikke enhetens organisering, drift og strategiske planer. Alle intervjuer er basert på frivillig og informert samtykke. Det ble også gitt samtykke fra samtlige i enheten om at observasjoner kunne gjøres. Innhenting, lagring og formidling av opplysninger har vi gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Studien er godkjent av NSD med prosjektkode NSD 820474 (Norsk senter for forskningsdata).

Resultater

Vi kategoriserte materialet i tre ulike tematikker: 1) «pasientgruppe» refererer til hvordan enheten diskuterer og forhandler om hvilke pasienter den skal prioritere, 2) «kompetanse og infrastruktur» refererer til hvordan ulike beslutninger førte til at enheten fikk sin spesifikke organisatoriske form, og 3) «pasientforløp» refererer til hvordan forhandlinger om ansvar for pasientene utspiller seg mellom de ulike aktørene. Disse tematikkene uttrykker hvordan enheten ble organisatorisk etablert, og hva som utgjør rammene for denne spesifikke tjenesten. Vi drøfter deretter hvorvidt disse ulike forhandlingene og organisatoriske beslutningene ved KAD-en kan ses som ulike former for samstyring.

Hvilke pasienter skulle tjenesten ivareta?

Helsedirektoratet (2012) hadde klare anbefalinger om at det var pasienter med en avklart helse- og sykdomstilstand som skulle benytte KAD-tjenesten. I vårt materiale fremkommer det at det likevel var diskusjoner om hvilke pasienter enheten skulle ta imot og behandle. I starten fulgte de Helsedirektoratets anbefalinger, men endret etter hvert praksis. De ansatte ved KAD-en opplevde de nasjonale føringene for pasientgruppe som lite hensiktsmessige. Det gjaldt særlig kriteriet om «avklart tilstand» fordi, slik informantene beskrev det, legen ved KAD ofte endrer diagnosen pasienten har fått av den innleggende legen ved innkomst. Enheten benyttet heller kategorien «lav risiko for forverring» enn «avklart diagnose» som avgjørende for innleggelse. De fleste pasienter legges inn av fastlegen eller legevaktslegen. Innleggelsene skyldes mange ulike diagnoser, men lungesykdommer og muskel- og skjelettlidelser dominerer. Flere av de ansatte ved enheten uttrykte at de opplevde at de kunne avlaste den spesialiserte behandlingen på sykehuset. Én av informantene formulerte det slik:

En av de tingene som vi bestemte tidlig, var å blinke ut en pasientkategori som vi så og si kunne overta i fra sykehuset. [...] En pasientkategori som jeg tenkte var aktuell, og som ofte kom innom sykehuset, er fallpasienter med ryggbrudd, ribbein, skulder, kragebein osv. De fire–fem typene brudd som nesten aldri skal opereres, men behandles med smertestillende og mobilisering. De gjorde vi avtale tidlig med sykehuset om at når de er klarert og ikke trenger operasjon, så kunne de sendes til NN [navnet på KAD-en] (informant ved KAD).

Pasienter med fallproblematikk som informantene trekker frem, er en spesifikk pasientgruppe som skal overføres direkte fra sykehuset til KAD dersom det kun er behov for smertestilling og mobilisering. Dette er avtalt mellom KAD-en og sykehuset. Normalt blir pasienter kun innlagt på dagtid etter avtale med KAD-legen. Pasienter med ernæringsvansker og dehydrering på grunn av ekstrem svangerskapskvalme utgjør en annen stor pasientgruppe ved KAD-en. Disse pasientene ble ikke vurdert som en målgruppe ved etableringen til tross for at de passer godt til kriteriene for innleggelse ved KAD, men etter diskusjoner med sykehuset ble de definert som en målgruppe og innlegges ofte ved enheten: «Det er egentlig glanseksmpelet på en lavrisikogruppe uten stor risiko for alvorlig forverring» (informant ved KAD).

Ifølge Helsedirektoratet er astma og KOLS diagnoser som passer for KAD (Helsedirektoratet 2013), og den pasientgruppen som hyppigst ble innlagt, var nettopp pasienter med KOLS. Sykehuset delte oppfatningen om at dette var en passende pasientgruppe for KAD: «Vi vet hva de feiler, hva de skal ha, og at de kan få det der [på KAD-en]» (informant ved sykehus).

Ansatte ved KAD-en opplevde at de kunne ha direkte kontakt med sykehuset ved eventuell forverring, og følte seg trygge på at pasientene ble forsvarlig ivaretatt. Ifølge informanter både fra KAD-en og sykehuset ønsket mange pasienter å innlegges ved KAD heller enn på sykehuset. Informantene tolket dette som en bekreftelse på at pasientene føler seg ivaretatt på KAD-en. En av informantene fra lungeavdelingen ved sykehuset påpekte at KAD-en avlastet sykehuset ved å ta imot de ukompliserte tilfellene slik at sykehuset i større grad kunne prioritere de alvorlige tilstandene.

Rus og psykiatri var en mer uavklart pasientgruppe for enheten. Ansatte ved KAD beskrev at de hadde opplevd at kommunene var skeptiske til hvorvidt kommunene kunne ivareta disse pasientene. De representerte en utfordring for enheten, men ansatte fremhevet også hva KAD-en kunne tilby disse pasientene:

Jeg tror det er litt vanskelig å gi et tilbud til psykiatriske og somatiske pasienter i én avdeling. [...] Men samtidig ser jeg at vi har noe å tilby dem. Mange vil jo bare ha en seng og et rom noen dager. Bare en slags trygg ramme. Og det som er fordel med oss i forhold til en psykiatrisk post, det er jo veldig lett å gi litt væske, sjekke noen medisiner og ta en blodprøve, for vi er liksom i dèt moduset. Sånn at det er en litt mer sånn alt mulig-post her. Og det kommer dem også til gode av og til, tenker jeg (informant ved KAD).

Kompetanse og infrastruktur i KAD-en

Da de ansatte beskrev hva som karakteriserer enheten, trakk de frem at kompetanse innen sykepleie ble vektlagt helt fra starten av, og at den alltid har vært bemannet utelukkende av leger og sykepleiere. Enheten har sykepleiere med både generalistkompetanse og spesialistkompetanse, slik som intensiv, geriatri, anestesi, operasjon og akuttmedisin. Tett observasjon og oppfølging fra sykepleiere som er til stede hele døgnet, inngikk også i beskrivelsen av enheten som en særegen tjeneste som skiller seg fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Ifølge informantene skiller enheten seg fra en sykehusavdeling ved at den har leger som er der på dagtid, og ellers benytter seg av kommunale leger som bistår ved behov på kveld og natt. Legene samarbeider tett med legevakten. De ansatte selv beskrev enheten som en «allmennmedisinsk enhet». De begrunnet denne omtalen med at de har ansvar for pasienter med stor variasjon i sykdomsdiagnoser og tilstander, noe som innebærer at de må ha stor grad av allmennmedisinsk kunnskap og kompetanse.

Både de ansatte ved enheten og informanter fra kommunen trakk frem at det spesielle med KAD er at lokalene er så flotte, med store enerom og plass til pårørende. I tillegg har enheten tatt i bruk ulikt medisinsk utstyr som intravenøs væske- og antibiotikabehandling, ultralyd, røntgen og oksygen. Det har imidlertid vært åpent hvilke typer av utstyr som enheten skulle anskaffe seg. De ansatte beskrev at de diskuterte med lederen hvorvidt de skulle ha utstyr til å måle blodgasser, som brukes på sykehus ved krevende KOLS-tilstander. Begrunnelsen for ikke å investere i slikt utstyr var at denne typen utstyr krever mer omfattende opplæring enn enheten hadde kapasitet til. Enheten valgte også bort de mest avanserte antibiotikatyperne: «Det er tryggere for pasienter som lider av infeksjoner med resistensfare å legges inn på sykehus» (informant ved KAD).

Lederen ved KAD-en fortalte at de hadde vært svært opptatt av å ta i bruk samme journalsystem som sykehuset, og at de hadde klart å få det på plass fra starten av. Informantene trakk frem at et felles journalsystem forenklet arbeidet og var en av grunnene til at samarbeidet med sykehuset var svært godt, noe lederen ved enheten understreket flere ganger. Selv om den studerte KAD-en er stor sammenlignet med andre KAD-er, fremstår den som liten og oversiktlig for kommunale leger:

Det at det er lite og at vi har kjennskap til de som jobber der, er også positivt. Det blir ikke så stort å forholde seg til, så kommunikasjonen er bra. [...] Mange synes de får mer personrettet behandling på NN [KAD-en]. Det er ikke så stort. Det er mindre, og man får mer tid, pleie og omsorg (kommunal lege).

Som sitatet viser, mener informanten at størrelsen på KAD-en virker positivt for kommunikasjonen med legene og behandlingen av pasientene. «Det er lett å samarbeide med folk du vet hvem er», sier en annen. Mange informanter forteller om et godt samarbeid, og de trekker inn både faste samarbeidsmøter og at de opplever at det er en kultur for å kunne ta opp uklarheter, usikkerhet eller andre spørsmål knyttet til pasientene og innleggelsene.

Samarbeid om pasientforløpene

Informantene ved enheten beskrev at de allerede ved etableringen aktivt informerte fastleger, legevaktsleger, nye turnusleger og andre helsearbeidere for å gjøre tjenestetilbudet kjent. De kommunale legene understreket også at de tidlig betraktet enheten som et godt alternativ til innleggelse på sykehus. Noen var usikre på om KAD-en avlastet sykehuset, men de var likevel fornøyd med både kompetansen og hvordan pasientene ble behandlet.

Ved oppstart av KAD-en innførte enheten behandlingsplaner for hele pasientforløpet. Behandlingsplanene forenklet de innleggende legenes arbeid. Målet var å unngå at KAD-en ble en form for sykehusavdeling. Informantene beskrev at det var tett dialog mellom KAD og sykehuset om hvilke pasienter som skulle innlegges hvor. Denne dialogen førte til at KAD etter hvert tok imot pasienter fra sykehuset på dagtid, men beholdt en ordning med åpen retur for å sikre at «tjenesten treffer», slik en informant fra sykehuset beskrev:

Hvis alle pasientene som kom til KAD-sengene, ble værende der og ble skrevet ut igjen, så hadde man kanskje lagt listen litt for lavt. Kolspasienter kan for eksempel vise seg at de kan ligge på sykehuset, så det er ikke noe nederlag om det legges pasienter fra KAD-sengene og inn til oss. Sånn må det være. Det må være en viss prosent som legges fra KAD-sengene og inn til oss. [...] Ting kan skje underveis og sånn (informant ved sykehus).

Informantene understreket at de heller ikke ønsket at KAD-en skulle være en erstatning for sykehjem. Ledelsen bestemte derfor å si nei til å ta imot innleggelser fra sykehjem, også i starten da beleggsprosenten var lav.

I beslutninger om innleggelse vurderer den innleggende legen hvor pasienten kan få best hjelp. De ansatte på enheten beskrev både i intervjuer og i samtaler at de hadde inntrykk av at mange synes det er enklere å legge pasienten inn på sykehuset ettersom sykehuset da overtar det fulle ansvaret for pasienten. Når pasienten legges inn på KAD-en, kjenner den innleggende legen et større ansvar for pasientens helsetilstand, og de ansatte kan være usikre på om de har tatt rett beslutning. De kommunale legene ønsker ofte at pasientens helsetilstand er mest mulig avklart før de legges inn på KAD. Flere beskrev at de ofte bruker «magefølelsen», men understreket at dialogen med KAD-en fungerer som en god støtte i beslutningen om innleggelse. Videre forteller de at det er lett å ta kontakt, både når det gjelder samtaler med legen på dagtid og sykepleierne på kvelder og i helger. De beskrev at de opplevde enheten som svært hjelpsom.

De fleste pasientene ved KAD-en skrives ut til hjemmet, gjerne med oppfølging fra hjemmetjenestene, mens noen legges inn på en kommunal institusjon for videre oppfølging. De ansatte beskrev at de alltid har en tett dialog med de kommunale tjenstekontorene for å informere om pasientens funksjonsnivå og videre behandling. Det hender at kommunene har problemer med å finne plass til pasienter som er utskrivningsklare, men som trenger videre oppfølging ved ulike institusjoner. KAD-en har løst dette ved å være fleksibel med utskriving og vente til det er en passende plass eller løsning for pasienten. Kommunen slipper å betale for de ekstra dagene. Det samme gjør de dersom pasienten ønsker noen dager ekstra på enheten før de føler seg trygge nok til å bli skrevet ut. Flere av informantene understreket at de opplevde denne måten å være fleksibel på som en viktig kvalitet med KAD-en.

Diskusjon

I det foregående har vi vist hvordan definering av målgrupper, organisering av kompetanse og infrastruktur og samarbeid om pasientforløpene ble gjort internt ved KAD og i samar-

beid med lokale og nasjonale aktører. Disse beslutningene og samarbeidsrelasjonene analyserer vi som ulike former for samstyring ved hjelp av de ulike styringsformene til Selg og Ventsel (2020), det vil si egenaktiv styring, interaktiv styring og transaktiv styring.

Styring knyttet til målgruppen

Vi finner at mange av de organisatoriske avgjørelsene som ble tatt av KAD-en, både i oppstarten og senere, er et resultat av at eierkommunene og KAD-en selv har arbeidet målrettet for å posisjonere KAD-en som en selvstendig aktør som representerer en annerledes tjeneste enn sykehuset. Nasjonale retningslinjer for målgrupper ble imidlertid ikke lagt til grunn ved etableringen av denne spesifikke KAD-en. Enheten vurderte det som mer hensiktsmessig å tilføye «lav risiko» som tilleggskriterium til «avklart tilstand», noe som også ble en del av de nasjonale retningslinjene i 2014 og 2016. I tillegg ble pasienter med ekstrem svangerskapskvalme inkludert fordi enheten erfarte at denne pasientgruppen kunne behandles mest hensiktsmessig ved KAD. Enheten opplevde at disse pasientene og fallpasienter kunne behandles og ivaretas forsvarlig og godt på KAD-nivået. På den måten avlastet de sykehuset.

Debatten om målgrupper viser hvordan samstyring kan forstås som en forhandling mellom føringer fra nasjonale myndigheter gjennom retningslinjer på den ene siden og økt rom for tolkning og lokal tilpasning til retningslinjene på den andre siden. KAD-en i denne studien benytter seg av dette handlingsrommet og tar sine beslutninger delvis basert hva enheten selv mener er best, delvis i dialog med sykehuset og eierkommunene. KAD-ens beslutning om å ha lav risiko som tilleggskriterium for innleggelse kan ses som et innslag av det Selg og Ventsel (2020) kaller «egenaktiv styring».

De grepene som ble gjort for å sikre at KAD-en ville avlaste sykehuset, er noe mer utfordrende å definere ved hjelp av styringsbegreper. For det første var en slik avlastning en målsetting som var nedfelt i samhandlingsreformen, og den studerte KAD-ens ønske var dermed ingen ny tanke. Videre diskuterte KAD-en med sykehuset hvilken pasientgruppe den burde overta fra sykehuset. Særlig samhandlingen med sykehuset gjør det nærliggende å se det å inkludere bruddpasienter i målgruppen for KAD-en som transaktiv styring, jamfør Selg og Ventsels (2020) redegjørelse for begrepet. Når informantene understreker at beslutningene om målgruppe ble tatt på eget initiativ og som et bevisst valg, ser vi handlingene som mer instrumentelle som skulle bidra til KAD-ens posisjonering i helsesystemet. Denne blandingen av å forstå seg selv som den sentrale beslutningstakeren samtidig som beslutningen er i tråd med overordnede føringer og involverte andre aktører, gjør at beslutningen ikke entydig lar seg klassifisere som egen-, inter- eller transaktiv styring.

Styring knyttet til kompetanse og infrastruktur

Som vist har KAD-en bare ansatt leger og sykepleiere, mange av sistnevnte med spesialistkompetanse. Dette var noe som KAD-en selv besluttet ved etableringen, uten at eierkommunene var involvert i beslutningene. Sentrale myndigheter hadde få føringer for bemanningen ved KAD-ene, men påpeker at KAD-ens plassering i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan nødvendiggjøre både høyere generalistkompetanse og tilgang til spesialistkompetanse (Helsedirektoratet, 2012). Videre anbefaler myndighetene at helseaktørene avklarer samarbeid rundt medisinsk utstyr, IKT og journalsystemer. Initiativet overfor sykehuset for å få på plass et felles journalsystem belyser de interne strategiske valgene som ble gjort ved KAD-en for trekke en grense til spesialisthelsetjenestens ansvar og behandlingsmuligheter. Disse valgene kan ses som en form for transaktiv styring der enheten lager seg et handlingsrom for å sikre den tjenesten som var ønsket lokalt.

Styring knyttet til pasientforløp

Studien viser at KAD-en tok visse strategiske grep for å sikre at den skulle bli en selvstendig enhet i stedet for en sykehus- eller sykehjemsavdeling. Å ikke innlegge pasienter fra sykehjem, å begrense overføringer fra sykehuset samt å drive aktivt informasjonsarbeid overfor kommunale leger var en del av en posisjonering av enheten som kan tolkes som en «egenaktiv styring» i Selg og Ventsels perspektiv (2020). På den annen side viser studien at KAD-en hadde et godt og tillitsfullt samarbeid med kommunale leger, legevakten og sykehuset. En slik dialogorientert relasjon kan ses som en form for «transaktiv styring» der beslutninger tas i en symmetrisk samhandling mellom partene.

Beslutninger om hvordan innskriving og utskrivning fra KAD-en skulle praktiseres, er et tydelig eksempel på denne formen for styring der alle parter, både enheten, de kommunale legene, legevakten og sykehuset, avklarte og avtalte praksisen i samråd. Dialogen om en eventuell innleggelse starter mellom kommunene eller sykehuset og enheten før selve innleggelsen. Andre aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten blir deretter raskt involvert og bidrar således til å definere hvorvidt pasienten blir innlagt, lengden på oppholdet og når utskrivningen kan gjøres. Innleggelsespraksis på KAD-en skiller seg fra praksisen på sykehusene ettersom KAD-en kan avvise pasienter, slik vi ser at de gjør overfor pasienter fra sykehjem. KAD-en har også en annen praksis enn sykehuset for utskrivning og praktiserer en mer fleksibel forståelse av når pasientene er utskrivningsklare. Enheten har etablert en praksis som ikke følger de nasjonale føringene om KAD som en tjeneste for korte innleggelser. I dialog med andre parter som sykehus og kommunale helsetjenester praktiserer enheten en mer fleksibel utskrivning.

Samstyringen her preges av at ingen aktører fremstår som mer dominerende enn andre, og at beslutninger tas gjennom forhandlinger og gjensidig forståelse av hva som er de lokale behovene. At sykehjemmene ikke ble en viktig part i denne beslutningen, kan tyde på at «transaktiv styring» lettere skjer i relasjoner mellom «sterke» og likeverdige aktører.

KAD-ene var underlagt visse nasjonale føringer som tilsa at de skulle være en del av kommunehelsetjenesten, samtidig som de skulle samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Slik fikk KAD-ene en relativt autonom posisjon. Denne autonomien brukte den studerte KAD-en til å sikre seg høy sykepleiekompetanse og -bemanning i nært samarbeid med legevakten og leger i kommunehelsetjenesten heller enn å knytte seg tett til spesialisthelsetjenesten. Dette gjorde døgnovervåking mulig. KAD-en ble organisert og bemannet ut fra kompetansen og forsvarligheten som kunne oppnås i en allmennmedisinsk lokal sammenheng, og ikke som et spesialisert «minisykehus». Alle beslutninger om hva KAD-en er og kan gjøre, handler om å etablere forståelse og rammer for ansvarsfordeling mellom KAD, kommunehelsetjenesten og sykehuset. Selg og Ventsels (2020) inndeling i ulike former for samstyring gav grunnlag for antagelsen om at egenaktiv styring ville vise seg i ulike grep for å skape seg et godt omdømme og definere tjenesten. Interaktiv styring ville vise seg i avklarte ansvar- og oppgavefordelinger mellom aktørene, og transaktiv styring ville vise seg i mer spontane beslutninger og etableringer av ulike samhandlingsrelasjoner. Vår analyse viser imidlertid at KAD-en ble etablert og tok beslutninger i et mer sammenvevd bilde enn vi hadde skissert; de var preget av både egenaktive og transaktive former for styring.

I vårt datamateriale finner vi lite om eierkommunene. Det kan tolkes som at de har gitt KAD-en et stort spillerom, og selv har inntatt en tilbaketrukket rolle. En svakhet ved studien er at verken den politiske eller administrative ledelsen i eierkommunene er intervjuet. Det kunne gitt oss et annet bilde av eierkommunenes betydning dersom de inngikk i datamaterialet.

Konklusjon

Studien viser hvordan samstyring kan nyanseres i ulike former for styring som innebærer ulike grader av autonomi og handlingsrom i styringsrelasjonene. En egenaktiv styringsform forutsetter en viss grad av autonomi, og i vår studie handler det om at KAD-en skal sikre medisinsk-faglige ressurser som gir handlingsrom til å gi et medisinsk og økonomisk forsvarlig tjenestetilbud. Den transaktive styringen som preger definering av pasientgrupper og pasientforløp, har imidlertid vært en forutsetning for å benytte dette handlingsrommet.

Vi finner lite som kan tolkes som interaktiv styring i materialet. Fravær av en slik styring kan skyldes KAD-ens autonomi både vis à vis sykehus og andre kommunale helsetjenester samt at sentrale helsemyndigheter har unnlatt å vedta et detaljert regelverk for å styre pasientflyten. Beslutninger om pasientgrupper får frem KAD-ens store grad av autonomi. Kommunikasjon og logistikk rundt pasientforløp er delt med de andre aktørene og bærer preg av diskontinuitet og variasjon over tid og av at lokale skjønnsmessige valg har forrang. Samhandlingsrelasjonene mellom KAD-en og relaterte helsetjenester viser et helsetjenestesystem hvor aktørene er gjensidig avhengige av hverandre samtidig som de har stor autonomi. Transaktiv samstyring gir seg her utslag i fleksible beslutninger og tilpasninger aktørene imellom. Med denne formen for styring har KAD-en fått et vesentlig handlingsrom til å utforme tjenesten.

KAD-en har tatt flere strategiske beslutninger i dialog med andre aktører, og ikke som egenrådige beslutninger fra enkeltaktører. Gjensidig avhengighet er en betingelse for samstyring. Dertil viser vårt materiale at kjennskap til hverandre forenkler samarbeid, noe vi kan anta gir bedre grunnlag for samstyring.

Studien er gjennomført som en del av forskningsprosjektet «Ø-hjelp – en ny tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten». Prosjektet har fått finansiell støtte fra Regionale forskningsfond Rogaland.

Referanser

- Bergseth, J.Ø.F, Braut, G. S., Gjerstad, B., Nødland, S. I. & Teig, I. L. (2022). Kommunal akutt døgneining i historisk lys. *Michael*, 19, 125–42. <https://hdl.handle.net/11250/3028897>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Christiansen, T. & Vrangbæk, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark – Ten years on, *Health Policy*, 122(4), 341–328. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>
- Deloitte (2013). *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen*. KS FoU, PP-presentasjon. <https://www.ks.no/contentassets/92391d37da9e43a3b92f14a953a6682e/presentasjon.pptx>
- Den norske Legeforening & KS (2014). *Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud*. Rapport mai 2014. <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/legeavtaler/kommunalt-oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/>
- Gjerstad, B., Nødland, S. I. & Teig, I. L. (2020). Trust building in a Norwegian municipal acute ward. *Journal of Health Organization and Management*, 34(6). <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2019-0334>
- Helsedirektoratet (2012). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp opphold* (Veiledningsmateriell, 02/2012). Utarbeidet av Helsedirektoratet og KS. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell>

- Kommunal akutt døgnenhet (KAD) (2019). *Internt notat*.
- KOSU (2015). *Notat vedr. Kommunale akuttfunktioner* (Notat godkjent av Temagruppen for behandling, pleje, trening og rehabilitering 3. november 2015). <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/vaerktojskasse/akut/notat-vedr--kommunale-akutfunktioner-0311155.pdf>
- Leonardsen, A. C., Lappegard, Ø., Garåsen, H. & Aaraas, I. J. (2017). Desentraliserte helsetjenester. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0324>
- Melby, L. & Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk.
- Nødland, S. I. & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 60(2), 166–188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015–2016)). <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Dokumentserien/2015-2016/dok3-201516/dok3-201516-005/>
- Røiseland, A & Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 24, 86–107. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2008-01-02-05>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring. Governance på norsk*. 3. utg. Fagbokforlaget.
- Selg, P. & Ventsel, A. (2020). *Introducing Relational Political Analysis*. Palgrave Studies in Relational Sociology.
- Skinner, M. S. (2015a). *Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene* (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 10/2015). <http://hdl.handle.net/11250/2365378>
- Skinner, M. S. (2015b). *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold* (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 13/2015). <http://hdl.handle.net/11250/2373292>
- Skinner, M. S. (2015c). Døgnåpne kommunale akuttenheter: En nasjonal helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 131–144. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-02-09>
- Socialstyrelsen (2020). Kommunal hälso- och sjukvård, *Meddelandeblad*, (9), desember. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-12-7130.pdf>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*, 87(2), 234–258. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01753.x>
- Tjerbo, T. & Skinner, M. S. (2016). Interkommunalt samarbeid om døgnåpne kommunale akuttenheter og legevakt. Tar helsekommunen form? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 117–124. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-06>
- Torfing, J., Peters, B. G., Pierre, J. & Sørensen, E. (2012). *Interactive governance: Advancing the Paradigm*. Oxford University Press.
- Vabo, S. I. & Røiseland, A. (2008). Kommunalt selvstyre eller samstyring? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 49(3), 409–420. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2008-03-04>