

Døgnåpne kommunale akuttenheter: En nasjonal helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger

Marianne Sundlisæter Skinner

Sammendrag

Fra 1. januar 2016 skal kommunalt akutt døgnopphold (KAD) være etablert i alle landets kommuner. Målet med artikkelen er å klassifisere akuttenhetene i hovedmodeller og belyse hvordan kommunene har nyttiggjort seg handlingsrommet de har fått i forbindelse med etableringen av KAD. Artikkelen bygger på funn fra en undersøkelse av søknader om tilskudd til etablering av KAD mottatt i Helsedirektoratet i tilskuddsperioden 2012-2015. Det er et betydelig mangfold i hvordan kommunene velger å organisere tilbudet. Akuttenhetene varierer betydelig når det gjelder størrelse, lokalisering og organisering av legetjenesten. Artikkelen identifiserer åtte overordnede KAD-modeller og tre modeller for legetjenesteorganisering. Ved hjelp av oversettelsesteori settes det søkelys på hvordan KAD som organisasjonsoppskrift har blitt omsatt til praksis i landets kommuner. Resultatene viser at de fleste kommunene har brukt en reproduserende modus når de har oversatt de to første elementene av organisasjonsoppskriften – interkommunalt samarbeid og lokalisering, mens nesten samtlige kommuner har brukt en modifierende modus i oversettelsen av legetjenestedelen av oppskriften. Kommunenes bruk av en modifierende modus i oversettelsen av KAD som organisasjonsidé til organisatorisk praksis tilskrives hovedsakelig oppskriftens vage og implisitte karakter.

Nøkkelord: KAD, akuttenheter, organisering, kommunehelsetjenesten, Samhandlingsreformen, oversettelsesteori

Abstract

Municipal acute bed units: a national health service model with scope for local adaptation

The Coordination Reform requires all of Norway's municipalities to establish emergency bed units by 2016. The aim of this article is to provide a classification scheme of municipal acute bed units and examine how the municipalities have utilized the flexibility they have been given in the implementation of the units. The article is based on a study of 361 municipalities' grant applications from 2012-2015. The results show that there is considerable diversity in the way in which the units are organised. They vary according to size, location and doctor services. Eight general acute bed unit models and three models of doctors' services organisation are identified. Using translation theory, the article evaluates how the acute bed units as an organisational recipe has been translated into practice. The analysis shows that the majority of the municipalities have utilized a reproductive mode when translating the two first elements of the recipe – intermunicipal cooperation and location, while nearly all the municipalities have entered a modificatory mode in when forming their doctor services. The municipalities' use of the modificatory mode is mainly ascribed to the organisational recipe's vague and implicit character.

Keywords: community hospitals, organisation, municipal health service, Coordination Reform, translation theory, organisational recipes

Innledning¹

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Ett av tiltakene i reformen er en ny kommunal plikt til å etablere tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med behov for akutt hjelp eller observasjon. Disse tilbudene blir også kalt kommunale akutte døgnenheter eller -tilbud (KAD). Plikten til å tilby kommunalt akutt døgnopphold trer i kraft 1. januar 2016, men de fleste kommunene har etablert KAD i løpet av innfasingsperioden 2012-2015. Tilbudet fullfinansieres ved at midler blir overført fra de regionale helseforetakene til kommunene, halvparten gjennom en tilskuddsordning som Helsedirektoratet administrerer, og den andre halvparten direkte fra helseforetaket.

Ifølge loven skal plikten

... gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. I all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling [...], og hvor allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse.

(Prop. 91 L, 2010-2011)

Overføringen av ansvaret for disse pasientene fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er et virkemiddel for å forebygge veksten i øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus som en følge av et økende antall eldre i årene som kommer (Helsedirektoratet, 2014b s. 101). I regjeringens lovforslag ble det eksisterende døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp ved Fosen distriktsmedisinske senter (DMS) i Trøndelag trukket frem som en vellykket modell på et lokalt tilbud som sikrer behandling og observasjon på «beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og

tilfredshet med tjenestetilbudet» (Prop. 91 L, 2010-2011). De desentraliserte sykestuetilbudene i Finnmark og i Hallingdal er andre eksempler på tilbud som behandler akuttpasienter på et lavere nivå enn sykehus og tar av for økningen i sykehusinnleggelser, gir et tilbud nærmere pasienten og skaper høy pasienttilfredshet (Lappegard & Hjortdahl, 2014). Også disse har blitt brukt som eksempler på gode organisasjonsmodeller i Samhandlingsreformen.

I offentlig som i privat sektor er det ikke uvanlig at noen organisasjonsideer vinner større popularitet enn andre. Slike blir ofte tatt for gitt som vellykkede modeller og forsøkes overført fra en organisasjon eller kontekst til en annen (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977; Røvik, 2007). Kommunale akutte døgntilbud kan betraktes som et eksempel på en vellykket organisasjonsidé eller -oppskrift som først hentes ut av sin opprinnelige kontekst – i dette tilfellet det lokale akuttilbudet i Fosen – overføres og bli forsøkt satt inn i nye lokale kontekster – her alle kommuner i Norge. Hele prosessen med uthenting, overføring og mottak av en organisasjonsidé kan forstås som en form for *oversettelse* (Czarniawska & Sevón, eds. 1996; Røvik, 2007). Aktørene som deltar i uthentings- og innsettingsprosessen tolker og påvirker først beskrivelsen av organisasjonsideen og deretter hvordan den tar form i målorganisasjonen (Røvik, 2007). Foruten krav til forsvarlig legedekning og døgkontinuerlig sykepleierdekning har ikke myndighetene foreskrevet hvordan de kommunale akutte døgnetenhetene skal organiseres. Det forventes derfor at de kommunale akutte døgnetenhetene som etableres rundt om i Norge tar forskjellig form, avhengig av hvordan kommunene oversetter det nye lovkravet ut ifra sin egen lokale kontekst.

Målet med denne artikkelen er å gi et oppdatert og mer fullstendig bilde enn tidligere studier (Deloitte, 2013; Skinner, 2014) av hvordan den lovpålagte oppgaven med å etablere døgnåpne

kommunale akutenheter har blitt løst rundt om i Norge. Artikkelen klassifiserer døgnenhetene i hovedmodeller og tydeliggjør derved alternativene kommunene har stått overfor og valgene de har tatt i sine oversettelser av lovkravet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra sentralt hold til lokal praksis. I tillegg har artikkelen som mål å, ved hjelp av Røviks (2007) oversettelsesteori, belyse på hvilken måte kommunene har nyttiggjort seg handlingsrommet de har fått i forbindelse med etableringen av kommunalt akutt døgnopphold. Har kommunene intensjoner om å implementere ideen slik den er fremsatt i styringsdokumenter fra sentralt hold, eller har de laget egne KAD-modeller tilpasset lokale forhold?

Analytisk rammeverk

Øversettelsesteori

Utgangspunktet for Røviks (2007) teori om kunnskapsoverføring som oversettelse er de siste tiårenes oppblomstring av tilbudet på organisasjonsoppskrifter og –ideer. Øversettelsesteorien utfordrer forestillingen om at ideer fra én organisasjon enkelt kan hentes ut og innføres i en annen organisasjon og reprodusere et positivt resultat. Kunnskapsoverføringen er i tillegg til transport også «translasjon og dermed transformasjon, dvs. at noe forsøkes kopiert, noe legges til, mens annet trekkes fra og så tilpasses og blandes» (Røvik, 2007 s. 56).

I et oversettelsesteoretisk perspektiv deles kunnskapsoverføringen opp i to prosesser: dekontekstualisering og kontekstualisering. Dekontekstualisering foregår på opphavssiden til ideen eller oppskriften. Det er delen av prosessen der en idé, praksis eller oppskrift fra én organisasjon eller kontekst hentes ut og beskrives (gis en «idémessig representasjon» (Røvik 2007 s. 22)) så den kan benyttes i andre kontekster eller organisasjoner. I vårt tilfelle ble

dekontekstualiseringen eller uthenting av KAD som organisasjonsidé gjennomført av Helse- og omsorgsdepartementet da det forberedte forslaget til det nye lovkravet om kommunalt akutt døgnopphold. Kontekstualisering handler om oversettelsen på mottakssiden, hvordan organisasjoner tar imot, iverksetter og utnytter en organisasjonsidé eller –oppskrift. Her forsøkes oppskriften «brakt fra sin idéform og materialisert i aktiviteter, strukturer, rutiner etc. i en bestemt kontekst» (Røvik, 2007 s. 22). Det er denne delen av oversettelsesprosessen vi setter søkelyset på i denne analysen av organiseringen av de kommunale akutte døgnenhetene.

I kontekstualiseringsprosessen skiller Røvik (2007) mellom tre forskjellige måter å oversette på («oversettelsesmodi»). Disse oversettelsesmåtene representerer forskjellige grader av omforming av den uthentede ideen eller oppskriften. Disse er kopiering («den reproduserende modus»), at man legger til eller trekker fra noe («den modifierende modus») og en mer omfattende endring, eller omvandling («den radikale modus»). Videre argumenterer han for viktigheten av at oversetteren har tilstrekkelig kunnskap om den organisatoriske konteksten det skal oversettes til, når en idé eller oppskrift skal settes i verk. Oversetteren må ha kunnskap om allerede eksisterende organisasjonsideer og -praksiser i målorganisasjonen slik at oppskriften kan tilpasses på en best mulig måte i forhold til det som finnes i organisasjonen fra før. Denne innsikten er en form for lokal organisasjonskunnskap som Røvik kaller *konfigurasjonskompetanse* (Røvik, 2007 s. 329).

Denne artikkelen søker å besvare i hvilken grad oversetterne i kommunene har benyttet seg av de forskjellige oversettelsesmåtene. For å kunne fastslå i hvor stor grad kommunenes organisering fraviker fra den opprinnelige oppskriften, må vi definere KAD som

organisasjonsside og stadfeste hvilke føringer som er angitt for organiseringen av KAD fra helsemyndighetenes side.

KAD som organisasjonsside og nasjonale føringer

Behandling av akutt pasienter på et lavere nivå enn sykehus er ingen ny praksis verken i Norge eller internasjonalt. Både sykestuene i Finnmark og tilsvarende «cottage hospitals» eller «community hospitals» i Storbritannia har eksistert siden siste halvdel av det nittende århundret (Magnussen & Tingvold, 2015; Aaraas, 1998). I f.eks. England har gode erfaringer med denne typen institusjoner gjort at antallet har økt i de senere år (Aaraas, Langfeldt, Ersdal, & Haga, 2000). Nyere etableringer av intermediæravdelinger og spesialiserte korttidsavdelinger i norske kommuner som f.eks. i Fosen-kommunene har uten tvil hentet inspirasjon – sin organisasjonsside – fra sykestue- eller «cottage hospital»-modellen. Fosen-kommunenes kommunale akutte døgntilbud er organisert i en intermediæravdeling med totalt 13 plasser, hvorav tre plasser er avsatt til øyeblikkelig hjelp, seks til etterbehandling og fire til spesialistrehabilitering. Sengeposten har egne leger på dagtid.

Men selv om øyeblikkelig hjelp-tilbudet ved Fosen DMS er trukket fram som eksemplet på vellykket praksis som ønskes implementert i hele Norge for å redusere antall akuttinnleggelser, har kommunene fått frie tøyler til å velge hvordan de vil organisere KAD. Kommunene oppfordres imidlertid til å inngå interkommunalt samarbeid for å imøtekomme kravet om gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Videre poengteres det også i den nasjonale veilederen at den enkelte kommune bør vurdere om KAD «kan etableres som en del av allerede eksisterende tilbud i kommunen, som for eksempel opp mot sykehjem eller interkommunal legevakt, eller kunne ses i sammenheng med et kommunalt tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling» (Helsedirektoratet, 2012 s. 6). Utrustet sykestue

nevnes også som et aktuelt tilbud å knytte KAD opp mot (Helsedirektoratet, 2012 s. 16). Med andre ord fremmes sykehjem, interkommunal legevakt, kommunale intermediæravdelinger og sykestue som egnede instanser å lokalisere tilbudet til. Ved etablering av KAD forutsettes det tilstedeværelse av sykepleier hele døgnet, alle dager. Legetjenesten ved tilbudet kan organiseres ved hjelp av «avtaler med fast tilsatte leger, sykehjemslege, fastlege eller legevakt så sant nødvendig kompetanse og responstid er sikret» (Helsedirektoratet, 2014a s. 17).

I analysen blir de konkrete kravene og anbefalingene angående samarbeid, lokalisering og legetjeneste som er nedskrevet i den nasjonale veilederen brukt som referanse for KAD som organisasjonsidé eller –oppskrift, altså oppskriften kommunene i større eller mindre grad har oversatt i henhold til oversettelsesreglene kopiering, addering/fratrekking og omvandling.

Metode

Studien er basert på en dokumentanalyse av kommunenes søknader om tilskudd til etablering av KAD og en intervjuundersøkelse i 76 kommuner. Tilskuddssøknadene ble valgt som primær datakilde fordi de dekker hele populasjonen av kommuner som har søkt om tilskudd til KAD, hele 361 kommuner eller 182 kommunale akutte døgnenheter. I hver av disse søknadene finnes det en beskrivelse av de respektive kommunenes planlagte KAD-tilbud. For å kunne triangulere funnene fra dokumentanalysen suppleres analysen med funn fra strukturerte intervjuer i 76 kommuner gjennomført høsten 2013/våren 14. Dokumentanalyse suppleres ofte med andre metoder, som f.eks. intervjuer, for å triangulere funnene. Ved triangulering oppnår man konvergens og bekreftelse gjennom bruk av forskjellige datakilder og metoder (Bowen, 2009 s. 28).

Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Samtlige søknader som ble sendt til Helsedirektoratet i søknadsperioden (2012-15) er inkludert i studien. Datamaterialet utgjør totalt 198 søknader: 67 søknader fra 2012, 42 fra 2013, 29 fra 2014 og 60 fra 2015. Antall kommuner som søkte om tilskudd i tilskuddsperioden var 362. Én kommune fra søknadsrunden i 2015 er imidlertid ekskludert fra analysen, da det i søknaden ble oppgitt at organisasjonsform ikke ennå var bestemt.

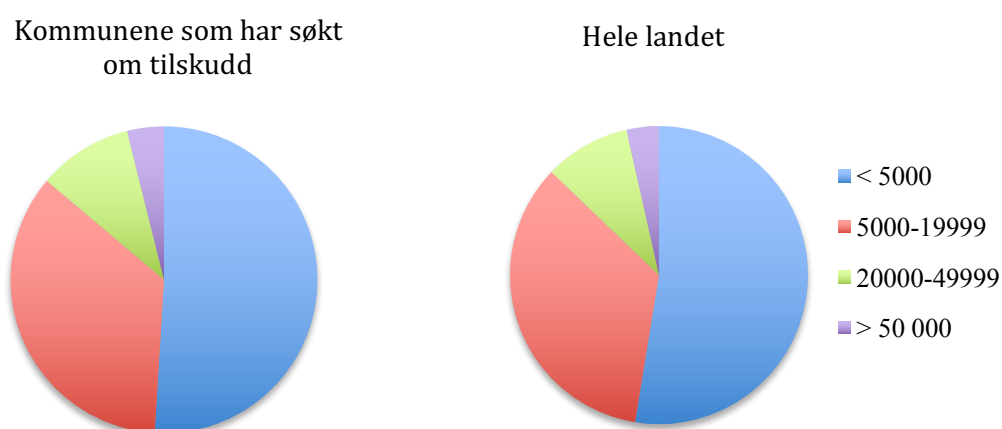
Analysearbeidet ble gjennomført ved at alle søknadene ble lest og informasjon om hvert tilbud ble kategorisert og registrert i en SPSS-fil. Hver søknad inneholdt ferdig utfylt søknadsskjema samt samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket, og i mange tilfeller fulgte tilleggsdokumentasjon som f.eks. interkommunale samarbeidsavtaler, prosjektbeskrivelser og liknende. Der det var avvik mellom beskrivelsen i søknadsskjemaet og de andre vedlagte dokumentene, ble informasjonen fra søknadsskjemaet registrert. Der én eller flere kommuner hadde sendt søknad flere år, ble informasjonen i den siste søknaden registrert. Hvis informasjonen i søknaden var mangelfull eller tvetydig, ble det gjort forsøk på å innhente informasjonen fra andre kilder, primært kommunenes nettsider, men kommuneintervjuene er også brukt som informasjonskilde inn mot den kvantitative delen av analysen.²

Datamaterialet om organiseringen av legetjenesten ble ikke kategorisert og analysert kvantitativt. Det er kun foretatt en tekstanalyse av dataene om legetjenesten, supplert med nøkkelordsøk i SPSS for å foreta en viss kartlegging av utbredelse av de forskjellige modellene. Grunnen til dette var at variasjonen i måten de forskjellige kommunene planla å organisere legetjenesten på gjorde dataene vanskelig å kategorisere. En kategorisering ville dessuten ha ført til et betydelig tap av dataenes detaljrikdom.

Det er viktig å påpeke at informasjonen fra søknadene om tilskudd kun kan betraktes som et uttrykk for kommunenes *intensjoner* for organisering av ø-hjelpstilbudet på søknadstidspunktet. Det er ikke innhentet informasjon om hvorvidt noen av løsningene som er beskrevet i søknadene ikke ble godkjent av Helsedirektoratet for utbetaling av tilskudd, ei heller om den enkelte kommunes akutte døgnenhet er etablert i henhold til planen.

Med en dekningsgrad på 84 prosent av landets kommuner, synes datamaterialet fra tilskuddssøknadsundersøkelsen å være representativt for kommune-Norge som helhet. Figur 1 illustrerer fordelingen av kommunene i søkermassen etter størrelse sammenliknet med alle kommunene i hele landet. De marginale forskjellene i kakediagrammene viser at det ikke er noen bias i datamaterialet hva angår kommunestørrelse.

Figur 1: Kommunestørrelse i utvalget vs. populasjonen (n=361/428)



Kilder: Tilskuddssøknadsundersøkelsen (venstre diagram); Statistisk sentralbyrå (2015) (høyre diagram)

Det er imidlertid noe skjevhet i regiontilhørighet blant kommunene som har søkt om tilskudd til KAD.

Tabell 1 viser søknadene fordelt på helseregionene. Andelen kommuner som har søkt fra hver helseregion er minst i Helse Vest, hvor kun 62 prosent av kommunene har søkt. I de andre helseregionene har 9 av 10 kommuner søkt om tilskudd.

Tabell 1: Søknader fra helseregionene

Helseregion	Antall søknader	Antall kommuner totalt i helseregionen	Prosent i helseregionen som har søkt
Helse Midt-Norge	74	84	88,1
Helse Nord	79	87	90,8
Helse Sør-øst	155	172	90,1
Helse Vest	53	85	62,4
Totalt	361	428	

Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen, (Statistisk sentralbyrå, 2013).

Kommuneintervjuene

Kommuneintervjuer ble gjennomført for å styrke den kvantitative analysens reliabilitet. I tillegg var målet med intervjuene å innhente tilleggsinformasjon om konteksten rundt forskjellige KAD-modeller. Intervjuene ble gjennomført ved kommunebesøk i 76 kommuner i Senter for omsorgsforskning's kommuneutvalg høsten 2013/våren 14. Utvalget er stratifisert etter størrelse og geografi. Målgruppen for intervjuene var ledere i pleie- og omsorgssektoren, og samtlige informanter ble intervjuet om kommunens planer for organisering av KAD. En strukturert intervjuguide med en blanding av lukkede og åpne spørsmål ble benyttet i intervjuene. Svarene ble registrert skriftlig av intervjuer. Blant de 76 kommunene var det 40 kommuner som hadde åpnet KAD på intervjutidspunktet. Flere av kommunene var med i

samme interkommunale samarbeid om KAD, så intervjumaterialet omfatter totalt 32 individuelle kommunale akutte døgnenheter.

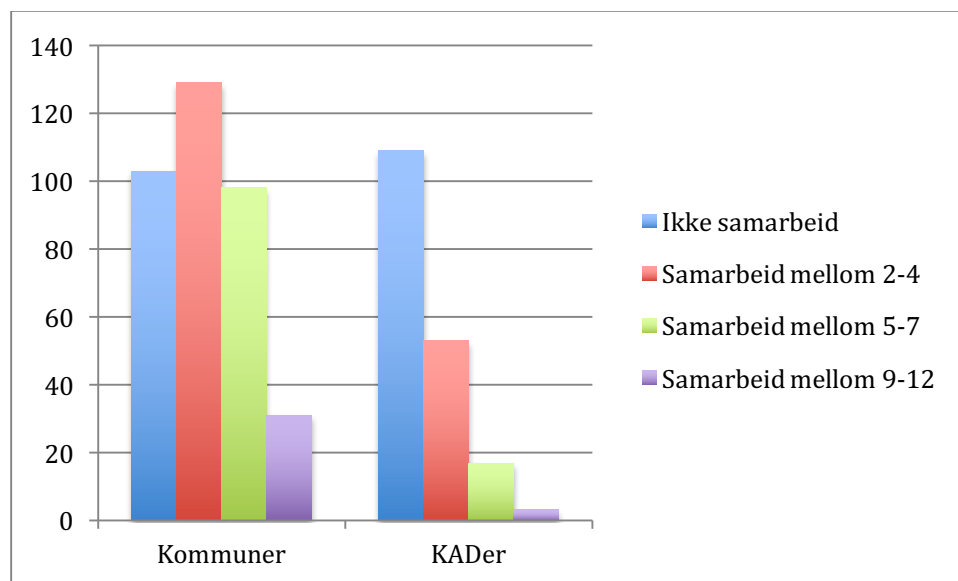
Resultater

Interkommunale modeller versus kommunale modeller

361 kommuner søkte i tilskudsperioden om tilskudd til 182 akutte døgnenheter: 109 kommunale og 73 interkommunale. Tilskuddssøknadsundersøkelsen viser at 28,5 prosent av kommunene har planer om å etablere og drifte KAD alene; 69,8 prosent vil inngå interkommunalt samarbeid om KAD; og 1,7 prosent vil etablere både et eget og interkommunalt tilbud.

Figur 2 viser utbredelsen av interkommunalt samarbeid. Søylene til venstre viser hvor mange *kommuner* som deltar i samarbeid om KAD. Målt i antall kommuner er det altså mest vanlig å samarbeide med én, to eller tre andre kommuner, som den røde søylen til venstre indikerer. Søylene til høyre derimot viser hvor mange interkommunale *akuttenheter* som finnes innenfor de forskjellige kategoriene. Den høye blå søylen viser at det er etablert flere kommunale enn interkommunale akuttenheter. Videre viser figuren at samarbeid mellom flere enn åtte kommuner ikke er så vanlig; det er kun de kommunale akutte døgnenheter ved legevakten i Lindås og Orkdal (med henholdsvis 9 og 12 kommuner) og på Myratunet sykehjem i Arendal (10 kommuner) som har så mange kommuner med i samarbeidet. Det er ingen betydningsfull forskjell mellom kommuner av ulik størrelse når det gjelder samarbeid; i både små (<5000), mellomstore (5000-19 999) og store kommuner (>20 000) er ca. 7 av 10 med i interkommunale samarbeid om KAD.

Figur 2: Utbredelse av samarbeid om KAD - antall kommuner vs. akuttenheter (n=361, n=182)



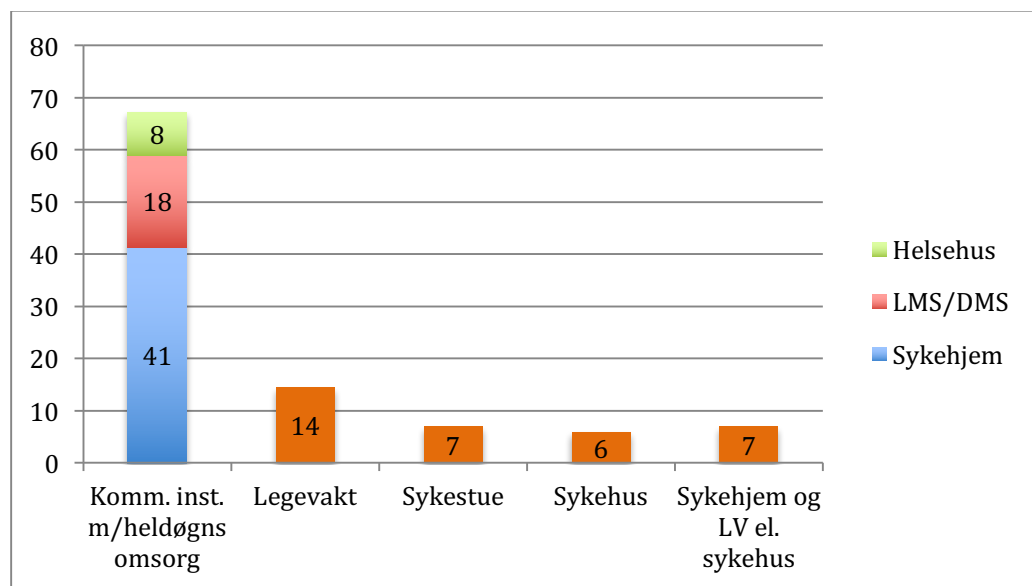
Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Lokalisering

Kommunene velger å organisere KAD på sju forskjellige måter når det gjelder lokalisering: Lokalisering til sykehjem; helsehus; lokal-/distriktsmedisinsk senter (LMS/DMS, heretter kalt LMS); legevakt; sykestue; sykehus; og todelt tilbud ved sykehjem og legevakt eller sykehus. Fordelingen mellom kommunene er illustrert i Figur 3. Lokalisering til sykehjem er den klart vanligste lokaliseringsformen med 41 prosent, etterfulgt av LMS (18 %), legevakt (14 %) og helsehus (8 %). Minst vanlig er lokalisering til sykestue (7 %) og sykehus (6 %). I tillegg har 7 prosent todelt tilbud ved kommunal institusjon med heldøgns omsorg og pleie på den ene siden og legevakt eller sykehus på den andre. Det finnes også enkelte kommuner som har kommunale tilbud og som samtidig deltar i interkommunalt samarbeid om KAD. Fem kommuner søkte om tilskudd til tilbud som omfatter kommunale senger ved sykehjem eller helsehus på den ene siden og interkommunale plasser ved legevakt eller på sykehus på den

andre. Én kommune søkte om tilskudd til å benytte kommunal plass på dagtid, og plass ved interkommunalt tilbud ved innleggelse om natten.

Figur 3: Kommunenes lokalisering av KAD % (n=361)



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Tabell 2 viser antallet akutte døgntilbud som finnes per lokaliseringstype, fordelt på kommunale og interkommunale enheter. Flertallet av tilbudene som er lokalisert til sykehjem og sykestue er kommunale, mens de interkommunale enhetene dominerer i de andre kategoriene. Hele ni av de ti akuttenehetene som er knyttet opp mot legevakt er interkommunale og det samme er ca. sju av ti ved helsehus og LMS. Likevel er sykehjem den vanligste lokaliseringsløsningen også blant kommuner som samarbeider med nabokommuner om KAD-sengene, etterfulgt av LMS, helsehus og legevakt, sykehus og til sist, sykestue.

Tabell 2: De kommunale akutte døgnenheters lokalisering fordelt på kommunale/interkommunale enheter

Lokalisering	Antall KADer	Antall kommunale KADer	Antall interkommunale KADer
Sykehjem	112	77	35
LMS	21	7	14
Helsehus	12	3	9
Legevakt	10	1	9
Sykestue	20	19	1
Sykehus	7	2	5
Totalt	182	109	73

Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

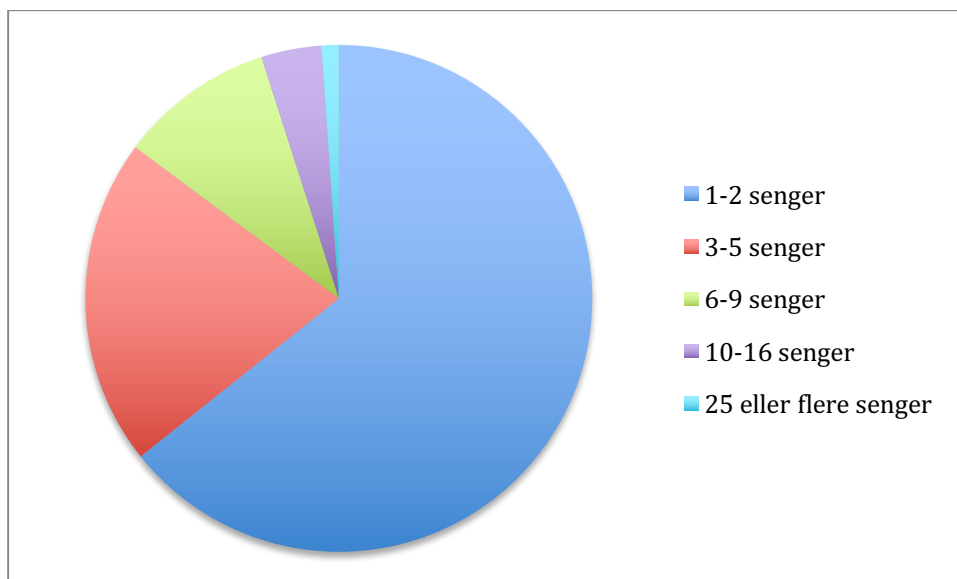
Når man ser kommunestørrelse opp imot organisering, er det, som forventet, et fravær av større (og sentrale) kommuner som lokaliserer KAD til sykestue. Den eneste kategorien som peker seg ut med en tydelig overvekt av større kommuner er lokalisering til helsehus. Dette er naturlig i og med at det i all hovedsak er større kommuner som tilbyr mer spesialiserte sykehjemsplasser på såkalte helsehus. Dette bekreftes også når dataene analyseres på KAD-nivå. Samtlige akutte døgnenheter lokalisert til helsehus og sykehus ligger i kommuner med over 5000 innbyggere, og 11 av de 12 akuttenehetene ved helsehus ligger i kommuner med over 20 000 innbyggere.

Samtlige lokaliseringsløsninger er også representert i alle landsdelene, med unntak av sykestueløsningen som bare finnes i Nord og i Sør-øst (Troms, Finnmark og Hallingdal). Lokalisering til helsehus kun gjelder én kommune i Vest (Haugesund).

Antall senger

Antallet KAD-senger følger i stor grad antall estimerte liggedøgn som er fastsatt i Helsedirektoratets veileder fra 2012 (vedlegg 2 i Helsedirektoratet, 2012). Kun et fåtall kommuner etablerer et høyere antall senger enn estimatet tilsier, siden ressursene kommunene får til finansiering av tilbudet fra Helsedirektoratet og helseforetaket er beregnet ut ifra antallet forventede liggedøgn. Størrelsen på tilbudene varierer naturlig nok i forhold til størrelsen på kommunen eller kommunesamarbeidet, fra én seng til 73. De aller fleste av KAD-enhetene som etableres er forholdsvis små; 147 av de 182 tilbudene har under 5 senger. Kun 9 tilbud består av over 10 senger, og foruten Oslo gjelder dette kun interkommunale tilbud.

Figur 4: Størrelsen på de kommunale akutte døgnenhetene (n=182)

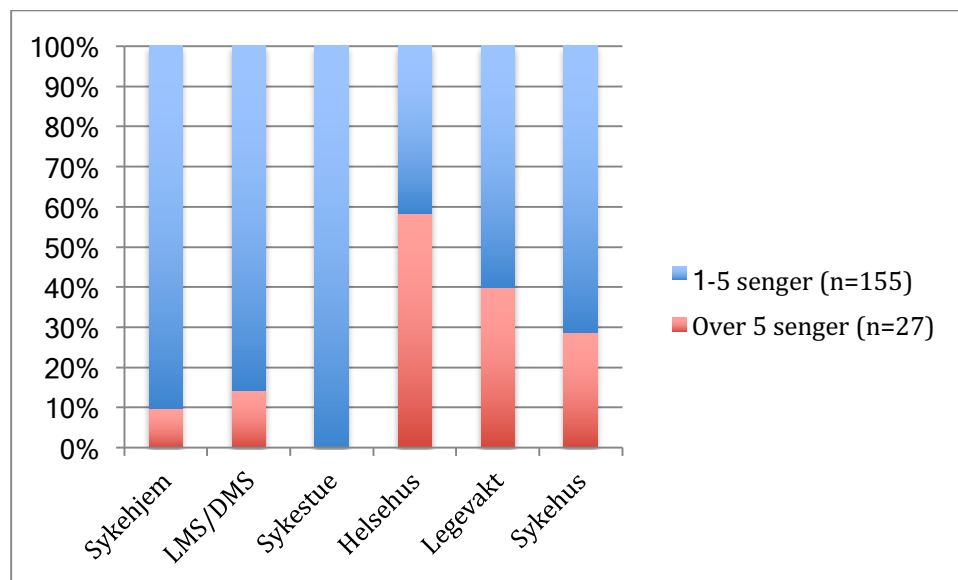


Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Figur 4 viser tydelig at de store kommunale akutte døgnenhetene er i mindretall: 64 prosent har kun 1-2 senger, og ytterligere 21 prosent har 3-5 senger. De små enhetene er i stor grad samlokalisert med en korttids-, sykestue- eller annen avdeling på sykehjem eller LMS. Figur

5 viser at de små enhetene dominerer i kategoriene sykehjem, LMS og sykestue, men i de mer spesialiserte tilbudene ved legevakt, helsehus og sykehus er de store enhetene like fremtredende.

Figur 5: Lokalisering av KAD i henhold til størrelse på KAD



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

90 prosent av de «små» akutenhetene (1-5 senger) er lokalisert til sykehjem, LMS eller sykestue, mens de resterende 10 prosentene er likt fordelt på helsehus, legevakt og sykehus. 40 prosent av enhetene med flere enn fem senger er lokalisert til sykehjem, 26 prosent til helsehus, 11 prosent til LMS, 15 prosent til legevakt og 7 prosent til sykehus.

Organisering av legetjenesten og sykepleiedekning

Når det gjelder legetjenesten, er det et stort mangfold i løsningene som beskrives i tilskuddssøknadene. Fast legetilsyn på dagtid hverdager er vanlig i alle tilbudene, mens det er mer variabelt om det er organisert fast tilsyn i helgen. Svært mange av tilbudene ved sykehjem kombinerer tilsyn av sykehjemslege (og/eller fastleger) i ordinær kontortid med

legevakt (og/eller annen vaktordning) etter kontortid og på helg. Flere steder benytter tilbudet seg kun av eksisterende tilsynslegeressurs, mens ved andre tilbud styrkes legedekningen i forbindelse med etableringen.

Et mindre antall kommuner ansetter leger i egne stillinger tilknyttet KAD. F.eks. ved det interkommunale tilbudet i Kongsvinger planlegges det ansettelse av egen lege med ansvar for KAD på dagtid hverdager, mens legevakten har ansvaret utenom ordinær kontortid. Å ha en legetjeneste fysisk til stede og tilgjengelig 24 timer i døgnet er tilsynelatende kun hensiktsmessig ved kommunale akutte døgntilbud lokalisert til legevakt og i Oslo, der tjenestetilbudet er av en slik størrelse at det er mulig å ha egne leger på vakt hele døgnet. Andre tilfeller der dette kan være hensiktsmessig er når tilbudet er samlokalisert med andre helsetjenester og omfanget av tjenestene sammenlagt muliggjør døgnskategorisk legedekning. De av de legevaktlokaliserte akutte døgnetenhetene som ikke har døgnskategorisk legebemanning tilsetter f.eks. leger i deltidstillinger for å dekke tilsyn på dagtid eller tilplikter f.eks. fastleger ansvaret.

For øvrig er det flere kommuner som organiserer egne vaktordninger for KAD. Kommunene har da inngått spesielle avtaler med fastlege(r) og/eller sykehjemslege(r) om tilsyn og bakvakt på dagtid og/eller kveldstid. Én kommune oppgir at legetjenesten for døgntilbudet skal ivaretas av kommunens eneste lege, som er tilgjengelig hele døgnet alle dager. I andre kommuner gis fastlegene ansvaret for «sine» pasienter hverdager innenfor ordinær kontortid (inkludert daglig tilsyn), mens legevakten overtar etter kontortid og på helg. I Porsgrunn derimot er planen å bruke to legeårsverk i en egen vaktordning for å dekke alle dag- og kveldsvakter, mens Hortens vaktordning baserer seg på deltakelse fra kommunens sykehjemsleger.

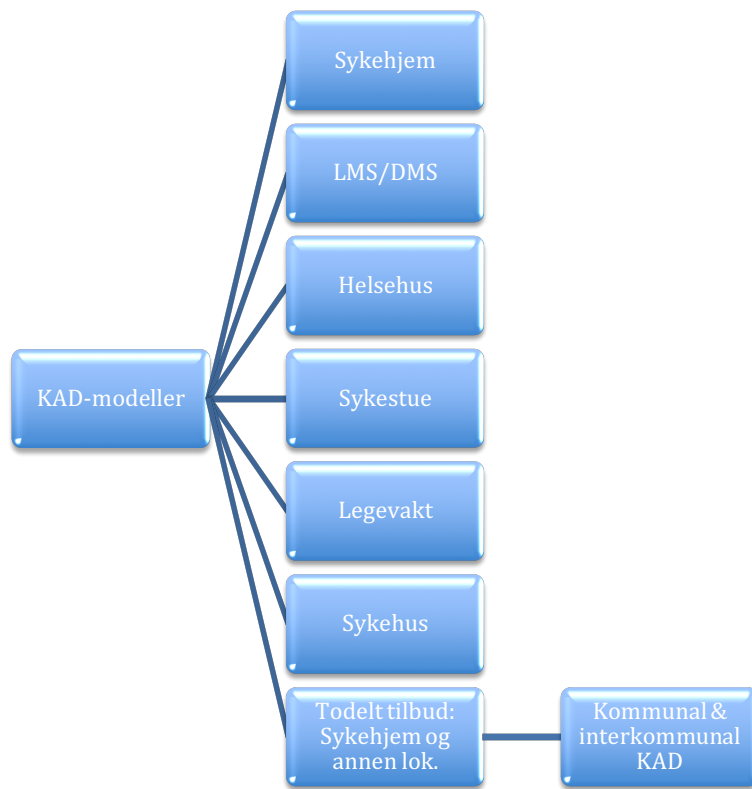
Samtlige kommuner oppgir at de oppfyller kravet om å ha sykepleier på vakt ved KAD 24 timer i døgnet sju dager i uken.

Analyse

Modeller for organisering av KAD

Kommunenes løsninger for organisering av kommunalt akutt døgntilbud kan deles inn i åtte modeller: KAD ved sykehjem; LMS; helsehus; sykestue; legevakt; sykehus; sykehjem og annen lokalisering (legevakt, sykehus eller LMS); og kommunalt tilbud kombinert med interkommunalt tilbud. Figur 6 illustrerer forholdet mellom disse modellene. Sykehjemsmodellen forekommer hyppigst, etterfulgt av LMS- og legevaktsmodellene. Helsehus-, sykestue- og sykehusmodellene samt kombinerte modeller forekommer mer sjelden.

Figur 6: Åtte KAD-modeller basert på lokalisering



Tabell 3 gir en beskrivelse av hver av modellene, basert på funnene fra tilskuddssøknadsundersøkelsen.

Tabell 3: KAD-modellenes profiler

	Komm./IK avdeling	Type avdeling	Antall senger (KAD- nivå)	Nyopprettede/ omdefinerte plasser	Organisering av legetjenes- ten
Sykehjem	Primært kom- munale	Del av korttids- avd. eller lang- tidsavd. hvis kommunen ikke har korttids- plasser	0,6-12	Majoriteten nyopprettede, men også om- definerte kort- tid- og/eller langtidsplasser	Iht. lokale forhold
LMS	Kommunale, interkommunale	Del av spesialisert korttids-/ intermediæravd. evt. egen KAD- avdeling	1-7	Majoriteten nyopprettede, men også om- definerte kort- tidsplasser	Iht. lokale forhold
Helsehus	Kommunale (evt. interkommunale hvis egen KAD- avd.)	Del av spesialisert korttids-/ intermediæravd. evt. egen KAD- avdeling	2-25	Majoriteten nyopprettede, men også om- definerte kort- tidsplasser	Iht. lokale forhold
Sykestue	Kommunale i Nord-Norge, Interkommunal i Hallingdal	Del av sykestue- avd.	0,1-4	Omdefinerte sykestueplasser	Iht. lokale forhold
Legevakt	Interkommunale	Egen avd. ved legevakt	2-14	Nyopprettede plasser	Døgkont. tilstedeværelse av lege vanlig
Sykehus	Kommunale, interkommunale	Egen avd. evt. del av (inter)kommunal intermediæravd.	2-73	Majoriteten nyopprettede	Døgkont. tilstedeværelse av lege vanlig
Todelt lo- kalisering	Kommunale, interkommunale, kommunal & interkommunal	Del av korttids- /intermediæravd. eller egen avd. ved kommunal institusjon & avd. ved legevakt/sykehus	1-13	Nyopprettede Omdefinerte	Iht. lokale forhold

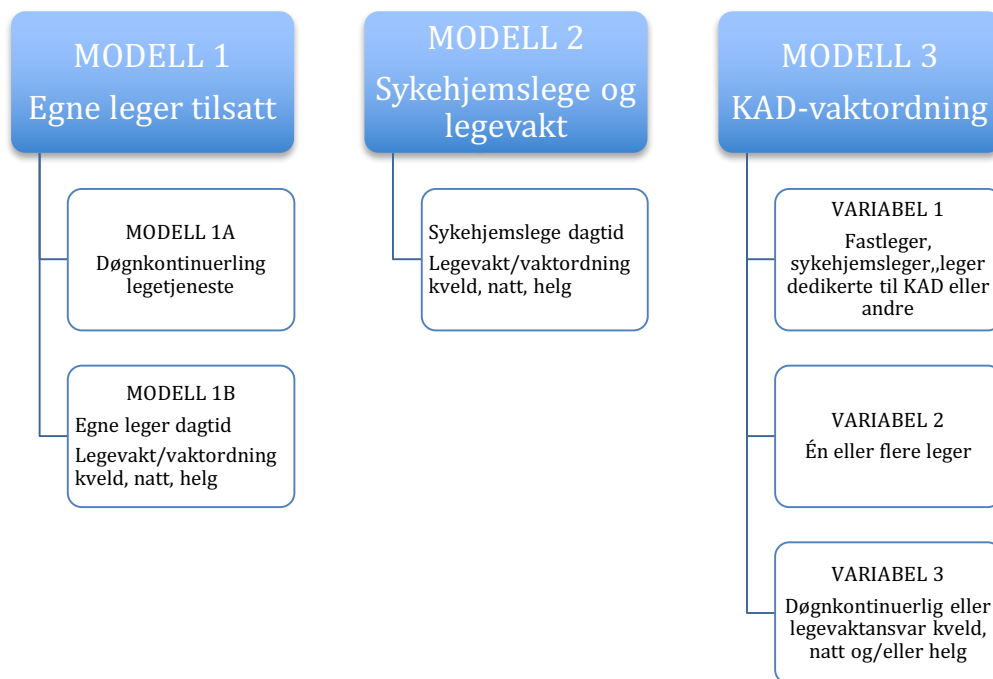
Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen og kommuneintervjuene

Tabellen viser at modellene har mange fellestrekk, spesielt når det gjelder type avdeling (primært korttidsavdelinger) og en legetjeneste tilpasset lokale forhold. Samtidig viser den at

noen modeller, som f.eks. legevakt og sykehus, skiller seg ut med egne KAD-avdelinger og en døgnkontinuerlig legetjeneste.

Hvordan kommunene har valgt å organisere sin legetjeneste kan deles opp i tre hovedmodeller, som vist i Figur 7. Eksempler på kommuner med modell 1A er enheter lokalisert til legevakt og Oslos KAD på Aker sykehus. Kongsvinger og andre tilbud ved sykehus er eksempler på modell 1B, mens modell 2 er vanlig blant kommuner med KAD på sykehjem. Modell 3 – egne KAD-vaktordninger – finnes det imidlertid mange variasjoner av, da vaktordningene varierer i henhold til tre variabler: Antallet leger som deltar i vaktordningen, hvilke leger som inngår i ordningen og omfanget av ordningen.

Figur 7: Modeller for organisering av legetjenesten



Kommunenes oversettelse av KAD som foreskrevet av nasjonale myndigheter

De aller fleste kommunene, om lag 7 av 10, samarbeider interkommunalt om KAD, i tråd med organisasjonsoppskriften slik den er presentert av nasjonale myndigheter/i veilederen. Selv om det store flertallet velger interkommunalt samarbeid om KAD, er det nesten 30 prosent, eller over 70 kommuner per 2015, som har valgt å *ikke* følge myndighetenes anbefaling om interkommunalt samarbeid. En ny rapport fra Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) viser at kommunenes viktigste argumenter *for* interkommunalt samarbeid er effektivitet – «oppnåelse av stordriftsfordeler, og bedring av evnen til å håndtere økonomisk risiko og kapasitetsutnyttelse» – og å vedlikeholde fagmiljøet i de kommunale tjenestene (Zeiner & Tjerbo, 2015 s. 31). Det viktigste argumentet *mot* samarbeid er imidlertid geografiske avstander, altså lang reisevei til et eventuelt interkommunalt tilbud (Grimsmo & Løhre, 2014; Zeiner & Tjerbo, 2015). I denne studien finnes det imidlertid mange eksempler på kommuner i perifere strøk som er tilknyttet interkommunale tilbud med lang reiseavstand. Åseral ligger for eksempel ca. 80 km unna akutteneheten sin i Mandal, og Flå kommune er ca. 90 km unna tilbudet i Ål. Slike tilbud er kritisert for at intensjonen om nærhet til pasienten forsvinner og oppslutningen om tilbudet daler (Hermansen, 2014). Dessuten kan det, som Hermansen (2014) påpeker i sin kronikk, «oppleves som meningsløst for innbyggerne i perifere kommuner at de skal legges inn på et 'kommunalt tilbud' vegg i vegg med sykehuset, eller endog kjøre forbi - eller i motsatt retning av sykehuset». Det at mange små og perifere kommuner likevel velger å delta i interkommunalt samarbeid kan i stor grad forklares med at mange opplever at KAD-kravet er så kompetanse- og ressurskrevende at de har få eller ingen muligheter til å etablere et tilbud på egen hånd (Zeiner & Tjerbo, 2015).

Lang reiseavstand til den interkommunale akutteneheten har i mange kommuner resultert i lav bruk av tilbudet (Deloitte, 2014). Mangelfull bruk av KAD-sengene indikerer i sin tur at

forsøket på idéoverføring (innføring av KAD) i disse kommunene ikke har vært i tråd med intensjonen. Selv om tilbudet er opprettet rent fysisk, har ikke ideen blitt institusjonalisert i praksis; legene ikke har tatt tilbudet i bruk. Dette kan være fordi oversettelsen av ideen ikke har passet godt nok inn med allerede eksisterende kultur, historie, verdier og andre organisasjonsstrukturer i den lokale konteksten. Kommunene har anvendt «feil» oversettelsesmodus; de har brukt en reproduserende modus når de heller burde anvendt en modifierende modus «slik at den lokale versjonen ville vært mer tilpasset den lokale kontekstens særegenheter og utfordringer» (Røvik, 2007 s. 322). Mange perifere kommuner har vist at det er mulig å gjøre nettopp dette – å etablere kommunale enheter selv om samarbeidspresset er stort.

De kommunale akutte døgnenheterne *lokaliseres* også i stor grad i henhold til organisasjonsoppskriften. Nesten 9 av 10 har fulgt nasjonale myndigheters anbefaling, det vil si anvendt en reproduserende modus og etablerer KAD i tilknytning til sykehjem, interkommunal legevakt eller (inter)kommunale intermediæravdelinger ved f.eks. helsehus eller LMS, mens de resterende har valgt en modifierende modus og i større grad trukket fra eller lagt elementer til oppskriften ut fra allerede etablerte lokale organisasjonsstrukturer og forhold. Mindretallet er altså de kommunene som har valgt å leie lokaler og, i noen tilfeller, tjenester ved nærliggende sykehus for å drifte KAD. I tillegg kommer de som har skreddersydd todelte tilbud for å utnytte eksisterende strukturer til fulle og/eller dekke lokale behov. Noen organisasjonsideer/-oppskrifter er mer vage enn andre, og dermed lettere å tilpasse egne lokale forhold. KAD kan ses som en typisk vag organisasjonsoppskrift med tanke på at kommunene har stor organisatorisk frihet hva angår lokalisering og organisasjonsløsninger. Resultatene som angår lokalisering kan derfor tolkes dit hen at samtlige kommuner *har fulgt* organisasjonsoppskriften fra myndighetene. Også kommunene

som har valgt bilaterale lokaliseringer har lokalisert sine tilbud til sykehjem og legevakt, og KAD-plassene som ligger på sykehus er ofte samlokalisert med kommunale eller interkommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling eller legevakt. Røvik argumenterer for at oversetteren må ha *konfigurasjonskompetanse*, det vil si kunnskap om allerede eksisterende organisasjonsideer og -praksiser i målorganisasjonen for at den nye ideen som skal implementeres tilpasses på en best mulig måte i forhold til det som finnes i organisasjonen fra før (Røvik, 2007 s. 329). Mye tyder på at kommunene har aktivert denne kompetansen når de har valgt lokalisering av KAD; oppskriften er nesten utelukkende oversatt med utgangspunkt i eksisterende strukturer og/eller organisert i forbindelse med andre, nyere organisasjonsideer.

I likhet med de sentrale føringene angående lokalisering er myndighetenes anbefalinger med hensyn til legetjenesten ved det enkelte KAD-tilbud svært vage og åpne for lokal adaptering. Resultatene kan på den ene siden tolkes som at samtlige kommuner har fulgt organisasjonsoppskriften, idet de alle har «avtaler med fast tilsatte leger, sykehjemslege, fastlege eller legevakt» (Helsedirektoratet, 2012 s. 6). Likevel er det på dette området resultatene i størst grad vitner om at kommunenes translatoerer har tatt i bruk sine kreative evner i oversettelsen av organisasjonsoppskriften. De har vært nødt til å *språksette* (Røvik, 2007) organisasjonsoppskriften fra myndighetene, altså gjøre den mer eksplisitt, for at den skulle gi mening og være oversettbar i deres lokale kontekst. Betydningen av alternativene, altså avtaler med fast tilsatte leger, sykehjemslege, fastlege eller legevakt, vil være svært forskjellig i kommuner med ulik størrelse, sentralitet, geografisk beliggenhet og tradisjon for interkommunalt samarbeid. Derfor har kommunene vært nødt til å innta den modifierende modus når de har oversatt denne delen av organisasjonsoppskriften. Videre har konfigurasjonskompetansen i kommunene spilt en stor rolle også i organiseringen av

legetjenesten, da nær sagt alle kommunene har måttet tilpasse tjenesten i henhold til kommunens eksisterende legeressurser og organiseringen av dem.

Avslutning

Det er et betydelig mangfold i hvordan kommunene har valgt å organisere sine kommunale akutte døgntilbud. De varierer betydelig i størrelse – fra 1 seng til 73, og de varierer i hvordan de er organisert både i henhold til lokalisering og organisering av legetjeneste. Denne studien har identifisert åtte KAD-modeller basert på lokalisering. Disse er KAD ved sykehjem; LMS; helsehus; sykestue; legevakt; sykehus; sykehjem og annen lokalisering (legevakt, sykehus eller LMS); og kommunalt tilbud kombinert med interkommunalt tilbud. Sykehjemsmodellen er klart mest utbredt. Videre kan organiseringen av legetjenesten deles opp i tre hovedmodeller: Egne leger tilsatt; sykehjemslege og legevakt/vaktordning; og egen KAD-vaktordning. Innenfor de forskjellige legetjenestemodellene finnes det mange variasjoner.

Ved hjelp av oversettelsesteori har artikkelen satt søkelys på hvordan KAD som organisasjonsoppskrift har blitt omsatt til praksis i landets kommuner. De fleste av kommunene har benyttet seg av en reproduserende modus (kopiering) når de har oversatt de to første delene av organisasjonsoppskriften – interkommunalt samarbeid og lokalisering. Spesielt når det gjelder interkommunalt samarbeid har kopiering blitt brukt, men også lokaliseringen av de aller fleste tilbudene følger den nasjonale veilederens anbefalinger. Funnene fra studien kan imidlertid også tolkes i en annen retning, nemlig at lokaliseringdelen av organisasjonsoppskriften har vært gjenstand for modifisering. Særlig anbefalingen om å lokalisere KAD til en intermediaæravdeling er lite konkret og har dermed vært gjenstand for tolkning av den enkelte kommune. F.eks. er KAD-plassene i noen kommuner lokalisert til kommunale intermediaæravdelinger på sykehus, i andre på interkommunale LMS. Videre

antyder analysen at nær sagt samtlige kommuner har blitt *tvunget* inn i en modifierende modus idet legetjenestedelen av organisasjonsoppskriften skulle oversettes. Grunnen til dette er at også denne delen av organisasjonsoppskriften var så vag at kommunene selv har måttet konkretisere oppskriften og gjøre den oversettbar til deres lokale kontekst. Dette har de måttet gjøre ved å bruke sin *konfigurasjonskompetanse* – innsikten i hvordan den nye ideen best tilpasses i forhold til eksisterende ideer og strukturer i kommunen. På grunn av organisasjonsoppskriftens vage og implisitte karakter ser det ut til at kommunene, uten unntak, har inntatt en modifierende modus i deres oversettelse av KAD som organisasjonsoppskrift til organisatorisk praksis.

En radikal modus (omvandling) har ikke blitt benyttet av noen av kommunene i deres implementering av KAD fordi lovkravet har lagt visse føringer for hvordan praksis skal utføres. En reproduserende modus (kopiering) av f.eks. Fosen-modellen kunne ha vært hensiktsmessig for kommuner/samarbeid som har mange likheter med Fosen-kommunene. Når organisasjonene som ideen forsøkes kopiert mellom er like, er det ofte relativt lite risikofylt og fornuftig å bruke kopiering som oversettelsesregel (Røvik, 2007 s. 331). Men selv om den vage organisasjonsoppskriften har på sett og vis tvunget kommunene inn i en modifierende modus i oversettelsesprosessen, har det nok også vært det eneste fornuftige valget og også myndighetenes hensikt, kommunenes mangfold tatt i betraktning. Å innta en modifierende modus – eller bruke addering som oversettelsesregel – er hensiktsmessig når man forsøker å implementere en idé, men samtidig har...

«... elementer i en eksisterende lokal praksis som har vist seg å fungere godt, og som man derfor ønsker å ha med seg videre. En løsning kan da være å forsøke å legge til

og integrere de vellykkede elementene fra 'gammel' praksis når man utformer den nye løsningen».

(Røvik, 2007 s. 331)

I et kommuneperspektiv er innføringen av KAD kun én av mange organisasjonsideer som er kommet inn i løpet av de siste årene. Kommunene er i stor grad utsatt for det som Røvik beskriver som «ideer som er adoptert nokså ukoordinert og i ulike perioder og med ulike formål» - ideer som ikke nødvendigvis passer godt i forhold til hverandre (Røvik, 2007 s. 329). Utfordringen ute i kommunene idet en ny idé skal implementeres er å ivareta konfigurasjonskompetansen, slik at nye og eksisterende ideer og praksiser fremhever og utfyller hverandre. Dette er en viktig arena for videre forskning.

REFERANSER

- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Czarniawska, B., & Sevón, G. (eds. 1996). *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Deloitte. (2013). Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Oslo: Deloitte/KS FoU.
- Deloitte. (2014). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited - Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Grimsmo, A., & Løhre, A. (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43(4).
- Helsedirektoratet. (2012). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell (Vol. 02). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014a). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Revidert 2/2014. . Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014b). Samhandlingsstatistikk 2012-13 *Rapport IS-2138*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hermansen, M. (2014, 20.01.14). Holder akuttmedisinen høy nok kvalitet? . *Dagens Medisin*. Retrieved 17.10.14, from <http://www.dagensmedisin.no/debatt/holder-akuttmedisinen-hoy-nok-kvalitet/>
- Lappegard, Ø., & Hjortdahl, P. (2014). Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Social Science and Medicine*, 119, 27-35.
- Magnussen, S., & Tingvold, L. (2015). Utvikling av lokalmedisinske sentra (LMS) som interkommunal idéhåndteringsprosess. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(1), 62-83.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations - Formal-Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven) (2010-2011).
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skinner, M. S. (2014). Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012/2013 *SOF Rapportserie nr. 5/2014*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.

Statistisk sentralbyrå. (2013). Korrespondansetabell Helseregioner 2007/ Kommuner 2013 [online]. from <http://www3.ssb.no/CorrTabFrames.asp?ID=8663491&Language=nb>

Statistisk sentralbyrå. (2015). Folkemengde og befolkningsendringer, 4. kvartal 2014 [online]. from <https://http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkendrkv/kvartal/2015-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=218463>

Zeiner, H. H., & Tjerbo, T. (2015). Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen *NIBR-notat*.

Aaraas, I. (1998). Sykestuer i Finnmark: En studie av bruk og nytteverdi *ISM skriftserie*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Aaraas, I., Langfeldt, E., Ersdal, G., & Haga, D. (2000). Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten - la sykestuene leve! . *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(702-705).

NOTER

¹ Tusen takk til Siv Magnussen for viktige innspill til artikkelen. Studien er gjennomført som en del av forskningsprosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen», finansiert av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd.

² Dokumentasjonsrapporten for dataregistreringsprosessen er tilgjengelig på etterspørsel. Se også Skinner (2014 s. 8-9) for mer informasjon om tilskuddssøknadens innhold og begrensninger.