

Fakultet for økonomi- og ledelsesfag, Campus Rena

Lars Ånberg og Kåre Finstad Trondsen

Masteroppgave

Hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester vil kunne påvirke denne beredskapen

How emergency medical preparedness of an extended area is administered and a critical view of how changes to the centralization of hospitals and decentralized health services may affect this medical preparedness

Master i offentlig ledelse og styring, MPA13

2020

Forord

Vi vil takke vår veileder Kjell Tryggestad for refleksjoner, nyttige tips og veiledning.

Takk til våre medstudenter og lærere ved Høgskolen i Innlandet for en hyggelig reise og mange gode diskusjoner og refleksjoner gjennom et tre år langt studieløp.

Vi ønsker å gi våre familier en stor takk for at vi har fått handlingsrom til å delta på studiesamlinger på Rena, studiebesøk ved Karlstads universitet og få delta på en ukes opphold på den internasjonale sommerskolen i København. Det har også gått med en del tid til både selvstudier, lesing mot eksamener og sist men ikke minst denne masteroppgaven.

En stor takk til divisjonsledelse, avdelingsledelse og våre kollegaer ved vår arbeidsplass Sykehuset Innlandet, Divisjon Prehospitale tjenester, avdeling ambulanse. Vi setter stor pris på det handlingsrommet og den muligheten vi har fått til å utvikle oss som ledere, og at de ser nytten av kompetanseheving i en ellers travel hverdag.

En stor takk til de vi har intervjuet. Den informasjonen som har kommet frem i intervjuene og de refleksjoner og tanker som er delt med oss er selve grunnlaget for oppgaven vår. Vi er svært takknemlig for at vi fikk innpass i en vår/sommer som har vært preget av koronapandemien. Bare for ordens skyld, vi har tatt hensyn til gjeldende smittevernregler underveis.

Med denne oppgaven har vi tilegnet oss nye kunnskaper og med den avslutter vi vårt MPA studie. Håper at også andre vil ha nytte av det vi har skrevet.

Rena 1/11-20

Lars Ånberg og Kåre Finstad Tronsen

Innhold

FORORD	2
INNHold	3
NORSK SAMMENDRAG	6
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	7
1. INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 PROBLEMSTILLING	11
1.2.1 <i>Forsknings spørsmål</i>	11
1.3 PRIMÆRHELSETJENESTENS ANSVAR FOR AKUTTMEDISINSK BEREDSKAP I KOMMUNEN	11
1.4 AMBULANSETJENESTENS ORGANISERING I INNLANDET	13
1.5 GEOGRAFISKE OG DEMOGRAFISKE UTFORDRINGER I INNLANDET	16
1.6 BEREDSKAPSANALYSEN	17
2. TEORI	18
2.1 NEW PUBLIC MANAGEMENT OG REFORMER	18
2.1.1 <i>Mål og resultatstyring</i>	19
2.1.2 <i>Benchmarking</i>	20
2.1.3 <i>Reformer og forvaltningsreformprosesser</i>	22
2.2 INSTRUMENTELL TEORI	26
2.3 INSTITUSJONELL TEORI	28
2.3.1 <i>Kulturelle perspektivet</i>	28
2.3.2 <i>Myteperspektiv</i>	29
2.3.3 <i>Kulturforskjeller mellom forvaltningsnivåene</i>	30
3. METODE	32
3.1 INNLEDNING	32
3.2 METODE	32
3.2.1 <i>Kvalitativ metode med eksplorerende tilnærming</i>	32
3.2.2 <i>Casestudie</i>	33
3.3 INTERVJUENE	34
3.3.1 <i>Semistrukturerte livsverdensintervju</i>	34

3.3.2	<i>Fenomenologisk tilnærming og hermeneutisk sirkel</i>	36
3.4	INTERVJUGUIDE.....	36
3.4.1	<i>Utvalgsstørrelse og –strategi</i>	36
3.4.2	<i>Intervjusituasjonen</i>	37
3.5	ETTERBEHANDLING AV DATAENE.....	38
3.5.1	<i>Transkribering</i>	38
3.5.2	<i>Analyse av dataene som fremkom i intervjuene</i>	38
3.6	METODEREFLEKSJON	39
3.6.1	<i>Etiske forhold og forskerrolla</i>	39
3.6.2	<i>Reliabilitet/pålitelighet</i>	40
3.6.3	<i>Validitet/bekreftbarhet</i>	40
4.	CASESTUDIEN OM HVORDAN AKUTT MEDISINSK BEREDSKAP I ET STORT OMLAND PÅVIRKES AV ENDRINGER	43
4.1	INNLEDNING.....	43
4.2	HVORDAN PÅVIRKER SENTRALE FORSKRIFTER OG STYRINGS DOKUMENTER PRIMÆRHELSETJENESTE OG SPESIALISTHELSETJENESTE FOR Å SIKRE EN GOD MEDISINSK BEREDSKAP ?	43
4.2.1	<i>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023</i>	43
4.2.2	<i>Akutforskriften</i>	45
4.3	HVORDAN OPPELVES SAMHANDLINGEN MELLOM KOMMUNENE OG SYKEHUSET INNLANDET FOR Å SIKRE EN GOD AKUTT MEDISINSK BEREDSKAP	49
4.3.1	<i>Samhandlingsmøter i geografisk samarbeidsutvalg</i>	49
4.3.2	<i>Samhandling sykehus-kommune</i>	51
4.3.3	<i>Samhandling beredskap</i>	52
4.3.4	<i>Samhandling legevakt-ambulanse</i>	56
4.4	HVORDAN PÅVIRKER DE ULIKE FORVALTNINGSNIVÅER PRIMÆR OG SPESIALISTHELSETJENESTEN. 57	
4.5	PÅ HVILKEN MÅTE VIL EN DESENTRALISERING AV HELSETJENESTER VÆRE MED PÅ Å SIKRE EN GOD AKUTT MEDISINSK BEREDSKAP I KOMMUNEN	58
4.6	HVORDAN VIL DEMOGRAFI OG GEOGRAFI PÅVIRKE FREMTIDENS BEREDSKAP	61
4.6.1	<i>Geografiske utfordringer</i>	62
4.6.2	<i>Demografiske utfordringer</i>	64
5.	DISKUSJON OG DRØFTING	67
5.1	HVORDAN PÅVIRKER SENTRALE FORSKRIFTER OG STYRINGS DOKUMENTER PRIMÆRHELSETJENESTE OG SPESIALISTHELSETJENESTE FOR Å SIKRE EN GOD MEDISINSK BEREDSKAP	67

5.2	HVORDAN OPPLEVES SAMHANDLINGEN MELLOM KOMMUNENE OG SYKEHUSET INNLANDET FOR Å SIKRE EN GOD AKUTTMEDISINSK BEREDSKAP	69
5.3	HVORDAN PÅVIRKER DE ULIKE FORVALTNINGSNIVÅER PRIMÆR OG SPESIALISTHELSETJENESTEN.	72
5.4	PÅ HVILKEN MÅTE VIL EN DESENTRALISERING AV HELSETJENESTER VÆRE MED PÅ Å SIKRE EN GOD AKUTTMEDISINSK BEREDSKAP I KOMMUNEN	73
5.5	HVORDAN VIL DEMOGRAFI OG GEOGRAFI PÅVIRKE FREMTIDENS BEREDSKAP.....	75
6.	KONKLUSJON	78
6.1	PROBLEMSTILLING	78
6.1.1	<i>Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for å sikre en god medisinsk beredskap.....</i>	<i>78</i>
6.1.2	<i>Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap.....</i>	<i>79</i>
6.1.3	<i>Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåer primær og spesialisthelsetjenesten.</i>	<i>80</i>
6.1.4	<i>På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunen.....</i>	<i>80</i>
6.1.5	<i>Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap.....</i>	<i>81</i>
6.2	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	83
	LITTERATURLISTE	84
	Vedlegg;	
	NSD, Meldeskjema for behandling av personopplysninger	
	Skriftlig informasjon til informantene	
	Intervjuguide	

Norsk sammendrag

I denne oppgaven undersøker vi hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester vil kunne påvirke denne beredskapen.

Reformer og endringer skjer i stadig økende fart i offentlig sektor. Helsevesenet i Norge har de siste 30 årene blitt mer markedsstyrt med prinsipper for organisasjonstenkning som tidligere lå innen næringsvirksomhet.

Vi vil gjennom oppgaven bruke aktuell teori innen offentlig forvaltning, organisasjonsstrukturer og hvordan en kan forstå reformer. Vi bruker kvalitativ metode, casestudie med semistrukturerte intervjuer og har brukt offentlige dokumenter. Vi har intervjuet sju informanter innen kommunal, helseforetak og direktorat for å belyse vår problemstilling. Underveis i undersøkelsen har vi tatt i bruk fem forskningsspørsmål;

1. Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å sikre en god medisinsk beredskap?
2. Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap?
3. Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåene primær og spesialisthelsetjenesten?
4. På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunene?
5. Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap i Innlandet?

Det er en erkjennelse at samhandlingsreformen fra 2010 ikke helt har fungert etter intensjonen, og at det nå i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23 gjøres grep og justeringer for at bedre samhandling i helsetjenesten skal kunne skje. Mange reformer implementeres gjennom en lang kjede av beslutninger. Kompleksiteten i denne prosessen fra idé til faktisk gjennomført reform er stor, og denne kompleksiteten ser ut til å øke.

Våre funn forsterker våre antagelser om at mye av reformjusteringen er kosmetikk og at utfordringene ligger dypere i organisasjonskulturen. En av hovedutfordringene er at helsetjenestene ytes gjennom ulike forvaltningsnivåer. Utfordringen er å implementere nye reformer, og få deltagerne i en fremtidig helsetjeneste til å ha felles situasjons- og målforståelse og med det endre organisasjonskulturen.

Engelsk sammendrag (abstract)

In this thesis, we will examine how emergency medical preparedness of an extended area is administered. Including a critical view of how changes to the centralization of hospitals and decentralized health services may affect this medical preparedness.

Reforms and changes are taking place at an ever-increasing pace in the public sector. In the last 30 years, the health care system in Norway has become more market-driven with principles for organizational thinking which previously were used within business.

Throughout this thesis, we will use relevant theories within public administration, organizational structures as well as different methods to understand reforms. We use a qualitative method, a case study with semi-structured interviews and public documents. We have interviewed seven informants within the municipal, health trusts and directorates to shed light on our problem. During the survey, we asked these five research questions;

1. How do key regulations and management documents affect the primary health service and the specialist health service to ensure good medical preparedness?
2. How does the communication between the different municipalities and Sykehuset Innlandet appear to ensure good emergency medical preparedness?
3. How do the different levels of the governing bodies affect the primary and specialist health services?
4. In what way will a decentralization of health services help to ensure good emergency medical preparedness in the municipalities?
5. How will demographics and geography affect the future preparedness in Innlandet?

It is a recognition that the collaboration reform from 2010 has not fully worked as intended, and that now in the new National health and hospital plan 2020-23, measures and adjustments are being made to ensure that better collaboration in the health service can take place. Many reforms are implemented through a long chain of decisions. The process of turning an idea into an actual reform is a long process which complexity only seems to be increasing.

Our findings reinforce our assumptions regarding how much of reform adjustments are just surface level and that the challenges lie deeper in the organizational culture. One of the main challenges is how the health services are provided by different levels of government. The challenge is to implement new reforms, and get the participants in a future health service to have a common understanding of situations and goals and thereby change the organizational culture.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

“Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter» (Akutforskriften, 2015,).

Vi har begge lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Våre erfaringer er fra intrahospitalt arbeid som anestesisykepleiere og mange års erfaring fra prehospitalt arbeid, operativt og som ledere i ambulanseavdelingen i Sykehuset Innlandet. Vår erfaring etter mange år i ambulansetjenesten er at det er forskjeller mellom kommunene i Innlandet i hvordan den akuttmedisinske beredskapen blir ivaretatt. Det pågår en organisasjonsendring med en sentralisering av sykehus og en samtidig desentralisering av helsetjenester. Vi ønsker med studien å se på hvordan ulike faktorer påvirker den akuttmedisinske beredskapen i Innlandet. Vi vil i tillegg til opplysninger fra informantene bruke egne erfaringer for å belyse og forklare problemstillinger og utfordringer.

Valget vårt av metode og hvordan vi har gått frem er nærmere beskrevet i metodekapittelet. Vi kunne ha valgt kvantitativ metode med spørreskjemaundersøkelse, såkalt surveyundersøkelse. Grunnen til at vi har valgt kvalitativ metode med casestudier er at vi ville vite mer om hva våre informanter hadde av informasjon og empirisk kunnskap, som kunne belyse vår problemstilling, våre forskningsspørsmål og øke vår kunnskap om temaet. Vi har innhentet våre data gjennom semistrukturerte intervjuer med ledere og fagpersoner innen kommuner i Innlandet fylke, i Sykehuset Innlandet HF og ved Helsedirektoratet. Vi har også studert offentlige dokumenter, som er retningsgivende for operasjonaliseringen av den akuttmedisinske beredskapen og de helsetjenester som ytes i denne konteksten. Noen av disse offentlige dokumentene ligger også til grunn for endringer og reformer som foregår.

Helsesektoren har de siste tretti årene gjennomgått store reformer. Flere av reformene bærer preg av en styringsideologi inspirert av New Public Management (NPM) og public choice teori. Reformene har hatt som intensjon å effektivisere og kutte kostnadene gjennom mål og resultatstyring. I følge studiet til Hood og Dixon konkluderer de med at etter 30 år med NPM reformer har kostnadene i offentlig sektor økt uten at det har skapt mere effektivitet. Det finnes

lite dokumentasjon på hvordan det romlige aspektet påvirker et stort geografisk omland ved implementering av nye reformer. Hood og Dixon presiserer at det er behov for flere komparative studer for å evaluere konsekvensene av NPM perioden (Hood & Dixon, 2015).

Den 8. mars 2019 gav Helseminister Bent Høie tilslutning til den utviklingsretning Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF hadde tegnet:

«Dette innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttisykehus, Mjøs-sykehuset, et akuttisykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttisykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles»

Sykehuset Innlandet HF har vedtatt et fremtidig målbilde som skal vektlegge utviklingen innenfor fire områder (<https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur>):

- *Samhandling med primær helsetjenesten: Ved å utvikle en tettere samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene skal det legges til rette for gode pasientforløp og bidra til at flere pasienter slipper belastende reiser og unødige sykehusinnleggelse.*
- *Prioritering av desentralisert spesialisthelsetjenester: Tilby flere tjenester der folk bor gjennom å ta i bruk nye løsninger, videokommunikasjon og fjernmonitorering. Vil også være fysisk til stede i distriktene blant annet med akuttisykehus på Tynset og flere distriktpsykiatriske sentre. Tilbudene ved de lokalmedisinske sentrene (LMS) skal videreutvikles og få større rolle i den akuttmedisinske kjeden.*
- *Utvikling av prehospitale tjenester: Økt kompetanse og ny teknologi gjør at diagnostisering og avansert behandling kan startes utenfor sykehus.*
- *Spesialiserte tilbud med høy kompetanse i Mjøs-sykehuset.*

Med en desentralisering av spesialisthelsetjenester og større forventninger på primærhelsetjenesten vil det medføre et stort behov for samhandling på tvers av forvaltningsnivåer. Samhandling har vært et sentralt tema i det norske helsevesenet i over 40 år, som man har forsøkt å løse på ulike måter gjennom helse- omsorg- og sosialpolitikk. For at samhandling skal bli vellykket i helsetjenesten er det viktig at gruppene er lydhøre for hverandre, og arbeider for å forstå de ulike utgangspunkt som gjør seg gjeldende. For å sikre en gruppeloyalitet overfor helsetjenesten som helhet, må gruppene forstå de ulike utgangspunkt som gjør seg gjeldende for å samordne seg mot nye felles mål. I helsetjenesten møtes

profesjonsgrupper med sterk gruppejalitet og selvstendige faglige tradisjoner. Med en innflytelsesrik administrasjon og politikere er det naturlig at oppfatningen av både problemene og målene lett kan sprike (Christie, 1988).

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009) ble iverksatt 1. januar 2012. Bakgrunnen for reformen var en erkjennelse at tjenestene var blitt fragmentert og i ferd med å bli for kostbare. Pasientens behov for koordinerte helsetjenester ble ikke godt nok ivaretatt, og tjenestene var for fragmenterte. Flere utredninger påpekte nødvendigheten av bedre samhandling og samordning. Virkningene av helseforetaksloven og finansieringsordningen bidro også til å sette behovet for bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten på dagsorden. Økt kommunalt ansvar og fokus på forebygging er ment å skulle føre til færre innleggelser og kortere liggetid i sykehuset. Evalueringen av samhandlingsreformen viser varierende grad av likeverd mellom kommuner og helseforetak. Jevnt over synes forholdet å være asymmetrisk med foretaket som den sterke part (Norges forskningsråd, 2016). Det kan virke som samhandlingsreformens overordnede mål med å gi bedre og sømløs pasientbehandling lider under de økonomiske insentivene. Evalueringen viser også at det må legges til rette for et mer likeverdig forhold mellom kommuner og helseforetak i avtaleforhandlinger (Løhre & Grimsmo, 2015).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er etterkommeren til samhandlingsreformen. Gjennom helse- og sykehusplanen ønsker regjeringen å etablere en helhetlig og sammenhengende helse og omsorgstjeneste der pasienten skal være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Helseforetak og kommuner skal samhandle og møtes som likeverdige partnere i helsefelleskap. Regjeringen ønsker å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. Helsefelleskapene vil ha representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenesten sammen (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020).

Nasjonal helse- og sykehusplan legger føringer for en desentralisering av spesialisthelsetjenester og et større ansvar på primærhelsetjenesten. Vi ønsker å undersøke hvordan en sentralisering av sykehusstrukturen, med en samtidig desentralisering av helsetjenester, vil kunne påvirke den akuttmedisinske beredskapen i kommunene i et stort omland. Tidligere reformer bærer preg av forvaltningsnivåer som har betraktet hverandre som parter istedenfor partnere, og et hovedfokus på økonomi og juridisk bindende avtaler. Det vil

være naturlig å undersøke hvordan den fremtidige akuttmedisinske beredskapen skal organiseres, og om det er et samsvar mellom de ulike forvaltningsnivåene.

1.2 Problemstilling

Hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester vil kunne påvirke denne beredskapen.

1.2.1 Forskningsspørsmål

For å få svar på problemstillingen har vi valgt å bryte den ned i fem konkrete forskningsspørsmål:

- Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å sikre en god medisinsk beredskap?
- Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap?
- Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåene primær og spesialisthelsetjenesten?
- På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunene?
- Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap i Innlandet?

1.3 Primærhelsetjenestens ansvar for akuttmedisinsk beredskap i kommunen

I 1982 ble den kommunale legevakten hjemlet i Lov om kommunehelsetjenester. Kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Av § 1-3 framgår det bl.a. at kommunen skal sørge for allmennlegetjenester, herunder kommunal legevaktsordning. Kommunen kan organisere tjenesten på ulike måter, eventuelt i samarbeid med andre kommuner. NOU 1998:9 «Hvis det haster...» (NOU 1998:9, 1998) beskriver legevaktens tre hovedfunksjoner i den akutt medisinske kjeden:

- Diagnostisere og ferdigbehandle akutte allmennmedisinske tilstander der pasienten ikke har behov for sykehusbehandling.

- Diagnostisere tilstander som krever henvisning til eller innleggelse i sykehus, og kanalisere disse pasienter til riktig nivå for behandling.
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstander som er akutt livstruende, og som krever at pasienten raskt innlegges sykehus.

Da fastlegeordningen var innført i 2001 var deltagelsen i legevakt noe av det fastlegene måtte forplikte seg til for å få tilgang til en pasientliste. Primærhelsetjenesten har også en «portvaktfunksjon» som ble innført i forbindelse med Stortingsmelding nr. 9 (1974-1975) og etableringen av LEON-prinsippet. LEON er et administrativt prinsipp og står for «Lavest Effektive OmsorgsNivå». Dette prinsippet innebærer at undersøkelse og behandling skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. Det betyr i praksis at kommunehelsetjenesten skal ha hovedansvaret og ta seg av den overveiende del av befolkningens helseproblemer. LEON-prinsippet er årsaken til henvisningsplikt til spesialisthelsetjenesten, også for akuttmedisinske tilstander (St. meld. nr.9, 1975).

Samhandlingsreformen og etterfølgeren Nasjonal helse- og sykehusplan legger begge vekt på en desentralisering av helsetjenester samt å styrke tjenestene der pasienten bor. For å sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, må kommunen sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet (Akuttforskriften, 2015.) Det er flere utfordringer for kommunene for å oppfylle kravene om legevakt hele døgnet. For at innbyggerne i kommunen skal være trygge på at de får god hjelp i akutte situasjoner, er det nedfelt i Akuttforskriftens kompetansekrav for leger som går legevakt uten bakvakt. Intensjonen med kompetansekravene er økt pasientsikkerhet, men utilsiktede konsekvenser kan bidra til at disse kompetansekravene ikke oppnås. For eksempel ved at kravene bidrar til at det blir vanskeligere å rekruttere å oppnå stabil fastlegedekning og ved at tilgjengeligheten til legetjenester forverres ved ytterligere sentralisering (Hunskår et al., 2015.).

En annen utfordring er de geografiske forskjellene i et stort omland med en variasjon på innbyggerantall fra 1 268 i den minste kommunen (Engerdal) til 34 768 i den største (Ringsaker) (<https://www.ssb.no/>). Det har skjedd endringer i organisering og drift av kommunenes legevakt de siste årene som stort sett har medført en sentralisering av legevaktene. Små kommuner har gått sammen med andre kommuner for å få delt på oppgaven med lege i vakt. Dette for å klare å oppfylle kompetansekravene, og for å sikre tilgjengelig lege hele døgnet. I Innlandet har sentraliseringen resultert i at deler av befolkningen har fått lengre reisevei til nærmeste legevakt. Økte avstander er assosiert med reduksjon i antall

henvendelser i alle hastegrader, også de mest akutte. Konsultasjonsraten ved legevakt faller til under det halve ved en reiseavstand på 43 km eller mer. Den Norske Legeforening har poengtert at det er viktig at det ikke skapes en falsk trygghet for befolkningen ved at sentraliseringen skjer på feil premisser. I tillegg må man ikke gi befolkningen en falsk trygghet ved å tviholde på lokale legevaktstasjoner som ikke er i stand til å gi forsvarlig legehjelp. Sentralisering eller desentralisering av legevakttilbud må alltid være godt faglig forankret (Brennvall, Hauken, Hunskaar, Wisborg & Zakariassen, 2015)

Samhandlingsreformen hadde blant annet fokus på å utvide kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp gjennom etablering av døgnplasztilbud for pasienter og brukere med muligheter til å utrede, behandle eller yte omsorg. Funksjonen kommunale akutte døgnplasser (KAD) ble etablert. Fra 1. januar 2016 skal alle kommuner ha KAD plasser og tilbudet skal være like godt eller bedre enn innleggelse på sykehus (Storeheier et al., 2014). Med samhandlingsreformen ønsket også myndighetene å etablere lokale medisinske senter (LMS) ute i kommunene som ble beskrevet som kommunale helsetjenestetilbud før, etter eller istedenfor sykehusopphold. I Innlandet er det etablert to LMS, i Nord-Gudbrandsdal (Otta) og Valdres (Fagernes). Kommunene tilknyttet LMS samarbeider med Sykehuset Innlandet og kan utføre ulike spesialisthelsetjenester samt polikliniske tilbud. Legevakten er samlokalisert med LMS.

1.4 Ambulansetjenestens organisering i Innlandet

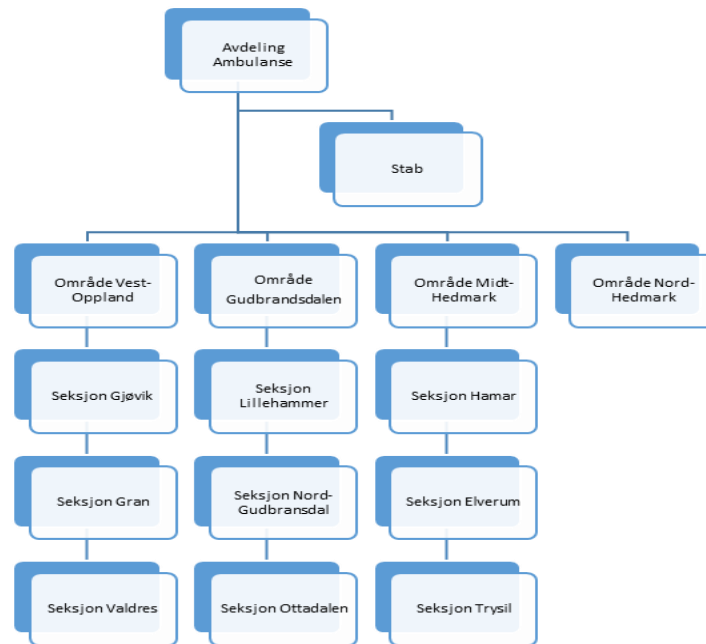
Moderne ambulanssevirkosomhet er å betrakte som sykehusets forlengede arm ut til befolkningen. Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter til å bli en viktig del av de akuttmedisinske tjenester og en behandlingsenhet i den akuttmedisinske kjede. I flere styresaker har Sykehuset Innlandet beskrevet at prehospitale tjenester er et sentralt område i et fremtidig målbylde, og er en av kjernevirkosomhetene til Sykehuset Innlandet.

NOU 2015:17 «Når det haster» hadde som mandat å beskrive et helhetlig system som skulle ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. I utredningen ble det foreslått en rekke tiltak for å styrke og forbedre den akuttmedisinske kjede (legevakt, fastlegene, hjemmebaserte tjenester, kommunale øyeblikkelig hjelp døgnstilbud, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten, AMK og legevaktssentraler). Utvalget mente at kompetansen i ambulansetjenesten måtte styrkes gjennom nasjonal høyskoleutdanning i

ambulansesfaget på bachelornivå. Bakgrunnen for forslaget om kompetanseheving var at ambulansetjenesten i økende grad blir sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov for helsehjelp der dette fremstår som uavklart for enten AMK eller legevaktssentral. Ambulansepersonellet vil i mange vanskelig situasjoner være uten legestøtte. Utvalget mente også at gjennom å styrke kompetansen blant ambulansespersonellet kan dette bidra til utvikling av nye former for ambulansetjeneste (enmannsbetjente utrykningsenheter i bil eller motorsykkel). Nye former for ambulansetjeneste kan være egnet til å bygge bro mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved å påta seg oppdrag innenfor kommunens ansvarsområde. Utvalget understreket at akuttmedisinsk beredskap er et felles ansvar for kommuner og helseforetak. Utredningen så også behovet for differensiering av ambulansetjenesten, og mente at det bør etableres egne tjenester som transporterer liggende pasienter uten behov for medisinsk overvåkning eller behandling. Disse enhetene benevnes som syketransportbiler, og kan redusere kostnader, frigjøre akuttberedskap og avlaste den ordinære ambulansetjenesten (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015).

Fram til 1986 var ambulansetjenesten regulert gjennom Lov om folketrygd og finansiert over trygdebudsjettet. I distriktene var store deler av tjenesten basert på frivillig innsats. Ambulansetjenesten i Innlandet har en historie med en blanding av offentlig drevet tjenester, private aktører og humanitære organisasjoner (Røde Kors og Norsk Folkehjelp). Det ble i april 2009 vedtatt av styret i Sykehuset Innlandet HF at foretaket selv skulle overta driftsansvar for alle ambulansetjenester i Hedmark og Oppland. Begrunnelse for vedtaket var et fremtidig behov for økt kompetanse og mere avansert teknologi i tjenesten. Det var ikke påvist kvalitetsmessige forskjeller mellom privat og offentlig drift, men den faglige utviklingen i tjenesten krevde større kontroll over utøvelsen. Det var også et faktum at private aktører kunne gå konkurs, noe som ikke var en realitet for sykehuset. Overdragelsen begynte med de første tjenestene 1. januar 2011 og 1. februar 2013 var alle tidligere private aktører over i offentlig drift. Den totale overdragelsen medførte at Sykehuset Innlandet HF hadde overtatt driftsansvar for 30 døgnambulansen og 9 deldøgnambulanser (Intern presentasjon om ambulansetjenesten i Innlandet (2010)).

Ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet er organisert som en egen avdeling i Divisjon for prehospitaltjenester. Avdelingen er delt i 4 områder med 11 seksjoner og 26 stasjoner. Dagens stasjonering er basert på historikk, men også tidligere analyser/vurderinger gjort av Sintef i 2002 og for Nord Gudbrandsdalen i 2004.



Ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet består i dag av 36 døgnambulanser, ni deldøgnambulanser og tre syketransportbiler.



Ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet har en jevn aktivitetsvekst. Årsakene til aktivitetsveksten påvirkes av flere faktorer som befolkningsøkning, økte forventninger i helsetjenesten og blant befolkningen. Veksten er også påvirket av en sentralisering av

legevakter med større geografiske legevaktområder og færre leger som reiser på hjemmebesøk (Beredskapsanalysen).

1.5 Geografiske og demografiske utfordringer i Innlandet

Innlandet fylke ble etablert 1. januar 2020 bestående av de tidligere fylkene Hedmark og Oppland. Fylket har 371 385 innbyggere (per 1. januar 2020) og et areal på 52 590 km² som tilsvarer et areal større enn Danmark. I Innlandet ligger noen av landets største dalfører som Østerdalen, Gudbrandsdalen og Valdres. Innlandet er Norges største hyttefylke med 85 384 fritidsboliger (per februar 2020) (<https://innlandetfylke.no/om-fylkeskommunen/om-innlandet/fakta-om-innlandet/>). Det er store forskjeller mellom by- og landkommuner i Innlandet, både geografisk og med antall innbyggere. Den kommunen med størst innbyggerantall er Ringsaker med 34 768 sammenlignet med Engerdal som har 1 268 innbyggere. Innlandet har flere turistkommuner med en stor sesongvariasjon av populasjon.

Det er store variasjoner på forventet befolkningsvekst for kommunene i Innlandet. Fra 2018 – 2030 vil det totalt for Innlandet være en befolkningsvekst på en prosent. Framskrivningen viser også at det i stor grad er distriktskommunene som får en «negativ» befolkningsvekst, mens kommunene i mjosregionen får den største tilveksten. De tre kommunene med forventet størst vekst er Hamar +18 %, Elverum +16%, Gjøvik +15%. De kommunene med forventet størst reduksjon, Engerdal -36%, Stor-Elvdal -29%, Follidal -29% (Beredskapsanalysen) Reduksjon av antall innbyggere i allerede små kommuner vil kunne medføre en utfordring med å opprettholde en god akuttmedisinsk beredskap i kommunen.



Hentet fra <https://innlandetfylke.no/om-fylkeskommunen/om-innlandet/regioner-og-kommuner/>

1.6 Beredskapsanalysen

I oppgaven vil beredskapsanalysen ved flere anledninger være kildehenvisning. Analysen er gjennomført i samarbeid mellom prehospital divisjon i Sykehuset Innlandet og Geodata AS og publisert 29. januar 2020. Analysen skal gi en beskrivelse av hvordan endringer i befolkningsutviklingen vil påvirke det fremtidige behovet for ambulansetjenester i Innlandet. Analysen vurderer også hvordan stasjonene kan plasseres for å ha en god responstid. I analysen er det brukt ulike kilder. De viktigste kildene er:

- Hendeslogg fra Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) for tidsrommet 1. januar 2014 – 31. desember 2018. Totalt utgjør dette 332.688 linjer/tiltak.
- Befolkningsstatistikk fra SSB med befolkningstall pr 1.1. 2018 og fremskrevet til 2024.
- Kartverk fra Geodata basert på offisielt Elveg som inneholder alle typer veger med fartsgrenser og trafikkregulering. I analysen er det lagt til grunn dagens fartsgrenser.
- Ressursoversikt som viser tilgjengelige ressurser pr vakttype og fordelt på døgn, bearbeidet av Geodata.

2. Teori

I dette kapittelet vil vi presentere utvalgte teoretiske perspektiver for å se dette i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene våre.

2.1 New Public Management og reformer

New Public Management (NPM) blir gjerne brukt som samlebetegnelse for moderniseringen av offentlig sektor med reformer i offentlig administrasjon og ledelse. NPM kan sies å være en reformbølge som har preget de vestlige landene de siste 30 årene, og som representerer det Johan P. Olsen har betegnet som supermarkedstaten. Det vil si en stat som er serviceprodusent og ikke en kontrollør av samfunnet (Busch & Vanebo, 2001). NPM inneholder flere elementer dels fra økonomiske teorier som Public choice, principal-agent-teorien og transaksjonskostnadsteori som tar utgangspunkt i at aktører prøver å maksimere egennytte. Et annet element i NPM er management-teori (nyere ledelsesteori) som inneholder både strukturelle og kulturelle aspekter (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Røvik, 2015). Management-teorier omhandler tiltak innenfor ledelse og organisasjon, som blant annet mål- og resultatstyring og budsjett, og økonomisystemer (Vanebo, Klaudi Klausen & Busch, 2011). NPM som reformbevegelse nedtoner forskjellene mellom offentlig og privat sektor, og framhever at organisasjonsmodeller og styringsformer fra private organisasjoner med stort utbytte kan overføres til offentlige organisasjoner. Samtidig er offentlige og private organisasjoner forskjellige på viktige områder. Offentlige organisasjoner må ta hensyn til et bredere sett av mål og verdier, og at lederne i offentlige organisasjoner er ansvarlig for borgerne og velgerne (mer enn overfor aksjonærer eller interessegrupper) (Christensen et al., 2015).

Flere reformer i slutten av 90-tallet synes å følge flere spor, men et fellestrekk er at de springer ut fra «governance»-begrepet. Begrepet ble lansert som en innfallsvinkel til å kunne beskrive kompleksiteten som har oppstått rundt offentlig problemløsning og tjenesteproduksjon (Baldersheim & Rose, 2014). En av årsakene til opphavet av reformene var blant annet å reparere de utfordringene som tidligere NPM-reformer hadde skapt, med blant annet en kompleksitet rundt iverksetting av politikk og statens fragmentering (Osborne, 2010). Ifølge Baldersheim og Rose (2014) følger dreiningen bort fra NPM to hovedspor. Det første sporet blir betegnet som *internorganisatorisk samarbeid* og har et teoretisk fellestrekk med NPM,

men betydningen av markedskonkurranse og privatisering nedtones. Dette sporet har sin forankring i organisasjons- og nettverksteori og offentlig administrasjon. Det legges vekt på læring på tvers av sektorer, innovasjon, helhetlig problemløsning, partnerskap og nettverk. Oppmerksomheten er rettet mot relasjoner mellom offentlig, frivillig og privat sektor knyttet til serviceleveranser og utvikling og håndtering av sammensatte problem. Det andre sporet har et sterkere *nedenfra-og-opp-preg*. Hensikten er at det skal skapes et levende demokrati der prosessen drives nedenfra og opp. Dette sporet har mer fokus på medvirkning, åpenhet og innsyn (Baldersheim & Rose, 2014).

Sammenligning mellom reformene (tilpasset fra Osborne 2010, s. 10)

Paradigme/ Hovedelementer	Teoretiske røtter	Fokus	Legger vekt på	Organiserende prinsipp	Verdigrunnlag
Offentlig administrasjon	Politisk vitenskap offentlig politikk	Det politiske system	Politikk og gjennomføring	Hierarki	Det offentlige etos
New Public Management	Rational/public choice teori og ledelsesstudier	Organisasjonen	Ledelse av organisasjonens resurser	Marked- og kontrakts styrt	Markedet og konkurranse
New Public Governance	Insitutusjons- og nettverks teori	Organisasjonen og omgivelsene	Forhandling av verdier, synspunkter og relasjoner	Nettverk og relasjoner	Fordelt og omstridt

New Public Governance-modellen er fortsatt under utvikling, og mange ser den som løsningen på styring av komplekse storsamfunn. En av flere svakheter er at det er vanskelig å måle effektiviteten av nettverk. En annen svakhet er demokratisk ansvarlighet. I tradisjonelle hierarkier følger man linja, i alle fall i teorien. I New Public Governance finnes det mange forskjellige formbare nettverk og det kan være vanskelig å se hvem som har ansvaret for hva. Den demokratiske kontrollen er svak fordi nettverksdeltagerne ikke er folkevalgt, men gjerne (selv)oppnevnt. Dermed kan både politikere og tjenestemenn bruke nettverk for å unngå de vanlige begrensningene og gjennomsiktigheten av det de gjør (Pollitt & Bouckaert, 2017).

2.1.1 Mål og resultatstyring

I staten ble mål- og resultatstyring foreslått av Haga-utvalget fra 1984 (NOU 1984:23, 1984). Systemet ble for alvor innført fra 1990, og kommunesektoren har gjennomgått en tilsvarende utvikling. Ideen er å forbedre organisasjonens styring og prestasjoner. Spesialisthelsetjenesten

har flere måleparameter for å vurdere effektivitet. Et av resultatmålene er liggetid fra pasienten blir tatt inn til behandling til pasienten blir skrevet ut. Det er kostbart å ha pasienter på sengeavdelinger, og en reduksjon i liggetid medfører en radikal kostnadseffektivisering. Denne kostnadsreduksjon gjelder både for helseforetaket men også for samfunnet da pasienten raskere blir friskmeldt. Effektiviseringen medfører også et større ansvar for primærhelsetjenesten og kommunene, som må kunne ta imot ferdigbehandlede pasienter som har et oppfølgingsbehov på institusjon (pleie og omsorg, rehabilitering osv.) (NOU 1984:23, 1984)

Et annet parameter for å måle tjenesteproduksjon i sykehuset er DRG poeng (DRG=Diagnose-relaterte-grupper). DRG systemet er et resultat av at Stortinget vedtok å innføre innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus i 1997. Hensikten var å gjøre sykehusene mere effektive gjennom å bringe utgiftene under kontroll, bruke pengene mer målrettet samt at få sykehusene til å gjøre mer for pengene. DRG systemet skal gjøre det mulig å anslå hva ulike kategorier av pasienter og behandlinger koster sykehuset. Foruten hoveddiagnosen har faktorer som kjønn, alder, operasjonskode og utskrivingsstatus betydning. I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål (Sørensen & Thomsen, 2018).

En annen form for målstyring er responstider. Responstid er tiden det tar fra Akuttmedisinsk Kommunikasjons Sentral (AMK) mottar melding om en hendelse til ambulansen er fremme på stedet. Krav til responstider er ikke lovfestet, men er veiledende nasjonale retningslinjer etter Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000). De veiledende tidene for akuttoppdrag er:

- Byer og tettsted: 12 minutter for 90 prosent av de akutte hendelsene
- Grisgrendte strøk: 25 minutter for 90 prosent av de akutte hendelsene

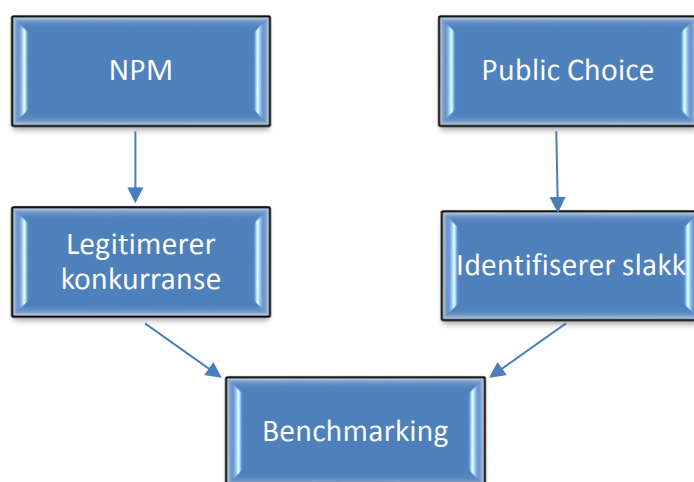
Kjennskap til hvor lang tid det tar før en ambulanse er fremme kan brukes til å planlegge ressurser og kapasitet for å identifisere tiltak som kan bidra til å redusere responstiden (St. meld.. nr. 43 (1999-00), 2000).

2.1.2 Benchmarking

Benchmarking er en metode for å sammenligne likeverdige virksomheter. Det kan være ut fra en bestemt standard, utvikling over tid, en sammenlikning med andre tilsvarende virksomheter eller se på avstanden til de beste virksomhetene som er i drift. Benchmarking kan i tillegg være med på å tallfeste slakk i virksomheten, og på den måten få målt effektiviteten og synliggjøre

hvor kostnadene kan reduseres uten at det går ut over aktiviteten. Det er en grunnleggende antakelse i NPM at offentlig sektor er blitt mer tungrodd, og at den må lære av privat sektor og bli mer markedsorientert. Som et resultat av det har vi blant annet fått konkurranseutsetting i offentlig sektor som bygger på Public Choice teorien. Gjennom å la offentlig virksomheter konkurrere om å bli bedre, vil det å øke produktiviteten motivere til å redusere slakket. (Busch & Vanebo, 2001).

Vår gjengivelse fra Opstad og Rolfsen (Opstad & Rolfsen, 2005, s. 131)



Kommuner bruker benchmarking for å sammenligne seg med andre kommuner. Dette skjer gjennom KOSTRA. KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og ble igangsatt 1994 som en direkte oppfølging av St.meld. nr. 23 (1992-1993) *Om forholdet mellom staten og kommunene*, og dels som følge av kartlegginger av rapporteringsordningene mellom kommunene og staten. KOSTRA består av tre datasett med det formål å frambringe styringsinformasjon i tide:

- Ressursbruk: Innhentes fra kommunenes regnskap (årsverk, utgifter, kapitalinnsats).
- Befolkning/målgruppe: Data om befolkningen i den enkelte kommune som samles inn på nasjonal basis av SSB.
- Tjenesteproduksjon: Tall som samles inn spesifikt fra den enkelte kommune og skal dekke alle tjenestoområder. Indikator for omfang og brukere av kommunens tjenester.

KOSTRA produserer tall fra de ulike sektorene og tjenesteproduksjonene som gjør det mulig å måle dekningsgrad, produktivitet og politiske prioriteringer. I følge Opstad og Rolfsen

(2005) blir prioriteringer av budsjettmidler i kommunene vanskeligere (Opstad & Rolfsen, 2005). Det er et betydelig omfang av asymmetrisk informasjon, som medfører at budsjettgiveren sliter med å identifisere slakk i tjenesteproduksjonen. Her vil KOSTRA komme til anvendelse gjennom å sammenligne en kommune med andre kommuner. KOSTRA er et komplekst rapporteringssystem der informasjonshenting og informasjonsbehandlingen skjer i flere faser, og feil kan oppstå både i registreringsfasen i kommunene, men også hos Statistisk Sentralbyrå (SSB) der tallene i liten grad er kontrollerbare (Busch, Vanebo, Klaudi Klausen & Johnsen, 2005).

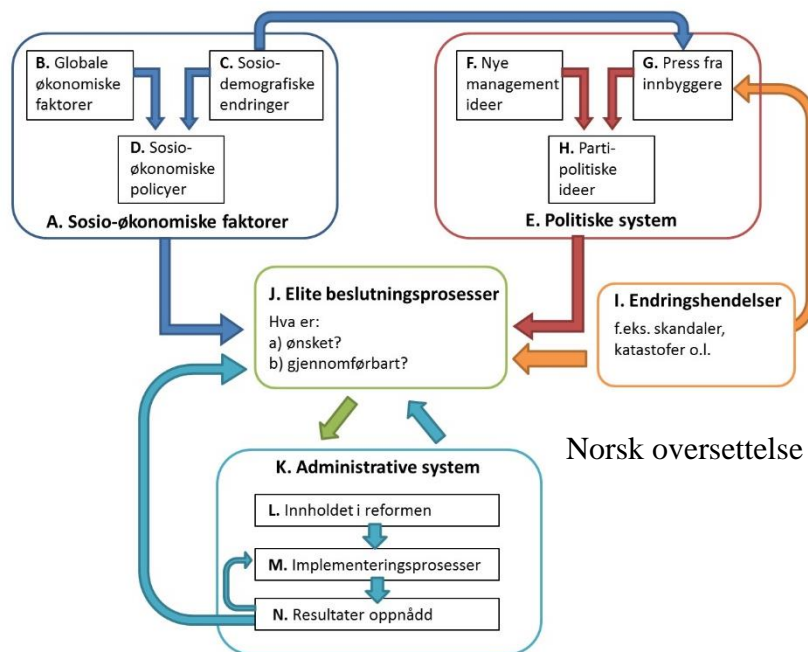
2.1.3 Reforme r og forvaltningsreformprosesser

Reformer kan forklares som «aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å forandre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjoner, eller gjeldende «policy» på et politikkområde» (Christensen et al., 2015, s. 152).

Endringer er et mer omfattende begrep som inneholder reformer men også omfatter omstillinger som gjennom bevisste handlinger ikke er planlagt.

Reformprosessene i Norge skiller seg fra andre land i Europa ved at de i større grad involverer berørte parter og ansatte i prosessene og at prosessene er preget av åpenhet og involvering. Reformprosessene dreier seg i større grad om å forbedre tjenestekvaliteten som ytes enn om rene økonomiske insentiver. Topplederne i offentlig forvaltning i Norge er av den oppfatningen at reformer i Norge har vært mer vellykkede enn tilsvarende reformer i andre land (Ibid.).

I boken «Public management reform» setter forfatterne Christoffer Pollitt og Geert Bouckaert (Pollitt & Bouckaert, 2017) opp en modell hvor de søker å forklare hvordan og hvorfor forvaltningsreformer skjer. Den gir en oversikt over hvilke krefter og innvirkninger som påvirker reformer. Modellen ser bort fra trender og hvilke retninger reformer bør gå.



Norsk oversettelse av figur (Ibid. 33).

De fleste beslutningsprosessene initieres og besluttes av en «elite». Dette er ikke tilfeldig siden de fleste reformer hovedsakelig er «top-down». De foretar beslutningsprosessene i en kontekst som påvirkes av sosio-demokratiske og økonomiske faktorer (A), det politiske system (E) og administrative faktorer (K). Poenget med modellen er ikke å se elite beslutningsprosesser i sentrum, men som en del av en prosess som er grundig formet av en mye større kontekst. Forfatterne av boken trekker frem tre punkter for å understreke forhold til sentraliseringen av elite beslutningsprosesser. For det første så er det mer en forventning enn en regel at reformer er omfattende. Det er sjelden forsøk på å omforme store deler av offentlig sektor på en gang. Oftest er det små reformer som er drevet frem fra en liten gruppe, og som har utviklet seg over tid. For det andre så er det lett å overdrive graden av hensikt/intensjon i mange reformer. Reformoppnåelsen (N) kan inneholde kun løse forhold til intensjonene lagt frem i det originale manifest for endring (L). Man ser for seg at reformer ofte er sårbare for kognitive begrensninger, kryssende handlinger, politiske og administrative veisperringer og uforutsette utviklinger. For det tredje så vil vanligvis ikke forvaltningsreformer inneholde en liten elite som kommer opp med en ide. Eliten har vanligvis ganske tydelige rekrutteringskanaler – ideene kommer nesten alltid fra et eller annet sted; konsulentbyrå, akademikere, andre regjeringer, utredninger og forskning.

A - Sosio-økonomiske faktorer. Økonomiske og sosio-demografiske faktorer er strukturelle – med dype røtter og varer over lang tid. Et eksempel kan være befolkningsstrukturen. Økte kostnader og kompleksiteten av velferdsstaten, vanskeligheter med å besette offentlige

tjenester kan være andre faktorer. Disse kan være ganske langvarige. Mens andre faktorer kan være av mer kortvarig karakter, f.eks. plutselig stor tilstrømming av flyktninger og hva det impliserer for offentlig sektor.

Konsekvensen av forvaltningsreformer er gjerne indirekte. Endringene fører til at politikere og offentlige tjenestemenn ser etter måter å lette påkjenningen på systemet. Dette kan bety å senke grad av valgfrihet, øke kostnaden på egenandeler og lignende, og endre hvordan slike tjenester er organisert og driftet ved for eksempel involvere frivillige og private bedrifter.

E - politiske system. Her er det viktig å huske at loven kan spille en viktig rolle i å tilrettelegge for, forming av eller noen ganger begrense forvaltningsreformer. Politiske system kan ha egenskaper som står i kontrast til hverandre. Da er det viktig å huske at ulike politiske system til en viss grad er strukturelle (eksempel valgsystem) og til en viss grad kulturelle (for eksempel diskusjonsformer i parlamentet).

I – endringshendelser. En gruppe som påvirker beslutningsprosesser som ligger utenom de tre boksene er effekten av enkelthendelser, slik som skandaler, naturkatastrofer, menneskeskapt katastrofer, ulykker eller uforutsette tragedier. Det kjennetegnende fellestrekket er disse tilfellenes «nyhetsverdi» og uforutsigbarhet. Slike hendelser sin innvirkning på reformer er kanskje ikke tydelig, men av og til betydelige. Ulykker og katastrofer kommer i ulike størrelser og former. Det er viktig å huske at katastrofer kan være globale i omfang, og at globale økonomiske kollaps kan komme ganske plutselig (for eksempel finanskrisen i 2008).

Oppsvinget i reformer de siste 30 årene kan bli tilskrevet en intensivering av mange faktorer, men kanskje særlig globale økonomiske krefter, sosio-økonomiske endringer og forsyningen av nye ledelsesideer. Til tross for dette er det ikke så enkelt som å si at ideer kan gjennomføres uten videre. Eksisterende måter å gjøre ting på kan være vedtatt i lovs form, i forskrifter eller kulturelle normer, som det tar tid eller politisk flertall (eller begge deler) å endre. Og det kan være vanskelig å bli enige om hva man skal gjøre i stedet for det som er nå, spesielt hvis reform i den ene enden skaper risiko i den andre – for eksempel gjennom store investeringer. Kostnaden av endring kan sammen med tidsperspektivet for endring være avgjørende for reformen. Dette blir gjerne oversett.

K – administrative system er ofte vanskelige å endre på andre måter enn inkrementelle endringer. For eksempel så kan oppbygningen av offentlige tjenester være ulik. De strukturelle ulikhetene kan også være betydelige. For eksempel; i de nordiske landene vil endringer av

vesentlige strukturer kreve lovendringer, og en overveielse av forholdet mellom sentral styresmakter og lokale styresmakter. Dette ville ikke skje raskt og enkelt. Det er vanskelig å endre sammenvevde regler og forskrifter, så å gjennomføre en rasjonell endring vil kreve at den er gjennomtenkt, godt planlagt og det krever tid.

Til tross for mange utfordringer og raske forandringer blir reformer lansert og har ofte en innvirkning. Boksene L, M og N representerer mer dynamiske aspekter ved det administrative systemet.

M – implementeringsprosessen er et spesielt viktig steg i reformprosessen. Vitenskapen om administrasjon er langt fra korrekt. Mye er lært gjennom forsøk på å gjennomføre reformidéer, og noe av den lærdommen oversettes ofte til endringer i det originale designet av reformen. Mange reformer implementeres «top-down» gjennom en lang kjede av beslutninger. Kompleksiteten i denne prosessen fra idé til faktisk gjennomført reform er stor, og denne kompleksiteten ser ut til å øke. Flere og flere reformer og program kommer fra nettverksorganisasjoner. Disse består gjerne av ulike styringsnivå, uavhengige offentlige selskap, offentlige/private hybrid organisasjoner, kommersielle firma og frivillige organisasjoner. I tillegg er det en stadig økende grad av internasjonalisering. Skal en reform med et slikt nettverk inkludert ha noen effekt, må den ta hensyn til alle involverte og ikke bare en enkelt organisasjon/administrasjon.

En annen utfordring er at individuelle reformer, som gir mening i seg selv, kan motsi eller overdøve andre reformer som blir gjennomført samtidig. Implementering er også avgjørende på den måten at den kan gi direkte feedback til elite beslutningstagere om hva de bør gjøre videre – fortsette eller endre spor.

Modellen gir en oversikt over hvordan og hvorfor forvaltningsreformer skjer. Den viser en prosess som er mangesidig og endringsvillig på mange ulike måter. Den omfatter interaksjon mellom sosio-økonomiske innflytelser, politisk press, spesifikke ideer som rører seg og kjennetegn ved det administrative systemet i seg selv. Den identifiserer både press for endring og kilder som motsetter seg endring. Modellen reserverer en rolle for det utilsiktede og tilfeldige, og gir rom for at endringsprosessen har ulike utgangspunkt. I tillegg tar den inn i seg mange ulike tilbakemeldings-looper siden reformer lærer undervegs i implementeringsprosessen.

Likevel er modellen begrenset på noen viktige områder. Forfatterne mener at det er en fare for at modellen kan bli tolket og brukt på en statisk måte. Hver boks i modellen representerer et sett med prosesser, og prosesser skjer også mellom boksene. Det er derfor viktig å ta med seg at det er interaksjon innad i boksene og mellom boksene som bringer reformer ut i live. Interaksjonene kan være både på kort og lang sikt. Dette tidsmessige aspektet kommer ikke tydelig frem i modellen. (Ibid.).

2.2 Instrumentell teori

Organisasjoner som er viktige for samfunnet kan oppfattes som redskaper eller instrumenter for å oppnå visse mål. Dette kan vises gjennom at organisasjonens medlemmer handler formålsrasjonelt ved utføringen av oppgavene, og at resultatet da blir som planlagt. Dette innebærer at de først vurderer ulike alternativer, og så velger det alternativet som gir de beste ønskede effektene. Det instrumentelle perspektivet vises gjennom at organisasjonsstrukturen er utformet på en måte som er mål-middel-fokusert og gjennom dette definerer medlemmenes handlemåte ved utføring av oppgavene. De formelle strukturene gir klar og sterk føring for atferd. (Christensen et al., 2015).

Ved tynn institusjonalisme legges det vekt på reguleringsprosesser i form av regler, overvåkings- og kontrollsystemer og sanksjoner. Aktører forutsettes å handle ut fra egeninteresse, med andre ord at de handler ut fra institusjonelle rammebetingelser fordi det er incentiver som gjør at dette oppfattes som rasjonelt. Tynn institusjonalisme tar utgangspunkt i å betrakte folk som «rasjonelle unnasluntrere», da vil det være behov for kontrollregimer. Reformen er i prinsippet enkle, hvis en skifter organisasjonsstruktur og incentiver vil individene tilpasse seg den nye strukturen (Høyen, Kasa & Tranøy, 2016).

I det instrumentelle perspektivet skiller en gjerne mellom en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant. I en hierarkisk variant så er organisasjonen sett på som en enhet. Hierarki ved en byråkratisk organisasjonsform vil si at organisasjonen både har en vertikal og horisontal spesialisering og samordning. Ved vertikal organisering er det en over- og underordning mellom vertikale nivåer, som innebærer en spesialisering av ulike typer oppgaver. I en horisontal organisering vil spesialiseringen kunne vises gjennom arbeidsdeling hvor organisasjonen er gruppert etter ulike sektorer, geografi, hvilke grupper innbyggere de skal utøve service for, eller at organisasjonen skal utøve spesielle prosesser, som for eksempel økonomistyring eller behandle personalsaker (Christensen et al., 2015).

Det finnes andre typer organisasjonsformer, og en motsetning til byråkratisk struktur er en flat struktur hvor organisasjonen er uten over-/underordning som en ser gjennom hierarki. En annen variant er kollegial struktur hvor gjerne et styre eller råd kommer i stedet for en toppledelse. Dette er en struktur vi ser i foretaksstrukturen som spesialisthelsetjenesten er organisert under, med regionale helseforetak med egne styrer på både regionalt nivå og innen de lokale helseforetakene. (Ibid.).

I en hierarkisk instrumentell variant har ledelsen satt klare mål på hva som skal nås og hvilke handlinger som skal gjennomføres for å nå disse målene. Kunnskaper om denne mål-middel forståelsen hos medlemmene er viktig, at de på egen hånd kan nå disse målene hos organisasjonen eller hos de som organisasjonen er et redskap for. Hvilke av medlemmene som har ansvaret for hva i organisasjonen er forankret i organisasjonskart, instruksjoner og regler, slik at det er knyttet upersonlige forventninger til den formelle organisasjonsstrukturen, og ikke til den personen som er i posisjonen og de personlige trekkene denne har (Ibid.).

Ved reformer og endringer forutsettes det en tett kobling ved den instrumentelle hierarkiske varianten. Det blir tatt utgangspunkt i organisasjonsreformer når det planlegges endringsforsøk fra ledelsens side. Fokuset for endringen vil gjerne være strukturelle trekk ved organisasjonen (Ibid.).

I forhandlingsvarianten fremstår organisasjonen som at den innehar ulike koalisjoner av interesser som kan ha delvis motstridende mål, interesser og kunnskaper. Aktørene kan handle formålsrasjonelt ut ifra sine organisasjonens interesser. Dette resulterer i at det oppstår forhandlingsprosesser mellom flere aktører, og beslutningene kan derfor fremstå som å være uforutsigbare (Ibid.). Kjøpslåing, hestehandel og alliansebygging er kjente folkelige begreper på å beskrive hvordan disse forhandlingene foregår.

Reformprogrammer kan ut ifra et instrumentelt perspektiv kunne oppfattes som et virkemiddel for å løse aktuelle problemer ved en tidligere ordning som ikke fungerer helt som forventet. Innføringen av reformer og endringer kan resultere i manglende gjennomføring og implementering, fordi ledelsen møter motstand mot sine endringsplaner fra aktører som er innenfor eller utenfor organisasjonen. Disse kan ha andre oppfatninger av mulige løsninger og vil yte motstand mot endringene. Et instrumentelt perspektiv vektlegger evnen til politisk eller sosial kontroll, og med det en rasjonell kalkulasjon og en klar organisasjonstenkning når det gjelder årsaksforhold og effekter (Ibid.).

2.3 Institusjonell teori

Normativ tykk institusjonalisme legger vekt på at aktører handler ut fra normative forventninger om hva som er riktige mål og virkemidler i en gitt situasjon. Noen normer kan være generelle, andre kan være spesifikt knyttet til aktører eller posisjoner, da ofte kalt roller. Aktører følger normer, ikke fordi det er i deres egeninteresse å gjøre det, men fordi det er forventet – en sosial forpliktelse. Tykk institusjonalisme går ut fra at folk trenger identitet, normer, og når dette er på plass kan de gis tillit. Reformen blir vanskeligere ettersom kultur og identitet er vanskeligere å endre. Endringer og sammenslåing av organisasjoner skaper normklarhet og vil kunne skape usikkerhet rundt identitet. (Høyen et al., 2016).

2.3.1 Kulturelle perspektivet

Organisasjonskultur forbindes gjerne med de uformelle normene og verdiene som etableres, og som har betydning for virksomheten i organisasjoner. Når en formell organisasjon utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til den formelle instrumentelle formen, vil den utvikle institusjonelle trekk. Dette gjør at organisasjonen blir mer kompleks og mindre fleksibel og tilpasningsdyktig ovenfor nye krav. Samtidig vil den få nye og nødvendige kvaliteter som gjør at den kan løse oppgaver bedre og utvikle et sterkere sosialt fellesskap. Den institusjonelle kulturen «sitter i veggene» og de ansatte sosialiseres inn i denne organisasjonskulturen. Betydningen av organisasjonskulturen kommer gjerne til syne i reformprosesser og omorganiseringer i offentlige organisasjoner, spesielt om endringene truer de dominerende uformelle normene og verdiene, og at endringene ikke samsvarer med kulturen som organisasjonen har (Christensen et al., 2015).

Stiavhengighet er et sentralt resonnement i en del faglitteratur innen organisasjonskultur. Det beskriver at de kulturelle normene og verdiene som preger organisasjonen i sine ferske år ved etableringen som organisasjon, vil ha stor betydning for den utviklingen som organisasjonen følger senere. Den utviklingen organisasjonen setter i gang får stor betydning og vil ikke være lett å forandre selv om kontekst og omgivelsene er i endring. Et alternativt syn på stiavhengighet er at endringer kommer i sykliske svingninger. En kan derfor ut fra denne forklaringsmodellen med svingninger hevde at etter en periode med bestemte reformtrekk vil avløses av en periode med ganske motsatte trekk, som så igjen avløses av en periode med lignende trekk fra den første perioden igjen. Et eksempel som kan trekke frem her er at bølgen på 1990 tallet med trekk fra NPM tankegangen med fokus på effektivitet og fristilling, nå har

de siste femten årene gått over til en post-NPM hvor reformene preges mer av kontroll og samordning igjen. De kulturelle trekkene vil gjerne da supplere hverandre og ikke erstatte hverandres trekk. NPM elementene kommer da i tillegg til tradisjonelle forvaltningskulturer, og at disse vil etter noe tid smelte sammen til en mer hybrid og kompleks administrativ kultur, som tar med seg ideer fra begge (Ibid.).

Reform og endring i et kulturelt perspektiv avhenger av organisasjonsendringer og dennes stabilitet over tid. Graden av stabilitet og innslaget av endring er knyttet til eksisterende kulturelle trekk ved organisasjonen, og den indre kulturelle motstanden som eventuell oppstår. Stabilitet og endring vil også gjerne være fokuset ved endring. Utformingen av reformarbeidet vil skje langsomt og stegvis som en evolusjon snarere enn en revolusjon. Endringene vil være i samsvar med organisasjonens eller nasjonale kulturer. Form og innhold i endringsprogrammene vil da være påvirket av slike kulturelle trekk (Ibid.).

Kulturperspektivet problematiserer det instrumentelle perspektivet og den underliggende mål-middel-rasjonaliteten, og viser de muligheter og begrensninger som ligger i etablerte tradisjoner og kulturer (Ibid.).

2.3.2 Myteperspektiv

Organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, og de påvirkes av sosialt skapte normer som gir retning og en oppskrift for hvordan organisasjonen bør være utformet. De sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene kalles myter. For at en organisasjon skal oppnå aksept i sine omgivelser, så vil det å opparbeide seg disse normene være grunnlaget for legitimitet som organisasjon. Disse normene kommer til uttrykk som hvilke prosedyrer og rutiner som må være på plass. Disse prosedyrene eller rutinene kan også betraktes som moter, noe «alle» organisasjoner bør ha innenfor en tidsperiode før rutinene eller prosedyrene går av moten og andre organisasjonsmoter kommer til. Det vil da gi organisasjonen en legitimitet for endring ved at moten ikke er gyldig lenger. Organisasjoner vil gjennom denne prosessen over tid bli mer lik hverandre, også kalt isomorfisme. En organisasjon må gjerne over tid forholde seg til skiftende, ulike og inkonsistente oppskrifter for legitime rutiner, prosedyrer og strukturer. En myte kan dermed forstås som en legitimert oppskrift på hvordan en bør forme en del av en organisasjon (Christensen et al., 2015).

Disse oppskriftene er innenfor mange områder i organisasjonen, og en kan finne oppskrifter innen blant annet ledelse (teambasert ledelse, verdibasert ledelse, transformativ ledelse osv.),

innen formell organisasjonsstruktur (to-nivåmodellen i kommunene, divisjonalisert struktur, resultatenheter osv.), innen personalfeltet (kompetansekartlegging, medarbeidersamtaler, Empowerment osv.), innen godt arbeidsmiljø (inkluderende arbeidsliv, etiske retningslinjer osv.), innen styring av arbeidsprosesser (verdikjedestyring, prosesstyring, Lean osv.) og innen økonomistyring (målstyring, virksomhetsplanlegging osv.). (Ibid.).

Innen helsevesenet er det gjerne Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund (KS), og Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) som sprer forskrifter og oppskrifter på hvordan blant annet helsetjenester i Norge skal ytes til ulike pasientgrupper og brukere. Helsedirektoratet på sin side beskriver gjerne dette gjennom veiledere på hvordan en bør praktisere disse oppskriftene. Disse organisasjonene kan i sin tur både omforme eksisterende konsepter og skape nye reformideer.

Endringer og reformer i et myteperspektiv vil være avhengig av at de symbolske sidene vil være tydelige, og dette vil kunne påvirke gjennomføringen av endringer. Det vil kunne være aktuelt å utvikle oppskrifter for reformene og skaffe seg legitimitet i omgivelsene ved å bruke allerede aksepterte fremgangsmåter for å skape endring. Reformprogrammene vil også kunne være en del av en internasjonal trend for å skaffe seg legitimitet ovenfor andre land (Ibid.).

2.3.3 Kulturforskjeller mellom forvaltningsnivåene

At det er kulturforskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er kjent. Røsstad beskriver i sin artikkel «Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study» (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013) hvordan forskjellige mål og perspektiver spiller inn på pasientbehandlingen innen de to forvaltningsnivåene. Røsstad kartla årsaker som kunne forårsake ulike spenninger og med det lage hindringer i pasientbehandlingsflyten som de forsket nærmere på. Disse årsakene kan lett føre til samhandlingsutfordringer og problemer. Tabellen under oppsummerer hvordan Røsstad tolket forskjellene som ble avdekket. Spesialisthelsetjenesten har, slik en kan lese ut av funnene, en mer instrumentalistisk vinkling, mens kommunehelsetjenesten har mer innslag av kulturelle og sosialt skapte normer. Funnene tyder på at det oppstår forskjellige faglige mål, og at de som jobber innenfor helsetjenestene i det ene forvaltningsnivået kanskje ikke er helt klar over behovene og utfordringene som er viktig for det andre.

Kulturforskjeller		
	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet Liten/langsom endring	Kortsiktig – ofte med store endringer på kort tid
Helseproblemer	Multimorbide pasienter, hele spektret av diagnoser/problemer	Ofte fokus på ett problem om gangen
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, hvor pasienten deltar mye selv	Diagnoseorientert og med avansert teknologi
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, sterk pasientrolle	Sjelden og i korte perioder, svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adheランス først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange – horisontalt, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak vertikalt med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

Kulturforskjeller fritt oversatt fra Røsstad (Røsstad et al., 2013)

3. Metode

3.1 Innledning

I dette kapittelet vil vi redegjøre for hvilken metode vi har valgt å bruke for å få svar på vår problemstilling. Vi vil deretter beskrive hvordan vi gikk frem for å hente ut og bearbeide de dataene vi skaffet oss underveis i prosessen.

Forskningsdesign kan beskrives som hvordan en organiserer og gjennomfører en undersøkelse for at problemstillingen skal kunne besvares. Forskningsdesign er «alt» som relaterer seg til en datainnsamling fra ide, utforming av problemstilling, analyse og tolkning til ferdig resultat. Vi vil redegjøre for vårt valg av kvalitativ metode, gjennom å bruke casestudie med fenomenologisk forskningsdesign, for å få svar på vår problemstilling og våre forskningsspørsmål (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010).

3.2 Metode

Det gjelder å finne fremgangsmåter for å sette oss i stand til å best mulig besvare problemstillingen. Det er derfor problemstillingen som styrer vårt valg av metode. Hensikten med metodevalget er å sikre at svarene på problemstillingen blir både gyldige og pålitelige. Samfunnsvitenskapelig metode kan defineres som «hvordan vi går frem for å hente inn informasjon om virkeligheten og hvordan vi analyserer for å finne ut hva denne informasjonen forteller oss» (Ibid. 401).

3.2.1 Kvalitativ metode med eksplorerende tilnærming

Alle avgjørelser med hensyn til valg av intervjupersoner, utarbeidelse av intervjuguide, innsamling og analyse av data, tolkning av disse og rapportering vil styres av problemstillingen vi har valgt. Det skilles mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode sier noe om kvalitet eller spesielle kjennetegn/egenskaper ved de funnene som studeres. Kvalitativ metode brukes gjerne der vi ønsker å vite mer om områder som er forsket lite på eller at vi ønsker å forstå dette mer grundig. Forskjellen mellom metodene består gjerne av hvordan behandlingen av data gjøres. Kvalitativ metode er mer åpen og fleksibel i forhold til hvordan kvantitativ metode med tanke på hvordan datainnsamlingen gjennomføres. Analyse ved kvalitativ metode består i å tolke og bearbeide tekst men kvantitativ analyse av

data skjer ved opptelling for å bruke dataene til statistikk. Vi har valgt å bruke kvalitativ metode med semistrukturert intervju som fremgangsmåte for å skaffe oss grunnlag for datainnsamlingen vår (Johannessen et al., 2010).

Et kjennetegn ved innsamlingen av kvalitative data er høy grad av åpenhet og fleksibilitet. Kvalitativ metode er hensiktsmessig om vi skal undersøke noe som vi ikke kjenner til så godt eller at vi ønsker å forstå det bedre og få større kunnskap innen feltet (Ibid.).

Vi ønsket å vite mer om hva som skjer mellom de to forvaltningsnivåene kommunene og staten. Staten er eier av helseforetakene og gjennom det ansvarlig for sykehusene ("Helseforetaksloven – hfl," 2001). Styrken med å velge kvalitativ metode til dette formålet er at det er en fleksibel metode hvor vi kan tolke resultatene underveis i datainnsamlingen, og kan endre strukturen i løpet av intervjuet om respondenten bringer inn et tema som det er naturlig å følge videre.

Eksplorative studier, også kalt problemidentifiserende, utforskende eller sonderende undersøkelser har til formål å utforske ukjente eller mindre kjente områder. Det som er fordelen med eksplorative undersøkelser er at vi kan underveis i undersøkelsen kartlegge interessante problemstillinger som vi kan komme tilbake til og se nærmere på senere (Johannessen et al., 2010).

3.2.2 Casestudie

Casestudier brukes blant annet innen organisasjonsforskning og samfunnsforskning. Det som kjennetegner casestudie er at forskerne innhenter data fra noen enheter over en kortere tidsperiode. Vi gjennomførte våre intervjuer over en måneds periode i sommeren-20. Casestudier gjennomføres gjerne i samfunnsforskningen der en ønsker å kartlegge grundig og detaljert om den avgrensede casen (fenomenet) (Johannessen et al., 2010).

Kvalitative casestudier starter gjerne med en problemstilling hentet fra praksis. Caseforskeren styres gjerne av spørsmål som berører prosess slik som hvorfor eller hvordan problemstillingen skjer. Videre vil forskeren forsøke å forstå problemstillingen gjennom å komme med noen antagelser som ligger til grunn, slik at dette ville legge grunnlaget for den videre undersøkelsen. Vi ønsker gjennom vår forskningsoppgave å se på hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert

sykehus og desentraliserte helsetjenester vil påvirke denne beredskapen. Vi har i kapittel 1 beskrevet bakgrunnen for vårt valg.

Vi har valgt å bruke casestudie til vår oppgave. Flyvbjerg redegjør i sin artikkel «Five misunderstandings about case-study research» at det er flere gode grunner til å velge casestudier og at casestudie er et godt metodevalg. Casestudier er tradisjonelt gjerne sett på som en metode som ikke helt er «bra nok». Vanlige misforståelser er at teoretisk kunnskap er mer verdifull enn praktisk kunnskap. Videre at man ikke kan generalisere fra en enkeltcase og at enkeltstående studiecase da ikke kan bidra til vitenskapelig utvikling. En tredje misforståelse er at casestudie er mest nyttig for å generere hypoteser. Det er også en misforståelse at casestudien inneholder en skjevhet mot bekreftelse, og det er ofte vanskelig å oppsummere spesifikke casestudier (Flyvbjerg, 2016). Grunnen til at vi valgte kvalitativ metode med casestudier var at vi ville vite mer om hva våre informanter hadde av informasjon som kunne belyse vår problemstilling, våre forskningsspørsmål og øke vår kunnskap om temaet.

3.3 Intervjuene

I dette avsnittet redegjør vi for intervjuprosessen som ble gjennomført. Det kvalitative forskningsintervjuet er en profesjonell samtale som bygger på dagliglivets samtaler. Intervjuet omhandler gjerne et tema som opptar de begge, og skaper kunnskap i det samspillet som er mellom den som blir intervjuet og den som intervjuer. Intervjuet er en samtale som har en hensikt og en viss struktur. (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

3.3.1 Semistrukturerte livsverdensintervju

Intervjuet kan arte seg som en samtale og det er også muligheter for informanten som blir intervjuet til å ha innflytelse over hva som kommer frem i intervjuet. Ettersom vi begge kjenner forskningsfeltet vi skulle se nærmere på relativt godt, så hadde vi en del kunnskaper og tanker om dette før vi startet prosessen. Det kvalitative forskningsintervjuet er varsom i sin utførelse og er av natur spørre-og-lytte-orientert. Ettersom det er forskeren som har bestemt tema og kontrollerer samtalen så er det ikke en konversasjon mellom likeverdige parter (Johannessen et al., 2010).

En metode som fremheves innen kvalitativ metode er det semistrukturerte livsverdensintervjuet. Et semistrukturert livsverdenintervju er hverken åpen som en samtale eller lukket som en fastlagt spørreskjemasamtale. Det gjennomføres med en intervjuguide med forslag til spørsmål som omhandler bestemte temaer. Det semistrukturerte intervjuet kan kjennetegnes med tolv fenomenologisk inspirerte nøkkelord. En forsøker å innhente fordomsfrie beskrivelser som omhandler de intervjuedes opplevelser og forståelse av *livsdagsverdenen*. Gjennom det semistrukturerte intervjuet forsøker en å tolke og registrere *meningen* med det som sies. Intervjuet søker å innhente nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden ved hjelp av *kvalitativ* tilnærming gjennom ord og ikke tall. Forskerens primære oppgave er å kartlegge *deskriptivt* hvorfor den som intervjues opplever og handler som den gjør. En forsøker å innhente beskrivelser av *spesifikke* situasjoner og hendelser som gir konkrete betydninger i stedet for generelle meninger. En *bevisst naivitet* og fordomsfri nysgjerrighet fra den som intervjuer kan åpne for nye og spennende betraktninger fra den som blir intervjuet. Intervjuet er *fokusert* rundt forskningstemaet ved hjelp av åpne spørsmål uten at den som intervjuer har bestemte meninger om svarene på de. Intervjupersonens svar kan noen ganger være *flertydige*, forskerens oppgave er å kartlegge om dette beror på kommunikasjonsvansker, eller kan være avspeilinger av objektive motsigelser i livsverdenen som den intervjuede lever i. Intervjupersonen kan i løpet av intervjuet *forandre* sine opplevelser til temaet, noe som kan bero på at den intervjuede oppdager nye aspekter ved temaet, eller blir oppmerksom på andre innfallsvinkler etter at den intervjuede har gjennomgått refleksjoner rundt temaet. Selve intervjuet kan derfor være en læreprosess både for forskeren og for den som blir intervjuet. Forskjellige forskere som bruker samme intervjuguide i forskjellige intervjuer kan innhente ulike utsagn underveis i intervjuet fra den som blir intervjuet på grunn av ulik *sensitivitet* og kjennskap til temaet. Forskningsintervjuet er en interaksjon på det *mellommenneskelige* plan ettersom kunnskap deles, og de som er involvert i intervjuet agerer ovenfor hverandre og gjennom det påvirker hverandre. En skal være oppmerksom på etiske krenkelser og være i stand til å behandle den mellommenneskelige dynamikken som oppstår i et semistrukturert forskningsintervju. Til slutt bør et velfungerende forskningsintervju *oppleves positivt* for den som ble intervjuet, og at denne opplever det inspirerende og har kanskje gjennom intervjuet fått ny innsikt i sin livssituasjon (Kvale et al., 2015).

3.3.2 Fenomenologisk tilnærming og hermeneutisk sirkel

Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å tolke verden sett ut ifra intervjupersonens ståsted. Når en ønsker å utforske mennesker og deres erfaringer og forståelse av et område så bruker en gjerne fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi kan gjerne beskrives som hvordan tingene eller begivenhetene umiddelbart oppfattes, viser seg eller fremstår for oss. Oppfattelsen bygger på den enkeltes erfaring med temaet som søkes forsket på. Som kvalitativ studiedesign så betyr fenomenologisk tilnærming at forskeren utforsker og beskriver menneskers erfaringer og deres forståelsen av et fenomen. Vi ønsker å fortolke og beskrive våre informanternes kunnskap og meninger, og vi vil også i denne prosessen benytte oss av hermeneutisk metode når vi tolker de dataene som vi fikk underveis i intervjuene. Hermeneutisk sirkel/metode beskriver hvordan fortolkningen består av stadige bevegelser mellom det som skal fortolkes, og i hvilken sammenheng den skal tolkes i. Hvordan delene skal tolkes avhenger også av hvordan helheten tolkes, og vår forforståelse vil også være del av denne fortolkningen (Johannessen et al., 2010).

3.4 Intervjuguide

Vi lagde oss en intervjuguide som var en liste over temaer og generelle spørsmål, som vi ønsket å få svar på gjennom intervjuet. Gjennom denne tematiseringen i intervjuguiden så ønsket vi å oppmuntre informanten om å komme med utdypende informasjon.

3.4.1 Utvalgsstørrelse og –strategi

Formålet med utvalgsstørrelsen vil være å intervju nok antall informanter slik at vi i tilstrekkelig grad vil få nok informasjon om det vi ønsker å kartlegge. Ideelt ville dette være å fortsette med intervjuer til en ikke får noen ny informasjon, at en når et metningspunkt, men dette ville være lite hensiktsmessig (Johannessen et al., 2010). I vanlige intervjuundersøkelser så ligger antallet ofte på 10-12 intervjuer. Dette antallet skyldes gjerne en kombinasjon av hvor mye tid og ressurser som er avsatt, og at en når et metningspunkt på hvor mange informanter som må til for å få nødvendig kunnskap (Kvale et al., 2015).

Vi ønsket å finne svar på hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester vil kunne påvirke

denne beredskapen. Vi hadde en formening om hvilke informanter vi ønsket intervju med for å kunne få svar på vår problemstilling.

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap og fylldige beskrivelser om det fenomenet en ønsker svar på. Rekrutteringen av informanter har derfor et helt klart mål. Strategisk utvelgelse betyr at forskeren tenker gjennom hvilken målgruppe som må intervjues for å få samlet nødvendige data, og det neste steget er hvilke personer fra målgruppen som skal delta (Johannessen et al., 2010).

Vi ønsket å intervju sentrale ansvarspersoner i utvalgte kommuner i Innlandet Fylke. Vi bestemte oss derfor tidlig for å intervju kommunalsjef og lege i ledende stilling innen helsetjenestene i de utvalgte kommunene. Vi hadde også en formening om at størrelsen på kommunen kunne ha noe å si, så vi sendte derfor forespørsel om intervju til både distriktskommuner og bykommuner. I tillegg så ønsket vi å intervju en strategisk person i Sykehuset Innlandet, som har god oversikt over hvordan avtaler og samhandlingen er tenkt fra sykehuset sin side. For å få god informasjon om hvordan forskrifter, lover og veiledere er tenkt operasjonalisert så fikk vi også til å intervju en sentral person ved Helsedirektoratet. Vårt valg av informanter og rekruttering av disse var mer basert på hensiktsmessighet for å gi dybdekunnskap til vår oppgave, enn at de var generelt representative for sine arbeidsfelt (Ibid.).

Vi tok kontakt med informantene på mail hvor vi la med informasjon på hva oppgaven vår gikk ut på, og vi ba om at de foreslo et møtetidspunkt og hvor intervjuet kunne finne sted. Vi endte tilslutt med å sende ut invitasjon til fem kommuner, men to av de inviterte kommunene passet det ikke for. Dette tror vi hadde sammenheng med Covid-19 situasjonen. En kommune var i prosess med nyansettelse i en av stillingene vi ønsket å intervju, og det var fortsatt ferieavvikling. Slik kom vi frem til de syv informantene som vi intervjuet.

3.4.2 Intervjusituasjonen

Vi ønsket at intervjuet skulle vare maksimalt i 60 minutter, og dette var også noe vi hadde informert om når vi tok kontakt for å avtale intervjuet. Vi åpnet intervjuet med å presentere oss og informerte om oppgavens innhold og formålet med intervjuet. Vi informerte om at vi ønsket å benytte lydopptager og vi gikk igjennom samtykkeskjemaet «vil du delta i forskningsprosjekt». Informanten skrev deretter under på samtykkeskjemaet og bekreftet med det at de ønsket å delta på intervju til vår masteroppgave. Vi hadde laget oss en

intervjuguide hvor vi gjennomgikk tematisk de samme spørsmålene til alle informantene. Vi hadde på forhånd avtalt hvem av oss som var hovedintervjuer og at den andre hadde mer en observatørrolle, for å kunne ved behov supplere med utdypende oppfølgings spørsmål når det var aktuelt. Ettersom en av oss observerte intervjuet og hadde en passiv rolle, så kunne denne også vurdere stemmebruk, ansikts- og kroppsspråk som var ledsaget til svarene på spørsmålene. Dette ga oss en mer nyansert tilgang til informantens meninger og hvilken kontekst det ble sagt i enn det den rene transkriberingen gir av informasjon.

3.5 Etterbehandling av dataene

Med data i forskningssammenheng menes; «registrerte observasjoner som gjenspeiler og representerer det fenomenet eller den virkelighet man ønsker å undersøke. Data kan være notater fra intervjuer, lyd-/bildeopptak.» (Johannessen et al., 2010, s. 394).

3.5.1 Transkribering

Transkribering betyr å skifte, transformere fra en form til en annen. Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form blir intervjuene strukturert på en slik måte at de er bedret egnet for analyse (Kvale et al., 2015). Struktureringen er i seg selv første steget på analysen. Vi brukte ganske mye tid på å transkribere våre intervjuer, og ble sittende igjen med 36 transkriberte sider med data som inneholdt 26 966 ord. Vi valgte å transkribere ordrett det som ble sagt i intervjuet. Vi har også spart på lydfilene slik at vi hadde disse tilgjengelig under analysen, og kan benytte disse om vi ønsker å klarlegge konteksten, intonasjoner eller andre forhold om vi ønsket å få det med.

3.5.2 Analyse av dataene som fremkom i intervjuene

Før vi satte i gang med analysen stilte vi oss spørsmålet om hvordan vi kan finne ut hva intervjuene forteller oss om det vi ønsker å vite. Vi tok utgangspunkt i våre forskningsspørsmål og kategoriserte disse med fargekoder.

Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for å sikre en god medisinsk beredskap

Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap

Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåer primær og spesialisthelsetjenesten.

På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunen

Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap

Vi gikk inn i hvert transkriberte intervju og la inn fargekoder kategorisert etter temaene i forskningsspørsmålene oppimot de funn vi hadde i intervjuene. Der vi var i tvil om innhold eller meningen i utsagnene, så spilte vi av deler av aktuell lydlogg på nytt slik at vi fikk gjenskape hva som ble sagt.

Vi samlet deretter de ulike kategoriserte utsagnene i en tabell, som samlet opp de ulike dataene og med det utførte en meningskonsentrering og meningsfortetting (Ibid.). Vi tok da ut det som var essensen av intervjudataene slik at vi fikk frem de sentrale meningene i utsagnene. Vi vil i kapittel 4 presentere disse funnene kategorisert under de fem forskningsspørsmålene våre.

3.6 Metoderefleksjon

3.6.1 Etske forhold og forskerrolla

Etikk må være en del av hele forskningsprosessen og er en retningslinje og ikke svar på et konkret normativt valg utført av oss som gjennomførte intervjuene. Det er særlig tre krav som stilles til forskningsetikk, og det er krav til selvbestemmelse og autonomi, plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens krav til å unngå skade (Johannessen et al., 2010). Vi mener at vår undersøkelse baserer seg på disse grunnleggende etikkkravene. Et forskningsintervju er full av etiske problemstillinger. Det krever en fin balanse mellom intervjuers ønske om interessant kunnskap, samtidig som intervjuers respekt for informantens integritet ivaretas (Kvale et al., 2015).

Vi har fulgt veiledningen for forskerrolla og håndtering av innsamlede data etter reglene om personvern og meldeplikt som er beskrevet på Høgskolen i Innlandet sin informasjonsside om dette; <https://innafor.inn.no/ekstern/forskning/forskningsdataportal/personvern-og-meldeplikt>

Vi meldte vårt forskningsprosjekt inn på fastsatt skjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og mottok svar at behandlingen kan starte.

Ved søknaden til NSD så la vi med samtykkeerklæring som også ble godkjent av NSD. Dette skjemaet gikk vi igjennom med informantene før vi startet intervjuet og lydopptager. Alle samtykket skriftlig med å delta på vårt prosjekt. Denne informasjonen gir også informanten tilgang og eierskap til datamaterialet, muligheten for å trekke samtykke på ethvert stadium av undersøkelsen og ivaretagelse av anonymitet (Kvale et al., 2015). Vi vil derfor ikke kategorisere informantenes opplysninger annet enn at der det er naturlig å knytte de mot stillingstype, funksjon og by- landkommune som informanten representerer. Vi har derfor som hovedregel unngått å kalle informantene våre noe som kan spore de gjennom presentasjonen av dataene som kom frem i intervjuene, annet enn der hvor det på grunn av kontekst er viktig å belyse dette. Vi har vurdert hvert utsagn for seg og det meningsinnhold som presenteres, før vi har beskrevet hvilken rolle de har og vurdert de etiske sidene ved dette.

3.6.2 Reliabilitet/pålitelighet

Reliabilitet beskriver hvor pålitelige data er. Dataenes reliabilitet knytter seg til hvor nøyaktig dataene er som benyttes i forskningen. Det er viktig at en er bevisst på hvordan data er innsamlet og hvordan de er bearbeidet. For å ivareta reliabilitet innen kvalitativ metode så vil en kunne styrke denne påliteligheten ved å gi leseren en inngående beskrivelse av hva som skal undersøkes og med en åpen og detaljert beskrivelse av hele forskningsprosessen hvordan en har gått frem for å kunne presenter de funnene en har (Johannessen et al., 2010).

Vi har gjennom metodekapittelet gitt en detaljert fremstilling av hvordan vi har gått frem for å planlegge og gjennomføre intervjuene. Vi har også beskrevet hvordan vi har bearbeidet de dataene som vi presenterer i empiri-kapittelet.

3.6.3 Validitet/bekreftbarhet

Validitet beskriver hvor godt eller relevant data representerer det fenomenet som skal undersøkes. Begreper som gyldighet, overførbarhet og relevans benyttes ofte i stedet for validitet. Innen kvalitativ forskning dreier validitet seg om at metoden vi bruker er holdbar og at vi vil finne opplysninger om det vi ønsker å undersøke. Sagt på en annen måte, i hvilken grad har vi som forskere brukt fremgangsmåter og tolket de funn vi har på en riktig måte. Disse funnene må også bli fremstilt riktig for å reflektere de fenomenene vi ønsket å vite mer om (Ibid.). Det er redegjort for hvilke offentlige dokumenter vi har innhentet med referanser i oppgaveteksten. Vi har også gjort rede for vår egen rolle som forskere og deler vår kunnskap i empirien som oppgaven berører.

Kvalitativ forskning med casestudie, og da spesielt intervjubasert, blir stadig kritisert for at det er for få intervjupersoner, og at resultater dermed ikke kan generaliseres og gjennom det være valide. Tanken om generalisering kan reduseres til spørsmål om resultatet kan overføres til andre relevante situasjoner (Kvale et al., 2015).

I sin artikkel «Five Misunderstandings About Case-Study Research» (Flyvbjerg, 2016) gjør artikkelforfatteren rede for at casestudier på fem områder er viktige, og har et lite oppgjør med de misforståelsene som tradisjonelt har stilt spørsmålsteget ved validitet og reliabilitet til casestudier som valgt metode. Flyvberg gjør i sin artikkel rede for at;

1. Casestudier kan gi konkret, kontekstavhengig kunnskap som kan være mer verdifull enn tilfeldige søk etter tilfeldige teorier og generaliseringer av kunnskap.
2. Man kan ofte med bakgrunn i casestudie generalisere på grunnlag av en enkelt sak, og casestudien kan være sentral i vitenskapelig utvikling via generalisering som supplement eller alternativ til andre metoder. Forfatteren forklarer hvordan formell generalisering er overvurdert som en kilde til vitenskapelig utvikling, mens «eksemplets kraft» er undervurdert.
3. Casestudier er nyttig både for generering og testing av hypoteser, men er ikke begrenset til disse undersøkelsesaktivitetene alene.
4. Casestudie inneholder ingen større skjevhet mot bekreftelse av forskerens forutinntatte forestillinger enn andre undersøkelsesmetoder. Tvert imot indikerer casestudiemetoden at denne inneholder større beskyttelse mot forfalskning av forutinntatte forestillinger enn mot bekreftelse.
5. Det er riktig at det ofte er vanskelig å oppsummere casestudier, spesielt når det gjelder saksbehandlingen. Det er mindre korrekt når det gjelder saksutfall. Utfordringene som hører til casestudier skyldes imidlertid oftere egenskapene til den studerte virkeligheten enn til selve casestudie som forskningsmetode. Ofte er det ikke ønskelig å oppsummere og generalisere casestudier. Gode studier bør leses som fortellinger i sin helhet.

Innen kvalitativ metode brukes ofte begrepene troverdighet og pålitelighet i stedet for reliabilitet, bekreftbarhet i stedet for validitet og overførbarhet i stedet for generaliserbarhet (Johannessen et al., 2010). I vår studie er det syv informanter og vi er av den oppfatning at vi opplevde en metning, og valgte dermed å ikke innkalle flere informanter. Vi har reflektert over om vi ville ha fått tilført oppgaven mer ved å innkalle flere, men konkluderte med at det

sammen med vår empiriske kunnskap trolig ikke ville medføre ytterligere kunnskap slik situasjonen er i dag.

4. Casestudien om hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland påvirkes av endringer

4.1 Innledning

Vi ønsker i dette kapittel presentere de empiriske funnene fra intervjuene samt bruke egne erfaringer som belyser oppgavens problemstilling; hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester vil kunne påvirke denne beredskapen. Vi har valgt å kategorisere og presentere funnene etter forskningsspørsmålene.

4.2 Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for å sikre en god medisinsk beredskap ?

4.2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009) trådte i kraft 1. januar 2012 og hadde fokus på økonomi og juridisk bindende avtaler. Begrunnelsen for reformen var et behov for bedre samarbeid mellom første- (primær-) og andrelinjetjenesten (spesialist helsetjenesten). Regjeringen erkjenner at reformen ikke har vært velfungerende og evalueringsrapporten av samhandlingsreformen viser at den ønskede effekten av reformen har uteblitt på flere områder. I erkjennelse av at samhandlingsreformen ikke har fungert, vedtok regjeringen Nasjonale helse- og sykehusplanen 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020). Helse og sykehusplanen beskriver et tettere samarbeid med en felles virkelighetsforståelse. Et av hovedgrepene er at det skal etableres 19 helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide for å utvikle helsetjenester med felles pasientforløp. Helse og sykehusplanen skal også sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. God samhandling forebygger unødvendige akuttinnleggelser.

Intervjuene viser at det er store forskjeller mellom informantene på hvor god kunnskap den enkelte informant har om helse- og sykehusplanen og hvilke muligheter den gir for den enkelte kommune. Noen av informantene beskriver at de var deltagere under konferansen som

presenterte helse og sykehusplanen og syntes at de hadde en god kjennskap. En annen informant fra kommunehelsetjenesten beskriver *«har ikke lest dette dokument og har ikke hørt om helsefelleskap»*. En annen informant fra en distriktskommune beskriver egen kunnskap om helse og sykehusplanen som *«kanskje på administrativt plan, for oss som er nærme pasienten så er ikke dette så godt kjent i hverdagen»*.

Funnene viser at det er forskjell mellom informantene om holdningene til nye reformer. Informanter fra Sykehuset Innlandet og Helsedirektoratet fremstår som positive til den nye helse og sykehusplanen. En av informantene beskriver at *«tror det blir bra, flere behov enn da samhandlingsreformen kom»* og at *«helsefelleskapene blir bra om en tar det på alvor»*. Blant kommunene er det mere skepsis uten at det er noen forskjeller mellom distrikts- eller bykommune. Flere av informantene viser en skepsis til nye reformer som skal rette opp tidligere ikke velfungerende reformer. En av informantene fra en distriktskommune beskriver *«noe måtte man komme opp med fordi ministeriet og direktoratet har ikke foretatt noen alvorlig strukturelle grep, de tyr ofte til litt mer moraliserende rettet strategi ovenfor helsetjenesten»*. Flere informanter gir uttrykk for at den nye helse og sykehusplanen ikke vil medføre så store endringer fra tidligere reformer, *«omorganiserer til noe som er ganske likt, bytter egentlig bare navn»*

Helse og sykehusplanen skal sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede, og gjennom samhandling forebygge unødvendige akuttinnleggelser. Erfaringer fra ambulansetjenesten viser at det utføres mange ambulanseoppdrag som kan defineres som unødvendige. Det er flere årsaker til dette, men en av grunnene er at primærhelsetjenesten ikke har etablert gode rutiner for å unngå unødvendige innleggelser. Et eksempel er at hjemmesykepleien i mange tilfeller tilkaller ambulanse for å få vurdert tilstanden til pasienten. Flere av denne type oppdrag er også relatert til pasienter som bor på sykehjem og er i behov av en vurdering av lege. Ofte medfører dette at pasienten må transporteres til legevakt eller sykehus for medisinsk vurdering istedenfor at legen kommer til pasienten. I distriktskommuner er det lange avstander til legevakt og sykehus, som innebærer at oppdraget tar lang tid og kommunen får svekket beredskap når ambulansen ikke er tilstede i kommunen.

Helseministeren har løftet frem et prosjekt i Telemark som gjennom samarbeid mellom sykehus og kommune skal bidra til en styrket akuttkjede innen somatikk og psykiatri i hele Telemark. Noen momenter i prosjektet er å etablere felles samhandlingsverktøy (medisinske prosedyrer) og læringspakker for å øke kompetansen i primærhelsetjenesten. Informant fra

direktoratet beskriver prosjektet i Telemark som «*samhandlingen jfr. Telemarkprosjektet gir trivsel i hjemmebaserte tjenester og de har fått mange gode resultater både for kommunen men også for helseforetaket. Jeg tror at det er bra og ikke minst for pasienten, at den type tjenester finner sammen*». Det oppleves fra samtlige informanter at kompetanse i primærhelsetjenesten må styrkes for å forebygge unødvendige innleggelser og redusere antall ambulansetransporter, «*må ha kompetanse for å iverksette tiltak på lavest mulig nivå*».

En av kommunene har jobbet lenge for å redusere akutte innleggelser gjennom å bygge ut lokale helsetjenester og har også forbedret den akuttmedisinske kunnskapen. En av forskjellene mellom distrikts- og bykommune er at distriktene oppgir en annen «*trygghetsfølelse av at ambulansen er tilstede i bygda*». Flere informanter trekker frem ny teknologi for å få en bedre akuttmedisinsk kjede. Blant annet kan videooverføring mellom ambulansen og legen gi avklaringer som kan hindre unødvendig transport og innleggelser. Informant fra Sykehuset Innlandet trekker også frem satellitt legevakter, helsehus bemannet med sykepleiere på natt som muligheter for å styrke beredskapen i distriktene, men at små kommuner ikke har ressurser å få til dette på egen hånd. Informanten trekker også frem kompetanseheving i ambulansetjenesten for å utføre utvidede oppgaver i kommunene. Gjennom kompetanseheving vil det være mulig å starte flere behandlinger i et tidligere stadium «*kompetanse er viktig, hever du kompetansen vil du få en annen trygghetsfølelse*».

Økonomi fremstår som et viktig argument for at implementering av nye reformer skal bli vellykket. Spesielt informantene fra kommunene trekker frem økonomi ved flere anledninger som et viktig argument for at helse og sykehusplanen skal fungere etter intensjon. En av informantene beskriver at «*det som jeg syns ofte er utfordringen er at økonomi ikke følger planer, kommunen tjener ikke penger på det men Norge sparer masser*». En annen informant fra en distriktskommune trekker frem at «*det ikke har blitt gjort noe med finansieringsordningen, og her er den største problemstillingen knyttet til forvaltningen etter min mening, incentivordninger i systemet*». En informant fra bykommune trekker også frem argumentet at det faktisk ikke er dyrere å få lagt inn pasienten på sykehus, snarere tvert imot kan kommunen i flere tilfellen spare utgifter på ekstra personellkostnader.

4.2.2 Akutforskriften

Akutforskriften har som formål å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften

regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak. Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter (Akutforskriften, 2015,).

Samtlige informanter gir uttrykk for at akutforskriften er godt kjent, men at den tolkes og praktiseres forskjellig mellom kommunene. Kommunen skal tilby en legevaksordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig. Ambulansetjenesten opplever at det er store forskjeller mellom kommunene hvordan utrykningsplikten praktiseres og når legen velger å bli med ambulansen ut på oppdrag. I noen kommuner forventer fastlegen/legevakslegen at alle pasienter skal transporteres til legen for vurdering, mens andre kommuner har etablert en ordning for å ivareta utrykningsplikten. Ambulansetjenesten har de senere år opplevd en økning av oppdrag der legen ønsker at ambulansen reiser ut til pasienten for å gjøre en vurdering av pasienten helsetilstand og behov for legetilsyn. Dette er ofte en vanskelig vurdering som stiller store krav til ambulansepersonellet og som kan resultere i en feilvurdering med alvorlige konsekvenser. En av informantene i en distriktskommune oppgir at *«Viljen er der til å rykke ut, vanskelig vurdering hver gang det kommer en ut alarmering, er det noe jeg skulle vært med på eller klarer ambulansetjenesten å ta dette selv? Hva skjer med mine pasienter som sitter på venterommet og som har ventet lenge på en legetime og nå stikker en bare av?»* En annen informant kommenterer eierforholdet til lokal ambulanseberedskap med *«hvis sykebilen min er borte er jeg livredd, tror det er så enkelt, Det er noe sånn symbol greier»*.

Dette synligjør en av problemstillingene i distriktskommuner med lange avstander og få leger på vakt. Hvis legen rykker ut sammen med ambulansen, hvem skal da ta vare på pasientene på legekontoret? En informant fra en distriktskommune beskriver at *«ja, vi blir jo med ambulansen og rykker ut når vi synes at dette er nødvendig og at dagsplanen tillater det eller at vi klarer å prioritere dette oppimot det andre, men jeg synes nok at dette er en vanskelig vurdering, vi er satt ut hver gang det kommer en utalarmering»* Samtidig synes informanten fra direktoratet at *«Akutforskriften burde bli tatt opp mellom ambulansen og kommunen slik at det er to parter og at en sammen kan se på hvem som har hvilket ansvar og hvordan jobber vi sammen»*. Eierforholdet til den lokale ambulansen er tydeligere i distriktskommunene. Når

legevaktene sentraliserer og legevaktsdistriktene blir større medfører det at oppdragene tar lengere tid og at ambulansene er mer opptatt enn tidligere når den lokale legevakten var i kommunen.

I en bykommune oppleves ikke eierforholdet så sterkt til den lokale ambulansen som informanter fra distriktskommuner gir uttrykk for. Antallet ambulanseoppdrag til fastlege/legevakt for vurdering av pasientens helsetilstand, er betydelig høyere i bykommuner enn i distriktskommuner. Det er flere årsaker til det, men forholdet til den lokale ambulansen og følelsen av at ambulansen i kommunen er opptatt, er ikke så fremtredende i bykommuner. Aktiviteten ved en bylegevakt er til tider så høy, at det legger begrensninger for muligheten for legen å rykke ut ved behov. En av bykommunene har etablert en ordning deler av uken med egen lege som rykker ut fra legevakten. Mange av oppdragene legen reiser ut på, er oppdrag der det er behov for en vurdering av pasientens helsetilstand. Erfaringene med lege som vurderer pasienten hjemme er at *«vi sparer masse ambulansetransporter, men for kommunen er det en ren utgiftspost»*. Flere informanter gir uttrykk for at de er positive til en ordning som er tilrettelagt for at legen skal kunne reise ut, og som en informant beskriver *«Tenker at man klarer å få til et system som faktisk helhetlig ivaretar pasienten, men hvor økonomien understøtter det, så har jeg tro på det»*.

Mange ambulanseoppdrag som er tidskrevende handler ofte om rus og psykiatri. Ofte er dette oppdrag som skal utføres på natt, helg og helligdager. Dette er en pasientgruppe som øker i antall og det kan være en utfordring for en kommune å ha etablert et godt tilbud. Akutforskriften beskriver at definisjonen av akuttmedisin også omhandler pasienter med akutte psykiske lidelser og rusproblemer. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. ("Helse- og omsorgstjenesteloven – hol," 2011) stiller krav til kommunene om å ha knyttet til seg blant annet psykolog. Informantene beskriver at de opplever at denne pasientgruppen har et godt tilbud i kommunen. Informant fra en distriktskommune beskriver at *«vi har tre psykiatriske sykepleiere som jobber ganske mye og som gir mye for pasientene sine. Dette er jo personavhengig da om de gir et godt tilbud eller ikke. Jeg tror folk får ganske god hjelp så lenge vi ikke må ut av regionen og ikke ned til Sanderud»* Informant fra annen distriktskommune beskriver tilbudet til den psykiatriske pasient som *«har fått midler og ansatt to psykologer og bygd opp en enhet for psykisk helse i kommunen, og egen hjemmetjeneste for psykisk helse. Har en god struktur»* Ambulansetjenesten opplever ofte at den største utfordringen med denne pasientgruppen er å få kvalifisert hjelp når fastlegekontoret er stengt. Kommunene har etablert ordninger som er tilgjengelig dagtid på ukedager men ikke på helg,

kveld/natt eller helligdager. Når kommunens tilbud er stengt, er det legevakten som får ansvaret for å vurdere pasientens tilstand. Informant fra direktoratet beskriver problemstillingen som at *«det er ikke avtalt hvordan dette skal håndteres, hvem gjør hva og hvilke ressurser har vi. Da blir ambulansetjenesten den som blir stående der med oppdraget ofte. Særlig i bynære strøk så har dette vært et problem der det ikke har vært mulig å få legevakta ut»*.

Kompetansekrav til lege i vakt er beskrevet i akutforskriften. En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin eller godkjenning som allmennlege. En av informantene fra bykommune poengterer den faglige begrunnelsen i at en lege i vakt må inneha kompetanse i henhold til forskriftskravene. Det er viktig for å kunne tilby pasienter med psykisk sykdom en kvalifisert vurdering. Informanten beskriver videre at *«Jeg tenker at det er spesialisten i allmennmedisin som skal ta legevakt vakter, og det sier også forskriften. Det er gode faglige argumenter for å hevde, det betyr også at alle leger ikke kan gipse håndleddsbrudd men har en bredere kunnskap i allmennmedisin»*. Kompetansekravene for lege i vakt tar flere av informantene i distriktskommuner opp som en utfordring. En av informantene beskriver *«Må si at rekrutteringskrisen i fastlege-Norge må man ta alvorlig. Hvis det er sann at fastlegene også i fremtiden skal bemanne legevakten da må rekrutteringen bli bedre. Må ha lange overgangsordninger med kravene om spesialisering for å være selvstendig. Hovedproblemet hos oss er at vi har veldig gode legevaktsleger, men ingen er spesialister. De er nevrokirurger og andre kirurger, mange er veldig dyktige, men hele det systemet er truet av kravet om allmenn spesialitet»*.

Akutforskriften stiller krav om at personell i akuttmedisinsk beredskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenester (nødnett), og kan kommunisere med hverandre og med andre nødetater. Ambulansetjenesten opplever at det er varierende bruk av nødnett ved de forskjellige kommunene. En av hensiktene er at det skal være mulig for ambulansen å be om bistand med medisinske råd og veiledning fra lege i vakt når det er behov, samt at den kommunale helsetjenesten som er en del av den akuttmedisinske kjeden er informert og oppdatert om hva som skjer i kommunen. Samtlige informanter opplyser at de er tilgjengelig på nødnett. Blant informantene i distriktskommunene er vanlig praksis at legen har nødnettsterminalen tilgjengelig og kan bistå ved behov. Informant fra bykommune beskriver at *«legen er ikke på nødnett, det er sykepleieren som er der, og grunn til det er at vi ikke har en dedikert kjørelege. Fordi når legen skal ha mange pasienter, vil det gjøre jobben vanskelig. En av mine*

kjæpphester er at også legen skal være tilgjengelig i nødnett for å kunne konferere med ambulansepersonellet, som er viktig. Ambulansepersonellet får snakke med legen ved behov. Dette er kanskje ulempen med storby legevakt at produksjonen er så høy at beredskapsbiten blir litt borte». Informanten fra direktoratet beskriver at det er store nasjonale forskjeller i bruken av nødnett i kommunene. Informanten opplever at «det er veldig forskjellig hvordan nødnettet er tatt i bruk, rent teknisk sett tror jeg det fungerer. Legene på Romerike og Follo er aktivt på nødnett, men kommer vi til Oslo så er det ikke noe lege på nettet».

4.3 Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap

Våre erfaringer gjennom mange år i helsevesenet er at god samhandling vil kunne være avhengig av den samhandlingskulturen som er etablert innen organisasjonen og mellom de ulike forvaltningsnivåene, men også i mange sammenhenger være avhengig av personlige engasjement hos de som iverksetter de ulike jobbrollene i organisasjonen. En av informantene uttrykte dette om hva som skulle til for at god samhandling skulle finne sted; «*De har fått med seg en drivandes kommunelege, og så har helseforetaket ment noe med det, faktisk brukt tid og krefter på dette*». Det viser at det også vil måtte være vilje og engasjement hos nøkkelpersoner for at samhandlingen skal kunne lykkes.

4.3.1 Samhandlingsmøter i geografisk samarbeidsutvalg

Flere av informantene trekker frem at bedre samarbeid trengs i tiden fremover. Geografisk samarbeidsutvalg (GSU) er et fora som ble presentert i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. GSU skal være et samarbeidsutvalg som skal bidra til å utvikle gode rutiner for samarbeid mellom kommunene og sykehuset i regionen. Ifølge hjemmesiden til Sykehuset Innlandet så er hovedoppgaven til GSU:

«å fremme samarbeid om et godt og sømløst tilbud til pasienter, samt å forebygge avvik, uenighet og/eller interessemotsetninger mellom partene. GSU skal bidra til at kunnskapsbasert praksis, pasientsikkerhet og godt samarbeid ivaretas innen både psykisk helse, rus og somatikk» (<https://sykehuset-innlandet.no/fag-og-forskning/samhandling/geografisk-samarbeidsutvalg>).

Våre informanter beskriver at i det store og hele så opplevdes GSU møtene som nyttige. Et par av informanter fra kommunenivået bemerket dog at disse møtene kunne bære preg av at sykehuset var premissleverandør, og at GSU gir et samarbeidsnettverk mellom kommunene mer enn at det var et samarbeidsnettverk med sykehuset. *«Det vi nok være behov for flere [...] og tydeligere samarbeidsarenaer hvor man møtes på kanskje litt mere likeverdig nivå enn det jeg opplever når jeg blir invitert på møter der det ofte er på sykehusets premisser.»* De opplevde også at det kunne være dårlig forståelse for hverandres problemstillinger mellom kommunene og sykehuset. Som en av informantene uttrykte det; *«kritikken mot en del av disse strukturene er at det har vært en slik botsøvelse de har gjort uten at det har rett og slett hatt en praktisk virkning der ute»*, og en annen uttrykte det slik; *«kommunen jobber med en helt annen helhet, samfunnshelhet, enn hva sykehuset gjør. Det er grunnen til våre problem, at vi ikke forstår hverandres helhet»*. Denne informanten kom også med et annet utsagn som bekrefter de ulike kulturene som er forskjellig innen spesialisthelsetjenesten og kommunen; *«Sykehuset møter en selektert populasjon, der man kan ta helt andre beslutninger og andre pasientforløp enn når man jobber med hele populasjonen. Derfor er det en utfordring med samarbeid»*.

Utfordringen med samarbeidsfora som GSU kan være at de blir nok en møtearena uten at det skjer så mye vedtak som resulterer i bedret samhandling i praksis. En av informantene så det slik; *«men det er ikke alltid at de som kommer på GSU kan treffe beslutningene, men kommer det en sykehusdirektør kan sykehuset treffe mange beslutninger. Den byråkratiske veien er litt lengere på kommunesiden i GSU»*. En annen av informantene uttrykte det slik; *«vi har gjort en del interessante ting både i GSU og innspill til OSU. Skal man prøve å evaluere dette her, så lider det av størrelsesproblematikken på Innlandet, og det er Sykehuset Innlandet som har definert det»*. Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) som nevnes her er et utvalg som består av administrerende direktør for Sykehuset Innlandet og sentrale representanter fra både sykehuset og kommunene.

Per i dag er Sykehuset Innlandet HF lokalisert med fem somatiske og to psykiatriske sykehus. GSU er organisert etter de somatiske sykehusene. Det er totalt 40 kommuner i Innlandet som sogner til en av de 5 somatiske sykehusene som inngår i samarbeidet. Ettersom Sykehuset Innlandet har vedtatte planer om å sentralisere sykehustjenestene til ett hovedsykehus ved Mjøsa, ett akutt sykehus, ett elektivt sykehus i tillegg til at SI Tynset skal bestå. Dette samarbeidet vil mest trolig i fremtiden bli sentralisert og med det kanskje bli mer utfordrende.

Som en av informantene uttrykker det; *«litt vanskelig å få til et tett samarbeid og en enighet. Viktig å finne ut hvordan dette skal løses i Innlandet»*

Alle informantene mente at GSU møtene var viktige for samarbeidet imellom forvaltningsnivåene. Spesielt etter utbruddet av koronapandemien fra mars 2020. Fra normalt å være 2 møter i året så ble det på grunn av situasjonen behov for å møtes oftere. I hektiske perioder i vår så var det ukentlige avklaringsmøter. Dette viser at organisasjonene hadde stor omstillingsevne til å tilpasse seg den nye situasjonen. Flere divisjoner innen Sykehuset Innlandet deltar i GSU, blant annet Divisjon Psykisk helsevern og Divisjon Habilitering og rehabilitering, i tillegg til representanter fra alle kommunene som ligger i opptaksområdet til Sykehuset. Deltagerne i GSU varierer noe fra sykehusets side, men for eksempel Divisjon prehospitale tjenester og Divisjon medisinsk service har tidligere ikke vært en del av GSU, men disse ble med i møtene etter at pandemien oppstod våren-20.

4.3.2 Samhandling sykehus-kommune

Flere informanter trakk fram at partene må føle at de er likeverdige for å lykkes med god samhandling. Som nevnt over så oppleves GSU som at det ofte kan være møter som er på sykehusets premisser. Det kan virke som at viktige faktorer for å lykkes i samarbeidet er å bygge tillit og at partene føler seg likeverdige med felles forståelse om felles mål. Som en av informantene uttrykte det; *«Noe av 'cluet' med at de får det til [...] hadde en felles forståelse om hva er bilde i dag og utfordringene våre. Det ble ikke et sykehus eid prosjekt, men alle var på samme nivå og så ikke ned på hverandre, og at det ble en kommunelege som ble prosjektleder»*.

Når pasienter med spesielle diagnoser skal følges opp i den kommunale helsetjenesten så opplever kommunene at det fungerer bra, som en av informantene uttrykte det; *«når vi tar imot pasienter som for eksempel er veldig lenge siden vi har hatt de diagnosene eller de behandlingene på så at personalet føler seg usikker så føler vi at da må vi få lov til å sende noen opp til sykehuset for å få en hospitering for å liten oppfriskning og opplæring og det har aldri vært noe problem. Det er vi veldig fornøyd med.»*

Det kom frem at det er lederne som gjerne representerer sin organisasjon i samhandlingsutvalg, mens selve samhandlingen som blir bestemt på møtene skjer mer på det operasjonelle plan rundt pasienten. Det å få implementert beslutninger som skal fungere operasjonelt pasientnært der samhandlingen skjer, kan være svært utfordrende. En av

informantene uttrykte det slik; *«det er ikke de (sykehuset) som skal bestemme behandlingsnivået som kommunen skal leverer [...] vi kan gi en pasient bedre behandling i hjemmetjenesten enn det vi kan gi på institusjon, men de (sykehuset) sier at den pasienten skal ha en institusjonsplass»*. Det ble også trukket frem at ved utskrivning av pasienter til kommunen så bar gjerne utskrivningsepikriser preg av at *«vi trenger jo veiledning ifra spesialisthelsetjenesten, men det må være veiledning og et samarbeid i stedet for en kommando»*.

En av legene kom med ett hjertesukk om at utskrivningsmeldingene fra sykehuset til kommunen gjerne ikke kom før dagen etter at pasienten hadde kommet tilbake til kommunen. Denne legen beskrev dette som; *«vet ikke helt hva som foregår på sykehuset før jeg har mottatt en epikrise og at pasienten da allerede er utskrivningsklar, eller kanskje pasienten allerede er her og jeg får epikrisen dagen etterpå.»* Denne legen ønsket at *«fastlegen er litt mer orientert om over hva som foregår i et behandlingsforløpet på sykehuset. At man kan etter hvert skjønne litt mer hva som er gjort, hva kan vi gjøre i primærhelsetjenesten for å unngå at pasienten skal bli så dårlig igjen at den trenger en ny innleggelse.»*

Flere av informantene hadde tanker om hvordan samarbeidet fremover i tid kan formes. I denne sammenhengen så ble blant annet digitale videooverføring fra pasient til lege nevnt. Dette er blant annet prøvd ut som piloter ved Rørosprosjektet, og i Innlandet som hjelp til beslutningsstøtte fra spesialistleger og legevaktsleger til helsepersonell som er nær pasienten. Formålet hittil er at dette kan være til beslutningsstøtte for ambulanspersonell ved vurderinger, og for lege som en mulighet for å vurdere pasienten i stedet for å reise ut til denne. En av informantene uttrykte det slik; *«med ambulansen har en anledning til å gjøre prøver og analyser, prøver og vurderinger, eventuelt sende med bilde eller tekst, sette opp en videosamtale, helt hjem til folk der de bor. Ta konsultasjonene hjemme hos pasienten eller på sykehjemmet, i stedet for å bringe pasientene til sykehus»*. Det er en kjensgjerning at etter at sentralisering av legevakter ble gjort i stor skala for noen år siden, så har det vært vanskeligere for legevaktslegen å reise ut på legevaktbesøk hjemme hos pasienten eller i institusjon.

4.3.3 Samhandling beredskap

NOU 2015:17 «Først og fremst» (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015) beskriver at kommuner bør ha en planprosess for å organisere og innrette tjenestene for å sikre god pasientbehandling ved akutt sykdom og skade. Det beskrives videre at en slik plan vil bidra til en bedre

koordinering og avklaring av oppgaver mellom legevakt, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En av informantene foreslo følgende; *«jeg tror at det med beredskap så må man sette seg ned å stille spørsmålet, hva betyr det for vår kommune og hvem er partene i den beredskapen og hvordan får vi det til»*. Den normale beredskapen i kommunene kan være redusert om de helseressursene som normalt sett er tilstede og produserer beredskapen «brukes opp». Det kan for eksempel være at ambulansen sendes ut på «vurderingsoppdrag» eller transportoppdrag hvor formålet er å bringe pasienten inn til legevakten for medisinsk vurdering. Dette skjer i de tilfeller der legevakten ikke kan eller prioriterer å reise ut. Det kan også oppstå hendelser som gjør at ambulansen og legevakten er opptatt. En av informantene uttrykte at om det var knapphet på beredskapsressurser så; *«er ambulansetjenesten nødt til å bygge ut så man fortsatt har et godt tilbud, det er Sykehuset Innlandet sitt problem om ikke beredskapen er bra nok»*.

Hjemmesykepleien som reiser rundt i kommunen er en ressurs som hittil ikke har vært inkludert i særlig grad ved øyeblikkelig hjelp behov i kommunene. Hjemmesykepleien nevnes også i NOU 2015:17 «Først og fremst» som en betydelig ressurs i kommunen, fra å tidligere være en omsorgstjeneste for pasienter med behov for hjemmebasert omsorgstjenester til å bli en medisinsk behandlende tjeneste (Ibid.). En av informantene nevner at *«hjemmesykepleien har vi erfart kunne blitt brukt mer ved ambulanseoppdrag for de eldre pasientene som har kommunale tjenester. Hjemmesykepleieren kjenner ofte pasientene godt og vet ofte i stor grad hva som feiler de. De er også godt skolert for å kunne bidra til å vurdere pasienten.»* Den samme utredningen beskriver at hjemmesykepleien, som er en faglig utdannet tjeneste på høyskolenivå, har et stort potensiale i å gjøre flere oppgaver enn de gjør per i dag i samarbeid med legevakt, ambulanse og AMK (Ibid.). En av informantene hadde følgende tanker om bruk av hjemmesykepleien; *«hva kan da hjemmesykepleien gjøre på stedet hvis de da kan ha en pågående videosamtale både med AMK og med legevakta, så kan de gjøre veldig mye på stedet som de i dag ikke får til»*. Flere av respondentene var bekreftende om at bruk av hjemmesykepleien ville kunne styrke den lokale akuttmedisinske beredskapen.

En annen kommunal ressurs som også nevnes er brannvesenet. De aller fleste brannvesen i dag har hjertestarter i brannbilene og bistår helsetjenesten ved hjertestans i tillegg til ulykker. I de siste årene har tendensen til at de blir benyttet ved andre akutte helseoppdrag økt. Som en bistandsressurs ovenfor hjemmesykepleien, ambulansen eller legevakta så er brannvesenet en viktig tilleggsressurs i beredskapen. Som en av informantene trakk frem; *«Jeg tenker at brannvesenet har jo som oppgave å redde liv og helse, det er jo en del av oppgaven deres.»*

Tenker at brannvesenet skal ikke reise hjem til alt mulig rart, om du får hjerneslag så er det ikke så mye brannvesenet får gjort der» og samme informant trakk frem at brannvesenet «er en ressurs som kommunen bør bruke sammen med andre ressurser i kommunen. Ikke fordi vi ikke skal ha ambulanser der, men som et tillegg til i enkelte kritiske situasjoner.»

Akutthjelpere er en samlebetegnelse for medlemmer i blant annet frivillige organisasjoner og lokale brannvesen som blir kurset i basal førstehjelp, og har med seg det viktigste utstyret for å kunne redde liv, blant annet en hjertestarter, og bistår helsevesenet ved behov. Det er AMK som normalt sett varsler akutthjelperne. Det siste året har det blitt utviklet en app som kan installeres på smarttelefon hvor AMK kan sende varsel til de som er i nærheten og som har kompetanse til å hjelpe. En av informantene tenkte fremover og foreslo følgende; «(appen) er utviklet først og fremst med tanke på akutthjelpere, men i fremtiden, hvorfor har ikke alle i hjemmebaserte tjenester den type app? Hvorfor har ikke alt ambulanspersonell som har fri, alle leger som har fri og som kan akuttmedisin en slik app?»

Det å kjenne til hverandre trekkes frem som et viktig element for å kunne vurdere pasientens helsetilstand og ta de riktige beslutningene på hva som er det beste. Det er lettere om både sykepleieren og legen er kjent med hverandre og med pasienten. Som en av legene uttrykte det; «hvis jeg kjenner pasienten og hvis jeg kjenner sykepleierne som ringer meg om en avgjørelse, så er avgjørelsen som lege mye lettere å ta».

En pasientgruppe som vi vet av erfaring er krevende og som oftest tar mye tid er de pasientene som har sykdom og lidelser innen rus og psykiatri. I normal åpningstid så har kommunene et godt og aktivt tilbud til denne gruppen, både ved at pasientene kan oppsøke hjelpetjenesten i kommunen og at de blir oppsøkt med hjemmebesøk. Informantene ga uttrykk for at dette i normal kontortid fungerte bra og en av de uttrykte det slik; «mange jobber i kontortiden, også prosjekter som FACT-prosjektet skulle også være i vanlig arbeidstid grunnet økonomi. Hvis alle driver på den måten (fastleger, PPT, osv.) og skal gå hjem kl. 18.00, problemene innen psykiatrien starter sent på kvelden. Noe er galt med innretningen på tjenesten.» FACT kan forstås som en fleksibel aktiv oppsøkende behandling/oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse og eventuell rusproblematikk. Vår erfaring er også at kommunenes beredskap utenom vanlig kontortid og i helger/høytidsdager er mangelfull, og sykehusene har heller ikke godt øyeblikkelig-hjelp tilbud til denne svake pasientgruppen. Som en av informantene uttrykte det; «hvordan skal vi håndtere dette hos oss? Hvem gjør hva? Hvor ringer en og hvilke ressurser har vi? Det er ikke avtalt og da blir ambulansetjenesten den som blir stående der

med oppdraget ofte». Som konsekvens av dette så blir det ofte ambulanse, legevakt og i enkelte tilfeller politi som må løse utfordringene når noen i denne pasientgruppen trenger hjelp. Dette er ofte svært tidkrevende, gjerne flere timer, og disse oppdragene er ofte svært utfordrende. En informant beskriver at det å få lagt inn en pasient som trenger psykiatrisk ø-hjelp er krevende; *«man må regne 3 timer før pasienten har fått innpass ett eller annet sted. Da diskuterer man hver gang, det brukes gjerne 2-3 telefoner før en har pasienten der en har tenkt den bør være*». En av de andre informantene hadde følgende betraktning; *«Det er en pasientgruppe man ofte må krangle litt om, har blitt bedre men det er fortsatt der det lugger mest med samarbeidet*». I slike tilfeller hvor det tar tid før noen overtar ansvaret for pasienten så blir beredskapen i området svekket i flere timer.

Nødnettet ble implementert som felles kommunikasjonsverktøy for nødnetatene i 2015 og erstattet de gamle sambandssystemene. Formålet med innfasingen av det digitale nødnettet var å *«styrke samfunnets sikkerhet og beredskap, effektivisere nødnetatenes arbeid, ivareta kravet til avlyttingssikkerhet og bedre koordineringen ved ulykker*» (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015, s. 37). Nødnettet er robust med god dekningsgrad. Legene i vakt bruker nødnettet sammen med ambulansene, og det brukes ved samhandling og kommunikasjon ved øyeblikkelig hjelp ved oppdrag hvor de samhandler. I hverdagen så oppleves kommunikasjonen lettere når nødnettet brukes. Vår erfaring er at legene når de er på legevakt er tilgjengelig på nødnett, men på grunn av at legene kan være opptatt med pasientkonsultasjoner når man er på legekantoret, så er det ofte hjelpepersonellet til legen som svarer på utkalls-meldingen fra AMK. Som en av informantene sa; *«nei, det er sykepleieren som er der [...] Fordi når legen skal ha mange pasienter, vil det gjøre jobben vanskelig*». Sykehuset innlandet har også ofte aktuelt mottak og traumeleder i talegruppen ved behov. I tillegg så er det talegrupper i nødnettet som er dedikert både for samhandling med de andre nødnetatene som brann og politi, og med frivillige organisasjoner som Røde Kors, Norsk Folkehjelp og Norske redningshunder. Hjemmesykepleien er dessverre ikke per nå bruker i nødnettet i kommunene i Innlandet, det vi kjenner til. NOU 2015:17 «Først og fremst» beskriver at en suksessfaktor for god og effektiv samhandling og bedret kommunikasjonsflyt vil være at alt personell som er tilknyttet den akuttmedisinske beredskapen i kommunen er tilknyttet nødnettet.

4.3.4 Samhandling legevakt-ambulanse

Det er ofte at ambulansene henter pasienter ute som har falt og dermed skadet seg, med mistanke om blant annet bruddskader. Ved denne typen skader som åpenbart trenger røntgen for å finne ut om det er skader og eventuelt hva som trengs av behandling, så er dette undersøkelser som i de aller fleste tilfeller må gjøres på sykehusene. Om dette sier en av informantene at *«sykehuset krever at en lege har sett på en pasient før den blir sendt til røntgen»*. Det resulterer gjerne i at ambulansen først må inn til en legevakt eller legekontor for at lege skal fylle ut en røntgenrekvisisjon. Deretter transporteres pasienten til røntgenundersøkelse for å se om det er brudd eller annen skade. Samme informant sier videre at *«man kunne sikkert ha lettere system ved at ambulansen kunne ha vurdert dette, det er kjempefint om ambulanspersonellet kunne gjort disse vurderingene selv og tatt med pasienten direkte til sykehus»*. Disse transportene vet vi av erfaring kan ta mye tid, spesielt hvis det blir en omvei for å få utstedt denne røntgenrekvisisjonen på legekantoret eller legevakten. Fordelen med at pasienten er innom lege først er at denne har oversikt over andre sykdommer, kjente problemer og bruk av medisiner som kan ha betydning for eventuelt sykehusopphold. Som en av informantene uttrykte det; *«men den informasjonen som sykehuset og turnuslegen får fra meg i forhold til medisiner, tidligere sykdommer den er jo litt verdifull også, og ambulansen kunne ikke ha formidlet dette»*

Det kom frem at kommunene har fått mangelfull informasjon om, eller ikke har vært med på å utarbeide prosedyrer som sykehuset innfører, og som gjelder samhandling mellom legevakt og ambulanse. Eksempler på dette i Sykehuset innlandet kan være hjerteinfarkt og hoftebrudd, samt utvidet behandlingsprotokoller på det som kan gis av smertelindrende behandling av ambulanspersonellet. Her har sykehuset innført behandlingsprosedyrer prehospitalt som antagelig i liten grad har involvert kommunehelsetjenesten i planleggingen og innføringen av disse. Som en av informantene sa det; *«det er en del problemstillinger hvor det ofte er knyttet til de prehospitale tjenester, de har forberedt nye rutiner for behandling av visse situasjoner uten å involvere den kommunale beredskapen. Kommer helt plutselig bare en ny rutine. Veldig lite smart»*. Noen slike forløp ser vi også er nasjonale pakkeforløp som helsedirektoratet har initiert. Eksempler på dette prehospitalt kan være pakkeforløp som sikrer en nasjonal lik håndtering av hjerneslag. I både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten innen somatikken og psykiatrien så er slike pakkeforløp ofte brukt, og det er en klar tendens til at

det blir tatt i bruk på flere behandlingsdiagnoser. (<https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop>).

NOU 2015:17 «Først og fremst» trekker også frem at normalt burde det være etablert forpliktende samarbeid mellom helseforetak og legevakt slik at legen kan rykke ut med egen legevaktbil som er klargjort for utrykning. Sjøføren bør være en erfaren utryknings sjåfør og ambulansarbeider slik at disse to utgjør et akuttmedisinsk team. I Innlandet så er ikke dette etablert i særlig grad, men det er noen legevakter som rykker ut selv i egen privatbil, eller bruker en av kommunens tjenestebiler til dette formålet.

Samme utredning belyser at det å bygge gjensidig tillit gjennom samtrenting mellom legevaktpersonell og ambulansarbeidere vil være et viktig tiltak for å etablere en god samhandling og styrke lokalt den akuttmedisinske beredskapen (Ibid.).

4.4 Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåer primær og spesialisthelsetjenesten.

Det er betydelig utfordringer med dagens todelte forvaltning av helsetjenesten for å sikre god samhandling mellom kommunenes ressurser og de akuttmedisinske ressursene til helseforetakene. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene oppleves utfordrende også av våre informanter og en av informantene var usikker på hvor god samhandlingen egentlig er og uttrykte det slik; *«litt blandet mellom kommuner, spesielt legevakt, opplever jeg rundt flere legevakter at det er utfordringer i samhandlingen [...] Tror at det er kultur. Hører at det er mellom ansatte, ikke på avtalenivå. Mistillit og mistro mellom hverandre»*. En annen av informantene uttrykte det slik; *«i et helsespørsmål har kommunen et annet perspektiv og jeg opplever at mange kommuner kjemper mot denne «mastodont» som har forutfattet mening om hvordan kommunene skal håndtere problemet»*.

En av informantene trakk frem at den opplever at; *«det som er krevende i dag er at det er ulike forvaltningsnivåer med til dels ulike interesser, ulike virkelighetsforståelse i forhold til hvilken epidemiologi man er vant til»* og fortsetter videre at *«hvis du sitter på AMK har du et annet epidemiologisk utgangspunkt enn på legevakten, eller fastlegen når du svarer i telefonen. Så om du er fastlege eller anestesilege er det helt annen populasjon du forholder deg til vanlig. Og det gjør at vi går inn i dette med veldig ulik virkelighetsoppfattelse. Når du da i tillegg*

«eier pasienten» på ulike tidspunkt av forløpet, så opplever jeg at dette kan skape utfordringer i et sømløst pasientforløp».

Når pasienten tar kontakt med sin fastlege i kommunen så kan denne konsultasjonen oppfattes annerledes enn når pasienten oppsøker interkommunal legevakt, og som en av informantene uttrykte det; *«det er ikke en sammenhengende primærhelsetjeneste i kommunene, pasienten vil ikke oppleve at fastlege-legevakt er sømløst. Så i det øyeblikk du har da i tillegg et forvaltningsnivå imellom, så vil du oppleve enda flere utfordringer».*

Det beskrives at kommuner og helseforetak uten dialog omorganiserer sine tjenester og indirekte legger økte kostnader over på den andre parten. Den økonomiske finansieringen er ulik i de to forvaltningsnivåene. Kommunene i Norge finansieres i grove trekk av skatteinntekt fra kommunens innbyggere og tilskudd fra staten gjennom rammetilskudd og øremerkede tilskudd (<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/finansiering-av-sektoren-samlet-herunder/id552048/>).

Helseforetakene får sine inntekter gjennom basisbevilgninger og innsatsstyrt finansiering (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>). En av informantene beskrev at en bør ta; *«utgangspunkt i pasientens behov, og at så lenge vi har to forvaltningsnivåer og pengene kommer i ulike kanaler, så vil det være en utfordring tror jeg».* Informanten satte sine beskrivelser om økonomien inn i et samfunnsperspektiv gjennom at samfunnet; *«vil tjene på å se pasientens behov og hva som er det beste for pasienten, og ikke hva som er best for kommunen som har dårlig råd eller den som har god råd, hvem skal betale regningen? Er det sykehuset eller kommunen?».* At det forgår forhandlinger innen forvaltningsnivået er kanskje naturlig og en av informantene sa at; *«man slåss om et tak på budsjett med andre sektorer (i kommunen)».*

4.5 På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunen

Helsevesenet i Norge har utviklet seg i spenningen mellom desentralisering og sentralisering. De siste årene har det vært fokus på en desentralisering av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Samhandlingsreformen medførte en styrking av helsetjenestene i kommunen. Kommunene skal sikre pasientene og brukerne trygghet og kvalitet i overgangene mellom nivåene i helsetjenesten. For enkelte pasienter vil det bestå av et kvalitativt godt tilbud nær

hjemmet istedenfor å bli lagt inn på sykehus. Kommunale akutte døgnenheter (KAD) ble introdusert med tilbud til pasienter som trenger medisinsk behandling og omsorg, men ikke har behov for innleggelse på sykehus. KAD vil kunne gi pasientene et bedre og mindre kostnadskrevende tilbud i kommunene sammenlignet med på sykehus. Lokal medisinske senter (LMS) ble også etablert. LMS er et helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med et sykehus. LMS kan tilby hjelp før, i stedet for, eller etter en sykehusbehandling. Med Nasjonal helse og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020) ønsker regjeringen å videreføre hensikten med samhandlingsreformen, og at pasienten i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Det skal etableres 19 helsefelleskap der kommuner og helseforetak skal utvikle og planlegge tjenestene sammen.

Med en økt desentralisering av helsetjenester uttrykker flere av informantene et behov for å styrke kompetansen blant sykepleierne i kommunen; *«må ha kompetanseheving blant sykepleierne for å kunne formidle det riktig hva pasienten feiler»*. Informant fra Sykehuset Innlandet beskriver at det blir viktig å oppnå enighet i helsefelleskapet om hvilket samhandlingsområde som skal prioriteres. Informanten opplyser videre at det *«hjelper med at noen kommuner tar KAD plass plassene tilbake, blir høyere kompetanse, kan det medføre at de tør å beholde flere pasienter»*. Med et bedre tilbud i kommunen vil det medføre at færre pasienter må transporteres lange avstander for vurdering/behandling. Flere informanter fra distriktskommuner uttrykker at dette vil være for pasientens beste; *«det er jo ikke bare å ligge i ambulansen herfra og ned til sjukehuset. Det har til og med jeg gjort så det vet jeg at det er ikke noe bra. Og hvis du da er skikkelig dårlig vet jeg ikke om det vil være noe positivt med det»*.

Det finnes to lokal medisinske sentere i Innlandet. Det vil i fremtiden mest trolig være mulig for flere kommuner å etablere LMS sammen med sykehuset. En av informantene fra distriktskommune beskriver at deres kommune har en strategi som bygger på å utvide tilbudet til den akutt syke pasient, bygge ut kommunens legesenter og øke den elektive kapasiteten; *«blir litt som et distrikts medisinsk senter»*. Informanten ser også muligheter med felles pakkedøsninger og samarbeid med sykehuset om legeressurser (spesialister) for å ha mulighet til å beholde flere pasienter i kommunen. Et annet argument som blir trukket frem er at *«fordelen med en liten kommune er at vi kjenner våre pasienter, gjennom å holde pasienten lokalt, kan man ofte gjøre mer for de, enn sentralt. Gjennom å bygge ut tjenestene lokalt og kanskje få støtte fra spesialisthelsetjenesten synes vi er en god ide som virker både samfunnsøkonomisk og til det beste for pasienten»*. Flere informanter beskriver et ønske om

tettere samarbeid med ambulansetjenesten, og å se på muligheter for å sammen bemanne en akuttbil med lege for å forbedre beredskapen i kommunen. Dette er en ressurs som kan få utvidede oppgaver og i større grad vurdere pasienten i hjemmet.

Med en desentralisering av helsetjenester vil det være mulig å se på andre muligheter for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap. Telemarksprosjektet som er nevnt tidligere i oppgaven blir beskrevet av informant fra direktoratet som et bevis på at samarbeid mellom kommunen og helseforetaket kan bidra til en bedre beredskap. Det finnes flere mulighet for å sikre tilbudet og beredskapen. Informant fra Sykehuset Innlandet nevner at *«mye er spennende er allerede gjort som for eksempel satellitt legevakter som vil være relevant for oss. Helsehus som er bemannet med sykepleiere på natt, bildeoverføring. Tro på å løfte blikket litt, men mange små kommuner har ikke ressurser å få til noe på egen hånd. Men jeg tror at det er mulig å løse det»*.

Bruk av akutthjelper som frivillige ressurs blir også nevnt av noen informanter. Akutthjelperen er beskrevet i kapittel 4.3.3 «samhandling beredskap». Akutforskriften §5 (Akutforskriften, 2015,) muliggjør for kommuner og helseforetak å inngå avtaler om bistand fra akutthjelpere. En annen mulighet som blir nevnt er å bruke appen «Akutthjelperen», som er en del av Helsedirektoratets oppdrag om å etablere en nasjonal førstehjelpsdugnad. Med appen vil det være mulig for AMK å se hvor det finnes frivillige akutthjelpere i nærhet av aktuell hendelse.

Ambulansetjenesten er en ressurs som også blir nevnt av informantene. En av informantene beskriver ambulansetjenesten som den mest desentraliserte strukturen i spesialisthelsetjenesten, og hva det egentlig betyr. Muligheten for å bruke ambulansene til mer enn transport av pasienter blir belyst av flere informanter. Når helsetjenester desentraliseres vil det medføre at flere pasienter blir værende i sin hjemkommune, og det vil ikke være de samme behov for ambulansetransport. Med ny teknologi som for eksempel videooverføring fra ambulanse til lege samt en kompetanseheving blant ambulanspersonellet, vil det medføre en mulighet for at pasienten kan bli vurdert hjemme av ambulanspersonell. I byene har ambulansetjenesten blitt mere differensiert, med syketransportbiler som er en transportenhet for pasienter som ikke har et behandlingsbehov. Akuttbil med anestesilege og en-reddere med paramedic er også en del av differensieringen. En informant beskriver at *«jeg tror sånn sett at ambulansetjenesten i fremtiden vil komme til å bli en annen type tjeneste enn det vi i dag tenker på den som. Den får en bredere rolle særlig i de grisgrendte strøkene. Får flere funksjoner*

fordi det ikke er andre funksjoner der. Og det er den eneste måten å forsvare å ha en bil tilgjengelig og at den løser et bredere spekter av oppgaver for samfunnet».

Hvordan den akuttmedisinske beredskapen vil se ut i fremtiden oppsummerer en informant med at *«jeg tenker at beredskap i fremtiden er nok avhengig av hvordan vi kobler ressursene i situasjonen og gjør de tilgjengelig for hverandre, og møtes enten fysisk eller digitalt for å møte problemet».*

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) er også en del av desentraliserte helsetjenester. DPS er definert som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern. DPS består av ulike tilbud og tjenester som dag-, døgn-, polikliniske og ambulante tjenester. Sykehuset Innlandet har DPS lokalisert ved samtlige sykehus og i noen distrikter (Hadeland, Otta, og Valdres). Informantene beskriver DPS som et godt tilbud og en informant beskriver at *«inngangen til DPS blitt mindre slik at det er lettere å få hjelp via DPS. Det er få som blir avist»* En informant beskriver et positivt samarbeid med DPS og FACT-team som bidrar til at pasientene i større grad blir fulgt opp i sin kommune. Men samtidig deler informanten en bekymring om åpningstider og hvem som tar ansvar når kontoret er stengt.

4.6 Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap

Innlandet fylke er et stort fylke med en areal på 52 590 km². Fylket har 371 385 innbyggere (per 1. januar 2020). Innlandet har en variert geografi bestående av en kombinasjon av byer og distriktskommuner med store avstander. Innlandet består også av noen av landets største dalfører som Østerdalen, Gudbrandsdalen og Valdres. Det er store forskjeller mellom by- og landkommuner i Innlandet, både geografisk og antall innbyggere. I beredskapsanalysen viser en framskrivning av befolkningen i Innlandet en samlet økning på ca. 5% mot 2040. Økningen skjer i bykommunene og de bynære kommunene, mens distriktskommunene får en befolkningsreduksjon. NOU 2015:17 «Først og fremst» (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015) trekker frem rettferdighet og likhet som viktige verdier i samfunnet. I helse- og omsorgspolitikken er dette uttrykt gjennom målet om likeverdige helsetjenester til alle innbyggere uavhengig av blant annet diagnose og bosted.

4.6.1 Geografiske utfordringer

Sykehuset Innlandet består i dag av fem somatiske og to psykiatriske sykehus. De somatiske sykehusene er lokalisert ved Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer og Tynset. De psykiatriske sykehusene er lokalisert ved Sanderud og Reinsvoll. Den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet innebærer å samle de spesialiserte tjenestene i et nytt sykehus «Mjøssykehuset». I tillegg til det nye sykehuset skal det utvikles et akutttilbud og et elektivt tilbud i to av dagens sykehusbygg. Sykehuset på Tynset skal bestå som et akuttsykehus for fjellregionen.

Med en sentralisering av sykehusstrukturen vil det medføre at mange av innbyggerne som bor i distriktene vil få en lengere reisevei til nærmeste sykehus. Beredskapsanalysen viser at en ny sykehusstruktur vil medføre økt aktivitet for ambulansetjenesten i størrelsen 500.000-700.000 kilometer per år og i størrelsen 7 000 - 9 000 flere timer aktivitetstid. Framskrivning av behovet for ambulansetjenester med fokus på befolkningsutvikling, merkjøring som følge av ny sykehusstruktur/målbilde og håndtering av samtidige hendelser viser at det kommer til å bli et stort press i knutepunkter og sentrale strøk i forhold til tilgjengelige ambulanseressurser. Sentralisering av legevakter og større legevaktområder påvirker også avstanden fra pasienten til lege. Kommuner går sammen og lager interkommunale legevakter for å blant annet kunne klare å drifte legevakten i henhold til kompetansekrav for leger i vakt. Legevaktsdistriktene i Innlandet har blitt betydelig større de senere år og som påvirker ambulanseberedskapen fremfor alt i distriktskommunene.

Det er forskjeller mellom informantene om hvordan de ser på fremtidig sykehusstruktur og hvordan endringen vil påvirke beredskapen i egen kommune. Informant i distriktskommune som fortsatt vil ha en nærhet til sykehuset på Tynset beskriver *«jeg er egentlig ikke så redd for dette fordi vi er jo vant til avstandene og at det som ikke kan gjøres på Tynset må reise langt uansett om dette blir Mjøsa eller Elverum eller har ikke så stor forskjell for oss da»*. En informant fra distriktskommune uttrykker en forståelse for en sentralisering av sykehusstruktur og beskriver at *«ser man i et større perspektiv må man sentralisere, samle kompetansen. Jeg skjønner at man må sentralisere, men for vår kommune sin del er det et problem. Liten kommune som har så mye akutte pasienter, er det et uromoment»* Flere informanter nevner samhandling mellom primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten som et viktig tema når avstand til sykehus blir lengre. Informant fra bykommune beskriver at *«det vil gi større ansvar til kommunehelsetjenesten, jeg tror at det er grunn til at det var så lav kultur*

for legene å ta ansvar, det var så nært sykehus, var bare load & go for ambulansene. Tenker at når sykehuset flytter lengere unna vil det bli større ansvar for oss i primærhelsetjenesten. Vil også understreke betydningen for samhandlingen med ambulansetjenesten». Samhandling blir også nevnt fra informanter i distriktskommuner «Det vil hvert fall forutsette en helt annen samhandling, økonomisk og faglig, med lokal medisinske sentra som sammen med ambulanse, NLA og hjemmetjenesten vil kunne bidra inn i et felles system»

Store legevaktsdistrikter medfører at pasienter kan ha 70 kilometer til legevakten. Lange avstander innebærer at besøksraten faller og at pasienten venter for lenge før han oppsøker lege «det kan nok ha skjedd at pasienten har ventet litt for lenge hjemme». En informant beskriver at ved eksempelvis «om det skulle være en urinveisinfeksjon så er det langt å kunne reise til legevakta, men du må gjøre det for å få satt i gang noe behandling».

Med en sentralisering av sykehusstruktur og større legevaktsdistrikter kan det det medføre at kommunen står uten ambulanseberedskap deler av døgnet. Informantene beskriver ulike synspunkter og kunnskap om hvordan den akuttmedisinske beredskapen skal ivaretas. Informant fra direktoratet beskriver problemstillingen med lokal beredskap «Jeg tror at det med beredskap, så må man sette seg ned å stille spørsmålet, hva betyr det for vår kommune og hvem er partene i den beredskapen og hvordan får vi det til. Den jobben må gjøres i dag og den jobben må også gjøres i fremtiden. Så akkurat hvor sykehuset er lokalisert er ikke så viktig for beredskapen, men hvilke tilbud skal du få hjemme?

Flere informanter oppgir at ved en sentralisering må primærhelsetjenesten ta et større ansvar for den medisinske beredskapen i kommunen. Kompetanseutvikling blant sykepleierne i kommunalhelsetjeneste blir av flere informanter nevnt som et mulig tiltak for å styrke beredskapen i kommunen. En informant fra distriktskommune beskriver «det vil resultere i at pasientene blir liggende lengere hos oss, må ha observasjonssenger og bedre kompetanse. Det blir resultatet. Vi vil behandle våre pasienter her og mange ganger kjenner vi at vi faktisk kan det, f. eks. antibiotika behandling. Vi bruker KAD plassene mye og de fyller en stor funksjon».

Flere informanter oppgir at det ikke blitt vurdert å bruke andre muligheter ved akutte hendelser som for eksempel brannvesenet og akutthjelper. En informant oppgir om det å bruke annen løsning «ikke diskutert det så veldig mye. Om man skal dra det litt langt, så er ambulansetjenesten nødt til å bygge ut så at man fortsatt har et godt tilbud, er Sykehuset Innlandet sitt problem om ikke beredskapen er bra nok». Informant fra en bykommune

opplyser at det er flere arenaer man kan styrke og at *«lege i beredskap 24/7 med legevaktbil vil kunne bidra til beredskap samt bruk av frivillig livreddere»*.

Det er en usikkerhet blant informantene fra kommunene om en sentralisering vil gi en bedre akuttmedisinsk beredskap i kommunen. Informant fra Sykehuset Innlandet beskriver at *«det tror jeg. Det blir færre sykehus å forholde seg til. Ikke tilfredsstillende at det er mange som blir transport mellom sykehusene i dag. Og så hvis vi klarer å få akuttkjeden endra bedre enn i dag så vil vi levere tjenestene nærmere der pasienten bor. Ja, jeg har tro på det»*. Ambulansetjenesten opplever med dagens sykehusstruktur at et høyt antall ambulanseoppdrag som er overflyttinger mellom sykehusene grunnet funksjonsfordelingen av spesialiteter.

4.6.2 Demografiske utfordringer

Innlandet har en variert demografi med et befolkningstall som varierer fra den minste kommunen med 1 286 innbyggere til den største med 33 989 (Beredskapsanalysen). Demografiske utfordringer hvor en stadig eldre befolkning bor hjemme med flere og mer komplekse sykdommer. Framskrivningen av befolkningen i Innlandet viser at de allerede små kommunene vil få en befolkningsreduksjon og de store bykommunene vil få en befolkningsvekst.

Informantene fra distriktskommuner beskriver en bekymring med en aldrende populasjon og lav tilflytting. En av informantene fra en liten distriktskommune beskriver at *«befolkningen blir jo eldre og eldre og trenger enda mer hjelp så det syns jeg er en bekymring»*. Informanten oppgir også en bekymring for den lokale ambulanseberedskapen hvis innbyggerantallet minsker *«hva skjer hvis befolkningen blir såpass få at man vurderer at ikke en ambulanse skal stå her engang. Da blir jeg bekymret, for det er en stor bekymring hvis ikke vi har ambulanse i bygda»*. En annen informant fra en distriktskommune opplyser også om sin bekymring for en aldrende befolkning i kommunen *«vi har liten tilvekst, for få yngre. Er avhengig av tilflytting. Da kommer gjerne folk i arbeidsfør alder, ser man på gjennomsnitt alder, så mister man de som er i barnealderen»*. Beskriver videre at *«det er tydelig hva folk vil, de vil bo hjemme så lenge som mulig»*. En informant trekker også frem fraflytting fra allerede småkommuner som en fremtidig utfordring *«vi kommer til å få en del kommuner som kommer til å bli utfordrende å drive og ha et tjenestetilbud i»*. Informanten belyser at det er mulig å bruke ambulansetjenesten på en annen måte i fremtiden *«ambulansetjenesten er den mest desentraliserte strukturen i spesialisthelsetjenesten, og så tror jeg at en kanskje ikke har tenkt*

nok igjennom hva det betyr egentlig. Det at en har to mann, du har digital kommunikasjon, du har anledning til å gjøre prøver og analyser, prøver og vurderinger, eventuelt sende med bilde eller tekst, sette opp en videosamtale, helt hjem til folk der de bor. Jeg tror sånn sett at ambulansetjenesten i fremtiden vil komme til å bli en annen type tjeneste enn det vi har i dag. Den vil få en bredere rolle særlig i de grisgrendte strøkene».

Med en befolkningsreduksjon i distriktskommunene vil det medføre en rekrutteringsutfordring av helsepersonell til kommunene. Flere informanter beskriver dette som et problem allerede i dag. En av informantene beskriver rekruttering som et problem og at det «påvirker veldig mye, problemene som blir løftet frem i helse og sykehusplanen går mot samme sak, at vi med færre personell skal møte en større gruppe. Med samme ressurser serve en større gruppe i kommunen». En annen informant opplyser «sykepleierressursene er det mangel på her i landet og det er i hvert fall mangel på det i slike grisgrendte strøk som det her. Det er vanskelig med rekrutteringa. Det er den som lyser rødt ifølge ros analyser i hvert fall. Vi har jo hatt sykepleierutlysninger og har fått ansatt en og vi hadde to søkere nå sist, fikk ansatt en og den andre trakk søknaden sin for den trengte et større område fordi det var egentlig en slik forskningssykepleier».

Sentralisering og samarbeid mellom kommunene blir nevnt av informantene som et mulig tiltak for å opprettholde legebemanningen. En tanke som blir nevnt av en informant er å bruke vikarleger som rullerer mellom kommunene «det kunne det ha vært en løsning slik at de ikke bare er her noen uker og så er de borte igjen, men da har vi ikke den ønskede fastlegeordningen lengre hvis det er vikarer som betjener et legekantor».

Innlandet har en variert populasjon, men også en stor sesongvariasjon på grunn av at flere kommuner er store hytte- og turistkommuner. Flere kommuner har en økt vekst av populasjon vinterstid grunnet fjellområder med store alpinanlegg og langrenns tilbud. De samme kommunene opplever også at aktiviteten på sommeren øker når kommunene og destinasjonsbedrifter ønsker ett helårstilbud for hytteeiere og turister. Innlandet består også av kommuner som ligger ved de store fjellregionene med mye alpin turisme både sommer og vinter. Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver at «kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester» ("Helse- og omsorgstjenesteloven – hol," 2011). Dette er en utfordring for små kommuner som er dimensjonert for et lavt innbyggerantall. En kommune kan vinterstid øke innbyggerantallet fra ca. 6 500 til 40-50 000 innbyggere. Et fellestrekk for flere av turistkommunene er at de har

perioder med stor turisme og med et ulikt skadepotensiale. En av informantene fra en slik hyttekommune beskriver problemstillingen *«liten kommune med kjempestort areal og vi er langt unna. Det betyr at man må klare seg selv på en del ting. Samtidig er vi en internasjonal destinasjon med det trykket, i fjor hadde vi et snitt på 40 000 før det sa stopp. Så skal man designe en beredskap som tidligere på sommeren var for de fastboende og så skal man også ha en kommunal, regional og nasjonal beredskap fordi at man er en ganske stor aktør»*.

Ambulansetjenesten opplever at innbyggervariasjonen er en utfordring for å opprettholde en god beredskap. Beredskapen er dimensjonert ut fra antall fastboende i kommunen og tar ikke høyde for en sesongvariasjon. Turistkommunene er i utgangspunktet små distriktskommuner med lav ambulanseaktivitet. I perioder med høy aktivitet og stor populasjon øker også antall ambulanseoppdrag med skader som er relatert til aktiviteten. Denne type skader er ofte alvorlige og trenger sykehusbehandling. Lang reisevei til sykehus medfører at beredskapen blir svekket i perioder med høy aktivitet og mange tidskrevende ambulanseoppdrag. Ambulansene i turistkommunene opplever også i høysesong en økning av oppdrag som er relatert til rus og som kan være utfordrende og som i tillegg svekker beredskapen.

5. Diskusjon og drøfting

I diskusjonskapittelet vil vi drøfte våre funn fra innsamlet empiri ved å anvende de utvalgte teoriene som vi presenterte i teorikapittelet. Vi ønsker i dette i dette kapittel besvare problemstilling ved forskningsspørsmålene som er brukt som underskrifter.

5.1 Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for å sikre en god medisinsk beredskap

Reformer medfører ofte en endring av forskrifter, styringsdokumenter og NOU-er. Sentralt for flere av reformene innenfor offentlig sektor er at de kan knyttes til New Public Management (NPM) (Johannessen et al., 2010) med fokus på å redusere kostnadene og øke effektiviseringen (Hood & Dixon, 2015).

Samhandlingsreformen ble iverksatt 2012 og begrunnelsen for reformen var et behov for økt samhandling og at tjenestene hadde blitt for kostbare. Informantene trekker frem økonomi ved flere tilfellen under intervjuene. En informant opplyser at det ikke gjort noe med finansieringsordningen og det er den største problemstillingen. Evalueringsrapporten av samhandlingsreformen viser også at liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, men antall innleggelser på sykehus har økt påtakelig, noe som ikke var hensikten med reformen. Det har ikke vært mulig å identifisere noen styringseffekter av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Rapporten viser også en signifikant økning i kommunenes helse- og omsorgsbudsjetter (Norges forskningsråd, 2016). Opprettelsen av kommunale akutte døgnplasser (KAD) har medført at kommunene overtar ansvaret for ferdigbehandlede pasienter som fortsatt har et pleie og omsorgsbehov tidligere, og som resulterer i at liggetiden på sykehuset blir redusert. Flere informanter opplyser at KAD funksjonen fungerer bra og at de fyller en stor funksjon. Ambulansene ute i distriktskommunen opplever også at med KAD plasser i kommunen kan flere innleggelser unngås og med det blir beredskapen bedre i kommunen.

Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020) skal ifølge flere informanter rette opp for svakhetene med samhandlingsreformen. Det er en klar skepsis blant informantene i kommunene om helse- og sykehusplanen, og som en informant beskriver «vi

trenger ikke de nye helsefelleskapene og et nytt styringssystem, ganske kompleks, for å komme videre mellom kommune og helseforetaket for der har vi allerede 12 juridisk avtaler som det bare er å fylle med innhold og hvem som helst kan ta initiativ begge veier.» Helse- og sykehusplanen beskriver at det skal etableres helsefellskap mellom kommunen og helseforetaket. Helsefelleskapene skal bidra til at pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus, og blant annet en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Flere informanter i kommunene opplyser at de ikke er så innsatt i helse- og sykehusplanen. De oppgir at de har et godt samarbeid med ambulansetjenesten, men har ikke vurdert hvilke muligheter det finnes for å videreutvikle samarbeidet mellom ambulansetjenesten og kommunen. Flere informanter opplyser også at de ikke har vurdert andre mulighet for å ivareta den akuttmedisinske beredskapen i kommunen. Informantene trekker frem at det vil være et behov for kompetanseutvikling blant de ansatte i primærhelsetjenesten for å klare å ta et større akuttmedisinsk ansvar i kommunen. Informant fra Helsedirektoratet beskriver at *«jeg at det i hvert område bør være en plan hva vi trenger av kompetanse her og der og hvordan bruker vi de utdanningsverktøyene»*.

Akutforskriften (Akutforskriften, 2015,) og Nasjonal veileder for legevakt og legevaktssentraler (Helsedirektoratet, 2020) beskriver kommunenes ansvar for å ivareta utrykningsplikten for leger i vakt. Akutforskriften beskriver at legevaktsordningen skal blant annet «yte hjelp ved ulykker og andre situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig». Informantene beskriver at dette blir praktisert forskjellig mellom kommunene. En av informantene oppgir at deres erfaring med lege som rykker ut er at det sparer innleggelser samt at ambulansetjenesten sparer ambulansetransporten. En av utfordringene som informant trekker frem med ordningen, er at kommunen ikke får dekket utgiftene med en legevaktsbil. Dette til tross for at ordningen gir en reduksjon i antall innleggelser på sykehuset. Informanter fra flere distriktskommuner oppgir at de ikke har etablert en ordning for å rykke ut, men kan bli med ambulansen ut ved enkelt episoder. Opplysninger fra informantene viser at det er store forskjeller mellom kommuner om hvordan man oppfyller og praktiserer kravene i forskriften. Akutforskriften beskriver videre at kommuner og de regionale helseforetakene sammen skal sikre den akuttmedisinske kjede, og da er det en paradoks at det er store forskjeller mellom kommunene, og som en informant oppgir: *«Om man skal dra det litt langt, så er ambulansetjenesten nødt til å bygge ut så at man fortsatt har et godt tilbud»*.

I følge Baldersheim og Rose (Baldersheim & Rose, 2014) er det reformtrekk som antyder en dreining bort fra NPM og at reformene har til felles endringstendenser innenfor rammen av det som Osborne (Osborne, 2010) betegner som «New Public Governance». Et av hovedsporet i denne teori er nedenfra- og- opp- preg som vektlegger demokratiteori og involvering av innbyggerne og brukerne ved utforming og iverksetting av ny reform (Baldersheim & Rose, 2014). Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver at «*brukermedvirkning er livsviktig*» og det er en selvfølge å stille spørsmålet «*hva er viktig for deg?*». Planen beskriver videre at tjenestene skal utvikles gjennom samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Planen har også en klar inspirasjon fra NPM med fokus på reduksjon av kostnader og effektivisering. Utgiftene skal reduseres blant annet gjennom å redusere antall innleggelses på sykehus å samtidig overføre ansvaret for pasientbehandling der det er mulig, til kommunene. Dette tiltak var også et av målene med samhandlingsreformen, men som evalueringsrapporten viste, hadde ikke tiltakene hatt noen effekt på antall innleggelses samt at kommunenes helse- og omsorgsbudsjett hadde økt signifikant. Informanter beskriver at de i mange tilfeller opplever en ovenfra- og- ned situasjon ved nye reformer med foretaket som den sterke part. Det er store forskjeller mellom informantene i kunnskapen om den nye helse- og sykehusplanen og hva den vil medføre for kommunene. Informanter i distriktskommunene opplyser en generell skepsis til den nye helse- og sykehusplanen, og at de ikke helt klarer å se hvordan denne nye planen skal praktiseres i hverdagen uten at de får flere ressurser. Informantene fra sykehuset og direktoratet beskriver en større tro på at planen vil bli bra, både for sykehuset og kommunene.

5.2 Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap

Reformer som blir innført er gjerne forankret hovedsakelig «top-down». Det blir foretatt beslutninger i en kontekst som påvirkes av sosio-demokratiske og økonomiske faktorer, det politiske system og administrative faktorer. Mange reformer implementeres gjennom en lang kjede av beslutninger (Pollitt & Bouckaert, 2017). Eierforholdet og forståelsen til formålet med innføringen av en reform eller endring vil både i spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste i en slik kontekst både fragmentert og nesten visket ut.

Kompleksiteten i prosessen fra ide til faktisk gjennomført reform er stor, og denne kompleksiteten ser ut til å øke. Det som trekkes frem som en viktig faktor i samhandlingen er at det må være likeverdighet mellom aktørene. Dette blir også nevnt i den nye helse og sykehusplanen 2020-23 (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020) at disse skal betrakte seg som partnere og ikke parter i et pasientforløp. For at samhandling skal kunne finne sted så trekker flere av våre informanter frem at det må etableres en samhandlingskultur hvor de som samhandler og er partnere har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Dette må gjelde både mellom kommuner og foretak, men også mellom helsepersonell på tvers av organisasjonstilhørighet, fagkompetanse og/eller erfaring (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015). Det er fortsatt ingen yrkesgrupper innen helsetjenesten som har spesialkompetanse på å kunne denne komplekse helheten. Samhandling er beskrevet som et ønskemål både i ulike forskrifter, lover og blant annet i målbildet for Sykehuset Innlandet. En reform har også med seg samhandling som begrep i reformnavnet, samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009). Den sammen med den nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23 beskriver hvor viktig samhandling er for å lykkes.

Gode og funksjonelle arenaer hvor samhandling kan diskuteres og avklares er viktig. GSU er en av samarbeidsarenaene men som våre informanter sier så oppleves ikke GSU helt etter hensikten. Flere av informantene trekker frem at sykehuset oppleves som en sterk part og at det oppleves ikke som at man er likeverdige partnere i samhandlingen. Vi er av den formeninga at det har med organisasjonskultur å gjøre.

Spesialisthelsetjenesten er preget av en utpreget instrumentalistisk organisasjonsstruktur hvor det instrumentelle perspektivet vises gjennom mål-middel-vurderinger og gjennom at dette definerer helsepersonellens handlemåte ved utføring av samhandlingen (Christensen et al., 2015). Sykehuset er formålsrasjonell og de har som et eksempel fått rettighet til å bøtelegge kommunene om de ikke tar imot utskrivningsklare pasienter innen gitte frister. Mange av informantenes ga klart uttrykk til oss om at det var et misforhold i maktbalansen i samhandlingen mellom partene. En av informantene brukte uttrykket «mastodont».

Kommunene er en organisasjon som er mer preget av kulturellt- og myteperspektiv i sin organisasjonsstruktur. Kommunens institusjonelle omgivelser påvirkes av sosialt skapte normer som gir retning for det kulturelle og gir en «oppskrift» for hvordan kommunen bør være utformet i sin kontekst. Disse sosialt skapte normene kalles for myter og skapes i den samhandlingen som kommunen har i tett samarbeid med pårørende og pasientene. Politikere

gir kommunens administrasjon insentiver som bestemmer hvilke prioriteringer som kommunen skal gjøre for eksempel innen helsetjenesten, eldreomsorgen eller til andre pasientgrupper (Ibid.). Kommunen jobber med et annen helhet og epidemiologisk utgangspunkt enn det sykehuset gjør. Dette medvirker også til at mens man i sykehuset kan trekke raske slutninger som er formålsrasjonelle vil kommunen i sin organisasjon måtte ta flere hensyn og avgjørelser tas i en større kontekst.

Beredskapen er og blir et felles ansvar. Det vi opplever er at det trengs en mer bevisstgjøring på hva ambulansene blir brukt til og hvilke pasienter som virkelig trenger ambulanse med akuttmedisinsk behandling hjemme eller på tur inn til sykehus eller legevakt. Vi opplever at her trengs det en bevisstgjøring både hos helsepersonell i kommunen, på institusjoner også blant leger og sykepleiere på sykehuset som skal sørge for transport til lavere eller høyere omsorgsnivå.

Hjemmesykepleiere, akuttjelpere og aktivisering av brannvesen er viktige bidrag som både er beskrevet i forskrifter men også kom frem som forslag fra informantene. Hjemmesykepleien vil være et veldig god tilvekst gjennom tiltak som opplæring og at de blir utstyrt til aktuelle oppgaver som de bør kunne ta seg av som en del av kommunens beredskapsteam. Akuttjelpere vil kunne være et verdifullt bidrag til akutte hendelser, og brannvesenet i kommunen vil være i denne kategorien (Akutforskriften, 2015,). De har sine begrensinger ettersom de ikke er helseutdannet. I tillegg så har de fleste brannvesen deltidsansatte mannskaper som egentlig gjør en annen jobb og har beredskapsvakt på siden av ordinært arbeid. Det å ta i bruk nødnett er viktig. Vi ser at det vil være en stor fordel om kommunene ordner slik at hjemmesykepleien blir innlemmet i nødnett og kan samhandle med lege, legevakt og ambulanse ved behov. Et funn som bekymrer oss var at legene ved utkallsalarm i nødnett ikke selv vurderer om han kan rykke ut men at det er legekontorpersonalet som svarer på legens vegne ettersom legen gjerne er opptatt i pasientkonsultasjon. Det og se om alternativ metode for utkalling av lege slik at denne kan gjennomføre konsultasjon men samtidig kunne vurdere om oppdraget er av en slik art at han/henne bør rykke ut til pasient som trenger bistand.

Ambulansene er sykehusets forlengede arm og er spesialisthelsetjenestens alibi for å kunne sentralisere. Kompetansen blant ambulansepersonellet beskrives flere steder bør styrkes men fortsatt er formalkravet til bemanning av ambulansene i Norge på fagarbeidernivå og ikke på høyskolenivå med kravet om bachelorgrad (Akutforskriften, 2015,).

Hvis ikke samarbeidet mellom ambulansene med spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerer godt så er vår påstand at pasientsikkerheten vil bli svekket.

5.3 Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåer primær og spesialisthelsetjenesten.

Helsetjenesten i Norge er fordelt på to forvaltningsnivå som er forankret henholdsvis i kommunene og de statlige foretakene (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015). Innenfor foretakene og kommunene er det også en rekke organisatoriske hierarkier. Dette gjør at det er mange ansatte med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre for å yte god og sømløs helsetjeneste. Dette sett i lys av det instrumentelle perspektivet som preger sykehuset og det kulturelle perspektivet som preger kommunene som vi har drøftet så vil de ulike organisatoriske forvaltningsnivåene være med på å vanskeliggjør samhandlingen og det å snakket «samme språk» i samhandlingen rundt beredskap og det å yte helsetjenester til pasient (Christensen et al., 2015).

Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har størst behov for å få hjelp i et sømløst pasientforløp mellom de to forvaltningsnivåene. Vi opplever at det ofte er den pasientgruppen som er mest sårbar for å ikke få hjelp. Årsakene til dette er nok flere. En av grunnen er den organisatoriske kulturen som er forskjellig. Maktforholdet og det at ikke partene er likeverdige vil også spille inn som en negativ faktor i denne jobben som gjøres for å sikre pasienten en sømløst behandlingsløp. Det at pasienten må flere ganger i et pasientforløp oppgi informasjon ettersom det ikke er tillit mellom helsepersonell, profesjon eller forvaltningsnivåer. Det er også en erkjennelse at datasystemene som brukes i helsetjenesten innen kommunal og spesialisthelsetjenesten ikke «snakker» sammen. Det er heller ikke sømløst pasientforløp i kommunen om pasienten er i kontakt med sin fastlege eller om den tar kontakt med legevakta hvis denne har sykdom eller lidelse som strekker seg over flere dager med behov for flere konsultasjoner.

Nye former for ambulansetjeneste som kan samarbeide på tvers av forvaltningsnivåene som for eksempel delt bemanning på legevakts bil kan være konkret tiltak for å bedre samhandling og være svært samfunnsøkonomisk (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015) og (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020). En-redder akuttbil som kan bistå kommunal helsetjeneste ved behov innen kommunens ansvarsområde kan også være tiltak i den akuttmedisinske kjede som kan hjelpe til mellom forvaltningsnivåene. Med slike samhandling arenaer som skissert over kan

en sammen skape fruktbare møtearenaer rundt pasienten som er likeverdige. Det som fort blir spørsmålet når slike forslag kommer frem er økonomisk motivert. Det vil alltid være et spørsmål om hvem som betaler regninga. Hvis en regner ut fra et samfunnsperspektiv og tar med seg faglige og rasjonelle perspektiver så vil slik samhandling være svært positiv for pasienten og gi økt tilgjengelighet og trygghet. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det allment akseptert at jo tidligere intervensjon på akutt sykdom en starter behandling vil spare samfunnet for betydelige ressurser både menneskelig og økonomiske over tid.

Slik samhandlingen i dag fungerer på tvers av forvaltningsnivåene så er vår opplevelse at det er ambulanse«crewet» med 2 fagarbeidere som døgnet rundt er den som står igjen og hjelper pasienten som ingen andre har et tilbud til. Etter at legevaktene har sentralisert og kommunal hjelp er i kontortida så blir det noen pasientgrupper som blir ekstra sårbar. Dette kan være den eldre syke pasienten med redusert almenntilstand som klarer seg så vidt hjemme og som ikke har åpenbar innleggelsesårsak. Dette kan også være en pasient som er psykisk syk eller er ruset. For sistnevnte kan det være glattcelle i politiets varetekt som er alternativet til hjelp om ikke helsevesenet får til å hjelpe de. Ambulansen blir ofte den som sitter igjen og må «rydde opp», noe som i neste fase går ut over beredskapen og kanskje andre som trenger ambulanse for mer akutte problemstillinger. Dette er pasientgrupper som er sagt skal prioriteres men det virker som at denne veien er lang (NOU 1998:9, 1998), (NOU 2015:17 Først og fremst, 2015) (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009), (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020).

5.4 På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunen

Samhandlingsreformen medførte etableringen av kommunale akutte døgnplasser (KAD og lokalmedisinske senter (LMS). Christensen m.fl. (Christensen et al., 2015) beskriver strukturelle trekk ved utforming av reformarbeid. Flere reformer i offentlig sektor er utformet gjennom en vertikal spesialisering med plassering av ulike typer oppgaver på ulike nivåer. Gjennom samhandlingsreformen har kommunene overtatt en del av ansvaret for pasienter som tidligere var underlagt sykehuset. Man ser også en endring av organisasjonsform i samhandlingsreformen. Reformen bærer preg av partnerskap og interkommunalt samarbeid istedenfor en hierarkisk organisasjonsstruktur. Nasjonal helse- og sykehusplan ønsker å styrke den akuttmedisinske beredskapen i kommunene og at «Pasienter opplever en

sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn...» (Meld. St. 7 (2019-2020), 2020)

Informantene opplyser at de har god erfaring med KAD plasser og at KAD har medført at flere pasienter kan bli værende i kommunen. LMS bidrar også til at flere helsetjenester kan bli utført i hjemkommunen istedenfor at pasienten må til sykehuset. Ved en sentralisering av sykehusstrukturen vil det medføre en lengere reisevei til sykehus for mange av innbyggerne i distriktskommunene i Innlandet. Ambulansetjenesten vil også få en markant økning i aktivitet med 500 000 – 700 000 økte kilometer (beredskapsanalysen). Flere av kommunene har etablert et interkommunalt samarbeid med sentralisering av legevakter som også medfører lengere reisevei til legevakten og svekket beredskap i de kommunene som har mistet legevakten. Informanter beskriver at sentralisering av legevakten oppleves som positivt, men uten informantene reflekterer mye over at mange pasienter får lengere reisevei. Studie til Raknes (2014) viser at når reisevei til legen øker med 43%, reduseres antall legevakts besøk med 50% og at antall akutte henvendelser ble redusert med 22% når avstand til legen ble mer enn 50 kilometer (Raknes, Morken & Hunskår, 2014). For å ivareta en medisinsk beredskap i kommune må primærhelsetjenesten ta et større ansvar. Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir nevnt av flere informanter som en viktig faktor for å sikre en god beredskap. Informant beskriver at *«akuttforskriften burde bli tatt opp mellom ambulansen og kommunen slik at det er to parter og at en sammen kan se på hvem som har hvilket ansvar og hvordan jobber vi sammen»*.

Flere av informantene var kjent med Telemarksprosjektet som er nevnt tidligere i oppgaven. En informant beskriver at *«bygge ut tjenestene lokalt og kanskje få støtte fra spesialisthelsetjenesten er en god ide. Tidligere samhandlingsreform var ganske så ensidig, men å styrke hjemmetjenesten-absolutt det er en veldig resurs, interessant prosjekt. Kan et helsefelleskap og pasientforløp for skrøpelige pasienter være med på å medvirke til at vi kan observere og behandle den pasientgruppen bedre»*. Det fremkommer også fra informantene at ansvar/myndighetsforhold må avklares før det er mulig å gjennomføre endringer som medfører et utvidet ansvar for ambulansetjenesten og sykepleierne i kommunen.

Flere informanter beskriver at de ikke alltid opplever et behov for nye reformer for å oppnå ønsket effekt. De poengterer at samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste var mulig også tidligere. En informant opplyser *«kunne utmerket fortsatt samarbeidet under det eksisterende systemet»*. Flere faktorer vil påvirke hvor vellykket samarbeidet mellom primær-

og spesialisthelsetjenesten vil bli. I et institusjonelt perspektiv vil de uformelle sidene settes i fokus og et sentralt element i dette perspektivet er hvorvidt det er samsvar mellom sektorens grunnleggende identitet, verdier og normer. Dette gjør en organisasjon mer kompleks og forandring vil kunne møte motstand og mislykkes (Christensen et al., 2015). Flere informanter nevner samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og en informant beskriver «*at man har dårlig forståelse for hverandres problemstillinger og at man «jobber med en helt annen helhet, samfunnshelhet, enn hva sykehuset gjør. Det er grunnen til våre problem, at vi ikke forstår hverandres helhet».*

Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste til å bli sykehusets forlengede arm. Det har utviklet seg tydelige kulturelle normer i ambulansetjenesten som gjør organisasjonen stivhengig og lite fleksibel. Ut fra denne synsvinkelen vil endringer av ambulansetjenesten oppgaver fort kunne møte motstand eller omgås (Ibid.). En av informantene beskriver at for å få til en endring av ambulansetjenestens oppgave i kommunene, må ledelsen i ambulansetjenesten være klar over hvilke muligheter som finnes, og stille spørsmålet «*hvem er partene i beredskapen og hvordan får vi det til».*

5.5 Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap

Innlandet har et stort geografisk areal og med store geografiske forskjeller. Det er variasjoner mellom by- og distriktskommuner med et innbygger antall som varierer fra 1 268 innbyggere i den minste kommunen til 34 768 i den kommunen med størst innbyggerantall (<https://innlandetfylke.no/om-fylkeskommunen/om-innlandet/fakta-om-innlandet/>). Den demografiske utviklingen og endringen i sykdomspanorama ville kunne true samfunnets økonomiske bæreevne og var et av argumentene i samhandlingsreformen for å iverksette tiltak for å forbedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Norges forskningsråd, 2016).

I et omland med lange avstander er innbyggerne i distriktskommuner vant til lang reisevei til legen. En av informantene beskriver at ved en sentralisering av sykehuset vil det ikke påvirke dagens situasjon «*uansett hvor sentraliseringa forgår så er det langt til sykehuset».* Ved de mindre distriktskommune opplever informantene at rekrutering av personell til helsesektoren er en av de største utfordringene. Sentralisering av legevaktene medvirker til at kommunene samarbeider om å bemanne legevakten med lege. En av effektene med større

legevaktsdistrikter er at ambulansetjenesten i mange tilfellen vil få betydelig lengere avstand til legevakten og som i sin tur vil medføre at beredskapen i kommunen svekkes. Når legevaktene sentraliseres skjer dette ofte uten dialog mellom kommunen og ambulansetjenesten om hvordan beredskapen skal ivaretas når legevakten flyttes ut av kommunen. Informanten fra direktoratet beskriver at når legevakter sentraliseres har kommunen et ansvar for å sammen med spesialisthelsetjenesten avklare hvordan beredskapen skal ivaretas og at *«norske politikere ikke har vært tydelig nok med hvilke rammeforutsetninger som kreves for å drive en kommune, hvilke tjenester skal du faktisk ha tilgjengelig»*. Ambulansetjenesten opplever at mange kommuner overlater ansvaret for beredskapen til ambulansetjenesten når legevaktene sentraliseres.

Flere små distriktskommuner vil oppleve en reduksjon av antall innbyggere og at antall eldre i kommunen øker (Beredskapsanalysen). Helse- og sykehusplanen beskriver et større ansvar til primærhelsetjenesten og at helsepersonell i kommunene skal utføre flere oppgaver enn tidligere. Flere informanter i distriktskommunene beskriver en bekymring over hvordan de skal klare å utføre flere oppgaver med så store rekrutteringsvansker de opplever i dag. En informant beskriver *«ressurstilgangen hos oss er dårligere enn på de større stedene så de få personene vi har ansatt hos oss trenger vi i den daglige driften for å kunne overleve»*. Med en reduksjon av antall innbyggere i allerede små kommuner, er det også en bekymring over ambulanseberedskapen i kommunen og om de fortsatt vil ha en ambulanse tilgjengelig. Informant fra sykehuset Innlandet ser ikke geografien som en utfordring for å få til et godt samarbeid, men antall kommuner sykehuset skal samarbeide med kan bli en utfordring. I innlandet er det 42 kommuner og det skal utarbeides en avtale om felles pasientforløp med hver enkelt kommune.

Hytte- og turistkommune opplever en stor populasjonsvariasjon der innbyggerantallet kan variere mellom 6 500 til nærmere 50 000 i perioder med mange turister og hytteeiere. Informant fra en av turistkommunene beskriver en utfordring med å ivareta beredskapen i en kommune med stor så variasjon av antall personer som oppholder seg i kommunen. Ambulanseberedskapen er dimensjonert utfra antall innbyggere i kommunen og de store sesongvariasjonene i turistkommunene er en utfordring. Ambulansetjenesten opplever også mangel på kommunikasjon mellom private aktører og spesialisthelsetjenesten om hvordan eksploatering av turistnæringen vil påvirke beredskapen i kommunen samt avklaringer av ansvarsforhold.

Samhandlingsreformen og etterfølgeren Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, har begge fokus på samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Men hvordan det romslige aspektet påvirkes av nye reformer finnes de lite dokumentasjon om. Det fremkommer tydelig i Innlandet med en utfordrende geografi og populasjon. Hood og Dixon (Hood & Dixon, 2015) beskriver at det er behov for flere komparative studier for å evaluere hvordan de post-NPM reformene har påvirket offentlig sektor.

6. Konklusjon

6.1 Problemstilling

Vi har i denne oppgaven belyst vår problemstilling «hvordan akuttmedisinsk beredskap i et stort omland leveres, og hvordan endringer med sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester vil kunne påvirke denne beredskapen».

Vi har i forlengelse av denne problemstillingen brukt forskningsspørsmål for å dele opp oppgaven som en metode for å finne svar på problemstillingen.

6.1.1 Hvordan påvirker sentrale forskrifter og styringsdokumenter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for å sikre en god medisinsk beredskap

Som vi har drøftet så vil reformer medføre en endring av forskrifter, styringsdokumenter og NOU-er. Sentralt for flere av reformene innenfor offentlig sektor er at de kan knyttes til New Public Management (NPM) med fokus på å redusere kostnadene og øke effektiviseringen.

Flere av våre informanter trekker frem økonomi, og spesielt finansieringsordningen som en viktig faktor for at reformer skal kunne lykkes. Evalueringsrapporten av samhandlingsreformen viser også at liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, men antall innleggelser på sykehus har økt påtakelig, noe som ikke var hensikten med reformen. Opprettelsen av kommunale akutte døgnplasser (KAD) har medført at kommunene overtar ansvaret for pasienter tidligere som fortsatt har et pleie og omsorgsbehov enn før, noe som resulterer i at liggetiden på sykehuset har blitt redusert. Ambulansene ute i distriktskommunene opplever at med KAD plasser i kommunen kan innleggelser unngås og med det blir beredskapen bedre i kommunen.

Den nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse og sykehusplan) skal ifølge flere informanter rette opp for svakhetene med samhandlingsreformen. Flere informanter er skeptiske til helse- og sykehusplanen, og ser ikke behovet for en ny endring som skal rette opp svakhetene ved tidligere samhandlingsreform. Helse- og sykehusplanen beskriver at det skal etableres helsefelleskap mellom kommunen og helseforetaket. Helsefelleskapene skal bidra til at pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus, og blant annet en sammenhengende akuttmedisinsk kjede.

Flere forskrifter beskriver kommunenes ansvar for å ivareta utrykningsplikten for leger i vakt. Vi har tidligere beskrevet at det er store forskjeller mellom kommuner om hvordan man oppfyller og praktiserer kravene i forskriftene.

Vi har en klar formening at for å lykkes med implementering av reformer så vil nedenfra- og opp- preg som vektlegger demokratiteori og involvering av innbyggerne og brukerne være en viktig faktor. Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver at «brukermedvirkning er livsviktig» og det er en selvfølge å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?». Intensjonen med mange av de nye endringen siste årene har ønsket å få til involvering, men har i stedet blitt opplevd ute i organisasjonene som en ovenfra- og- ned situasjon.

6.1.2 Hvordan oppleves samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet for å sikre en god akuttmedisinsk beredskap

Dette blir nevnt i den nye helse og sykehusplanen 2020-23 at organisasjonene skal betrakte hverandre som partnere og ikke parter i et pasientforløp. Vi mener at for at samhandling skal kunne finne sted må det etableres en samhandlingskultur hvor de som samhandler er partnere og har gjensidig respekt og tillit til hverandre. Vi har en klar oppfatning av at sykehuset oppleves som en sterk part og ikke som likeverdige partnere i samhandlingen. Samhandling er beskrevet som et ønskemål både i ulike forskrifter, lover og i målbildet for Sykehuset Innlandet. En reform har også med seg samhandling som begrep i reformnavnet, samhandlingsreformen.

Beredskapen er og blir et felles ansvar. Det vi opplever er at det trengs en mer bevisstgjøring på hva ambulansene blir brukt til og hvilke pasienter som virkelig trenger ambulanse med akuttmedisinsk behandling hjemme eller på tur inn til sykehus eller legevakt. Vi opplever at her trengs det en bevisstgjøring både hos helsepersonell i kommunen, på institusjoner også blant leger og sykepleiere på sykehuset som skal sørge for transport til lavere eller høyere omsorgsnivå.

Hjemmesykepleien vil være en god ressurs som en del av kommunens beredskapsteam. Akutthjelpere og lokalt brannvesen vil også kunne være et verdifullt bidrag til akutte hendelser i kommunen.

Det å ta i bruk nødnett er viktig. Vi ser at det vil være en stor fordel om kommunene ordner slik at hjemmesykepleien blir innlemmet i nødnett og kan samhandle med lege, legevakt og

ambulansse ved behov. Et funn som bekymrer oss er at legene ved utkallsalarm i nødnett ikke selv vurderer om han kan rykke ut eller ikke. Vi mener at det å vurdere alternativ metode for utkalling av lege vil være viktig som beslutningsstøtte for å vurdere legen bør rykke ut.

Ambulansene er sykehusets forlengede arm og er spesialisthelsetjenestens alibi for å kunne sentralisere. Det medfører et behov for at kompetansen blant ambulanspersonellet bør styrkes.

6.1.3 Hvordan påvirker de ulike forvaltningsnivåer primær og spesialisthelsetjenesten.

De to forvaltningsnivåene gjør at det er mange ansatte med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre for å yte god og sømløs helsetjeneste. Dette vil være med på å vanskeliggjør samhandlingen og det å snakket «samme språk» i samhandlingen rundt beredskap og det å yte helsetjenester til pasient.

Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som er mest utsatt for å havne i skvis mellom de to forvaltningsnivåene og ikke få tilstrekkelig helsehjelp. Årsakene til dette er nok flere. Det kan være at den organisatoriske kulturen er forskjellig eller at maktforholdet og det at ikke partene er likeverdige vil også spille inn. Vi har også erfart at pasienten må gi de samme opplysningene flere ganger i et pasientforløp ettersom det ikke er tillit mellom helsepersonell, profesjon eller forvaltningsnivåer. Det er også forunderlig at datasystemene som brukes til pasientdokumentasjon ikke «snakker» sammen på tvers eller innen forvaltningsnivåene.

Nye former for ambulansetjeneste som kan samarbeide på tvers av forvaltningsnivåene kan være konkrete tiltak for å bedre samhandling. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det allment akseptert at jo tidligere intervensjon på akutt sykdom en starter behandling vil spare samfunnet for betydelige ressurser.

6.1.4 På hvilken måte vil en desentralisering av helsetjenester være med på å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunen

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene overtatt en del av ansvaret for pasienter som tidligere var underlagt sykehuset. Vi har erfart at kommunene har god erfaring med KAD plasser og LMS. Dette er gode tiltak som bidrar til at flere helsetjenester kan bli utført i hjemkommunen istedenfor at pasienten må transporteres med for eksempel ambulansse til

sykehuset. Ved en sentralisering av sykehusstrukturen vil det medføre en lengere reisevei til sykehus for mange av innbyggerne i distriktskommunene i Innlandet. Flere av kommunene har etablert et interkommunalt samarbeid med sentralisering av legevakter som også medfører lengere reisevei til legevakten og svekket beredskap i de kommunene som har mistet legevakten. For å ivareta en medisinsk beredskap i kommunene er vi av den formening at primærhelsetjenesten må ta et større ansvar. Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir nevnt i flere forskrifter og blir bekreftet av informantene som en viktig faktor for å sikre en god beredskap. Det fremkommer fra informantene at ansvar og myndighetsforhold må avklares før det er mulig å gjennomføre endringer som medfører et utvidet ansvar for ambulansetjenesten og sykepleierne i kommunen.

Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste til å bli sykehusets forlengede arm. Det har utviklet seg tydelige kulturelle normer i ambulansetjenesten som gjør organisasjonen stivhengig og lite fleksibel. Ut fra denne synsvinkelen vil endringer av ambulansetjenestens oppgaver fort kunne møte motstand eller omgås. For å få til en endring av ambulansetjenestens oppgaver i kommunene er vi av en slik formening at ledelsen i ambulansetjenesten går i dialog med kommunene og stiller spørsmålet *«hvem er partene i beredskapen og hvordan får vi det til»*.

6.1.5 Hvordan vil demografi og geografi påvirke fremtidens beredskap

Innlandet fylke har et stort geografisk areal med store demografiske og geografiske forskjeller. Det er variasjoner mellom by- og distriktskommuner med et innbygger antall som er svært varierende. Den demografiske utviklingen og endringen i sykdomspanorama ville kunne true samfunnets økonomiske bæreevne og var et av argumentene i samhandlingsreformen for å iverksette tiltak for å forbedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ved de mindre distriktskommune er det svært utforende med rekruttering av personell til helsesektoren. Et resultat av en sentralisering av legevaktene er at ambulansetjenesten i mange tilfeller har fått betydelig lengere avstand til legevakten, som i sin tur har medført at beredskapen i kommunene blir svekket. Når legevaktene sentraliseres skjer dette ofte uten dialog mellom kommunen og ambulansetjenesten om hvordan beredskapen skal ivaretas når legevakten flyttes ut av kommunen. Vi som ledere i ambulansetjenesten opplever at mange

kommuner overlater ansvaret for beredskapen til ambulansetjenesten når legevaktene sentraliseres.

Flere små distriktskommuner vil oppleve en reduksjon av antall innbyggere og at antall eldre i kommunen øker. Med en reduksjon av antall innbyggere i allerede små kommuner, oppgir flere informanter en bekymring over fremtiden for ambulanseberedskapen og om det fortsatt vil være stasjonert ambulanse der.

Beredskapskapsanalysen for ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet som ble foretatt i 2019 viser en lav måloppnåelse for responstider. Rapporten er imidlertid unøyaktig da den ikke skiller mellom tettsteder og grisgrendte strøk innad i kommunene, men kun rapporterer på kommunenivå. Med dagens lokalisering av stasjoner vil en teoretisk responstid gi en måloppnåelse 91,6 prosent for akutt hendelser i Innlandet samlet. Det er forskjell mellom kommuner og det vil være forskjeller mellom utkantområder og «knutepunkter», hvor det vil passere flere ambulanser som kan bistå ved akutte hendelser. Dersom man kun benytter en matematisk beregning for plassering, vil man kunne oppnå en høyere prosentandel samlet for Innlandet, men det går på bekostning av responstiden i de kommuner med lavest befolkning. Dette harmonerer ikke med Sykehuset Innlandet sitt målbilde om å tilby befolkningen gode og likeverdige ambulansetjenester (Beredskapskapsanalysen).

Framskrivningen av befolkningssammensetningen viser imidlertid at behovet for ambulansetjenester øker selv i kommuner med befolkningsreduksjon. I et ti års perspektiv vil det bli behov for å tilføre ambulansetjenesten ressurser tilsvarende 4 heldøgn og 3 deldøgn. Økt fokus på desentraliserte spesialisthelsetjenester og samarbeid med kommune kan redusere dette behovet (Beredskapskapsanalysen).

Hytte- og turistkommune opplever en stor populasjonsvariasjon i perioder. Vi opplever en utfordring for kommunene med å ivareta beredskapen med en så stor variasjon av populasjon. Ambulanseberedskapen er dimensjonert utfra antall innbyggere i kommunen og de store sesongvariasjonene i turistkommunene er en utfordring. Ambulansetjenesten erfarer også en utfordring ved dimensjoneringen av beredskap og mangel på kommunikasjon med private aktører.

6.2 Avsluttende refleksjoner

Vi har gjennom vår oppgave fått bekreftet at det er store kulturforskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Disse kulturforskjellene er en utfordring for at samhandlingen skal fungere godt på tvers av forvaltningsnivåene, og at de som samhandler opplever hverandre som likeverdige partnere og ikke parter.

Med en videre desentralisering av helsetjenester vil det være nødvendig med god samhandling mellom forvaltningsnivåene og med andre aktører.

For å sikre en god akuttmedisinsk beredskap i kommunene vil det være behov for kompetanseutvikling blant de ansatte i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten.

Det vil i fremtiden være behov for å jevnlig evaluere responstider som en indikator for beredskap.

Det er nevnt i flere forskrifter viktigheten av at tidlig og kvalifisert intervensjon ved sykdom eller skade vil være god samfunnsøkonomi. I tillegg så vil dette spare innleggelse og samtidig styrke ambulanseberedskapen i distriktene.

Vi har også avdekt at det er store forskjeller på kunnskapen om innhold og ansvar som beskrives i aktuelle styringsdokumenter. Vi er av den formening at det kan ha konsekvenser for organisasjonen de jobber ved.

Hvordan det romslige aspektet påvirkes av nye reformer finnes de lite dokumentasjon om. Det fremkommer tydelig i Innlandet fylke med en utfordrende geografi og demografi.

Litteraturliste

- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften), <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>, C.F.R. (2015,).
- Baldersheim, H. & Rose, L. E. (2014). *Det Kommunale laboratorium : teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Brennvall, H.-M., Hauken, H., Hunskaar, S., Wisborg, T. & Zakariassen, E. (2015). Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i akutt situasjoner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(7), 654-657. doi: 10.4045/tidsskr.14.0394
- Busch, T. & Vanebo, J. O. (2001). *Modernisering av offentlig sektor : new public management i praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Busch, T., Vanebo, J. O., Klaudi Klausen, K. & Johnsen, E. (2005). *Modernisering av offentlig sektor : utfordringer, metoder og dilemmaer* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Christie, W. (1988). *Politikk og fag, på samme lag?* [Oslo]: TANO.
- Flyvbjerg, B. (2016). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245. doi: 10.1177/1077800405284363
- Helsedirektoratet. (2020). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktssentraler.
- Hood, C. & Dixon, R. (2015). *A government that worked better and cost less? : evaluating three decades of reform and change in UK central government*. Oxford: Oxford University Press.
- Hunskaar, S., Blinkenberg, J., Bondevik, G., Ellensen, E., Furu, S., Johansen, I., . . . Rebnord, I. (2015,). En trygg og forsvarlig legevaktstjeneste,. *Den Norske Legeforening*,.
- Høyer, H. C., Kasa, S. & Tranøy, B. S. (2016). *Tillit, styring, kontroll*. Oslo: Universitetsforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2001).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011).

-
- Løhre, A. & Grimsmo, A. (2015). Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS): Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>.
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet, Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>.
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen : sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. (978-82-12-03523-2). Lysaker: Norges forskningsråd.
- NOU 1984:23. (1984). *Produktivitets fremmende reformer i statens budsjettssystem*. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013040408086.
- NOU 1998:9. (1998). *Hvis det haster...* Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.
- NOU 2015:17 Først og fremst. (2015). *Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Hentet fra <https://lovdata.no/pro/NOU/forarbeid/nou-2015-17>.
- Opstad, L. & Rolfsen, H. O. (2005). KOSTRA som styringsverktøy (s. s. 190-206). Oslo: Universitetsforl., cop. 2005.
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance?: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London: London: Routledge.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: A Comparative Analysis - into the Age of Austerity*. Oxford: Oxford: Oxford University Press.
- Raknes, G., Morken, T. & Hunskaar, S. (2014). Travel time and distances to Norwegian out-of-hours casualty clinics. [Reisetid og avstand til norske legevakter]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 134(22), 2145-2150.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 13(1), 121-121. doi: 10.1186/1472-6963-13-121
- St. meld. nr.9, -. (1975). *Sykehuseutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Sosialdepartementet,.
- St. meld.. nr. 43 (1999-00). (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet.
- Storeheier, E., Svensson, A., Sletvold, B., Westin, J., Sagabråten, S., Løken, T., . . . Foldøy, S. (2014). *Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*. Den

Norske Legeforening, Hentet fra
https://www.legeforeningen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/140507-kad-veileder_korr.pdf.

Sørensen, R. J. & Thomsen, C. (2018). *En effektiv offentlig sektor : organisering, styring og ledelse i stat og kommune* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Vanebo, J. O., Klaudi Klausen, K. & Busch, T. (2011). *Modernisering av offentlig sektor : trender, ideer og praksiser* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema 890929

Sist oppdatert

27.03.2020

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Type opplysninger

Du har svart ja til at du skal behandle bakgrunnsopplysninger, beskriv hvilke

Aktuelle intervjuobjekter kan inneha en stilling i en liten og identifiserbar kommune som kan medføre at objektet blir identifisert.

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertrедelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Hvordan levere akuttmedisinsk beredskap i ett stort omland med et sentralisert sykehus og med desentraliserte helsetjenester.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Avhandlingen skal forsøke avdekke hvordan beredskap blir ivaretatt i kommuner og fylke når helsetjenester blir sentralisert. For å avdekke forskjeller mellom forvaltningsnivåer, har vi tenkt å foreta intervjuer av ledere i kommunal, regional og sentral forvaltning. Intervjuobjektene vil ikke bli identifisert ved navn, men grunnet sentrale stillinger i små kommuner kan medføre at person blir identifisert.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Lars Ånberg, aanberg@online.no, tlf: 97430493

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Handelshøgskolen Innlandet - Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for økonomifag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kjell Tryggestad, kjell.tryggestad@inn.no, tlf: 4762430458

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Ledere i kommunal, regional og sentral forvaltning

Rekruttering eller trekking av utvalget

Rekrutterer etter stilling og forvaltningsnivå

Alder

25 - 70

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?**Personlig intervju****Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1**Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?**

Ja

23.10.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Hvis samtykke trekkes tilbake vil intervju slettes og innsamlet data vil ikke bli brukt i avhandlingen.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

intervjuobjektene vil få innsyn i avhandlingen før publisering/innlevering.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?**Behandling**

Hvor behandles opplysningene?

- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres

Varighet

Prosjektperiode

31.01.2020 - 31.12.2020

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Hvordan levere akuttmedisinsk beredskap i et stort omland med et sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester?*»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge spenningsfeltet mellom kommunenes primærhelsetjenester og helsevesenets spesialisthelsetjenester. De prehospitale tjenester vil være viktige bidragsyttere for at pasienter skal få likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, etnisitet osv. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Undersøkelsen er en del av en masteroppgave i forbindelse med studiet «Master i Public Administration» ved Høgskolen i Innlandet, avdeling Rena.

Oppgaven skal se på spenningsfeltet mellom kommunens primærhelsetjeneste og helsevesenets spesialisthelsetjeneste i en tid med kontinuerlig endring av helsetjenester. I Innlandet vil det i fremtiden bli en sentralisering av spesialist helsetjenester samt en økt desentralisering av primærhelsetjenester. Prosjektet vil se på hvordan kommunen vil klare å opprettholde en akuttmedisinsk beredskap i et område som er under stor endring.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet, avdeling Rena er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet skal se på forskjeller mellom distrikt- og bykommuner samt forskjeller mellom de ulike forvaltningsnivåene. Intervjuobjektene er valgt ut fra stilling og forvaltningsnivå.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet vil bruke intervju som metode for å innhente opplysninger. Det vil bli benyttet lydopptaker for å kunne gjengi korrekte opplysninger. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved Høgskolen i Innlandet er det studentene (Kåre Trondsen og Lars Ånberg) samt veileder professor Kjell Tryggestad som vil ha tilgang til innsamlet materiell.
- Innsamlet materiell vil lagres på eksterne server, ikke på lokal PC

I publikasjonen vil ikke navn eller identifiserbart arbeidsted oppgis, kun stilling.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31. desember 2020. Personopplysninger og opptak vil i forkant bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet, avdeling Rena ved prosjektansvarlig Professor Kjell Tryggestad kjell.tryggestad@inn.no eller student Lars Ånberg lars.anberg@sykehuset-innlandet.no
- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg hans.nyberg@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kjell Tryggestad

Lars Ånberg og Kåre Trondsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

student

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan levere akuttmedisinsk beredskap i et stort omland med et sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester?*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide for masteroppgave i MPA 13 ved Høyskolen i Innlandet, Rena

«Hvordan levere akuttmedisinsk beredskap i et stort omland med et sentralisert sykehus og desentraliserte helsetjenester?»

1. 10 år siden samhandlingsreform som hadde fokus på økonomi og juridisk bindende avtaler ble iverksatt. Regjeringen erkjenner at reformen ikke har vært velfungerende. Forvaltningsnivåene har betraktet hverandre som parter og ikke partnere. Helse felleskap i nasjonal helse og sjukehusplan 2020-23 beskriver tettere samarbeid med felles virkelighetsforståelse og at de ønsker å planlegge og utvikle helsetjenester med felles pasientforløp.

Regjeringen og KS signerte i oktober/19 avtale om 19 nye helsefelleskap. Hvordan tenker du helsefelleskap kan påvirke

- a. Vil helsefelleskap gi innbyggerne i kommunen et bedre helsetilbud eller er det nok et verktøy i samhandling for å rette opp i samhandlingsreformen sine mangler?
 - b. I nasjonal helse og sykehusplan står det at regjeringen vil at helseforetakene i samarbeide med kommunene i helsefellesskapene for å få en koordinert kjede som er basert på samarbeid og samhandling for å forebygge unødvendige akuttinnleggelser. Hvordan ser du for deg at dette vil bli gjennomført i praksis for din kommune og hvordan kan dette kunne gi bedre beredskap
2. Innlandet har flere samhandlingsutvalg som skal fremme samarbeid om et godt og sømløst pasienttilbud mellom Sykehuset Innlandet HF og kommune i sykehusområdet (GSU og OSU). Hvordan opplever du at denne samarbeidsavtalen fungerer mellom din kommune og SI?
 3. I lov om kommunale helse og omsorgstjenester er det beskrevet i §6-2 at denne blant annet skal sikre systematisk samarbeid mellom Sykehuset Innlandet og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Punkt 11 omtaler omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede (legevakt, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste).
I hvilken grad opplever du at partene oppfyller forpliktelsene som er beskrevet i avtalen?
 4. Akuttforskriftens §4 beskriver samhandling og samarbeid med virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester på tvers av forvaltningsnivåer, Denne samhandlingen skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenester i den akuttmedisinske kjeden.
Hvordan vil du beskrive denne samhandlingen i din kommune?
 5. I akuttforskriftens §6 er det beskrevet blant annet utrykningsplikten for lege i vakt. Hvordan sikres denne plikten i din kommune/ved den interkommunale legevakt?
 6. En viktig faktor for god effektiv helsetjeneste er nødnett (jfr akuttforskriftens §17), i hvilken grad blir nødnett benyttet i din kommune i dag?

7. Helseministeren ga sin tilslutning 8/3-19 til en samling av spesialiserte funksjoner samlet i ett nytt akuttsykehus, Mjøssykehuset, sykehuset på Tynset skal fortsatt være et akuttsykehus i drift samt to av dagens sykehus skal bestå som et akuttsykehus og et elektivt sykehus.
 - a. Hvordan vil denne fremtidige sentraliseringen påvirke den medisinske akutte beredskapen i din kommune?
 - b. Samtidig har flere kommuner omorganisert og sentralisert interkommunale legevakter. Hvordan opprettholdes beredskapen i kommunen når den lokale legevakttjenesten i tillegg til fremtidig sykehusstruktur blir sentralisert?
8. Ved et sentralisert sykehus og desentralisering av helsetjenester (LMS, DPS, KADplasser), er dette med på å bidra til en styrket lokal medisinsk beredskap/helsetilbud i din kommune?
9. I samfunnet blir det flere eldre (folk lever lengre). Noen kommuner opplever tilflytting mens andre kommuner opplever fraflytting. Hvordan vil dette påvirke den kommunale helsetjenesten og helseberedskapen i din kommune?
10. Det stilles stadig større krav til responstider, samt at aktiviteten i ambulansetjenesten øker. Dette kan medføre at kommunen i lengre periode kan stå uten tilstrekkelig ambulanseberedskap.
 - a. Hvordan ser du for deg andre mulige løsninger til å opprettholde akuttmedisinsk beredskap i din kommune?
 - b. Mange av ambulanseoppdragene som er tidkrevende handler ofte om rus/psykiatri og alvorlige hendelser som medfører støtte til sorgarbeid. I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23 så beskrives et økt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for å forebygge kriser, akuttinnleggelser, selvmord og bruk av tvang. Opplever du at denne pasientgruppen har et godt tilbud i din kommune?
11. Ambulansetjenesten utvikles kontinuerlig fordi at mer av spesialisert behandling flyttes ut av sykehuset (blant annet hjerneslag/hjerteinfarktbeh, sepsis) og ut i ambulanse/legevakt. Det har medført at behandlingen som tilbys prehospitalt er mere avansert nå enn for noen år tilbake.
 - a. Er dette en utvikling som du synes kan bidra til å sikre innbyggerne en god medisinsk beredskap.
 - b. Ser du andre muligheter i fremtiden når kompetansen til ambulansepersonell økes?