

Kommunal akutt døgneining i historisk lys

Michael 2022; 19: 125–42.

Med samhandlingsreforma vart kommunane pålagt å opprette kommunal akutt døgneining (KAD). Eit hovudformål med denne nye institusjonen var å avlaste spesialisthelsetenesta. KAD-institusjonen er eit sengeposttilbod for pasientar med akutte allmennmedisinske problemstillingar. Han representerer eit omsorgsnivå i grensesnittet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta der kommunale lege- og omsorgstenester samhandlar med spesialisthelsetenesta om pasientane. Idéen om ei lokal teneste som skulle avlaste dei akutte døgntilboda i sjukehusa har spor langt bakover i tid. I artikkelen skildrar vi ut frå eit stiavhengigheit-perspektiv korleis KAD-institusjonen vart danna som resultat av tre stiar som samverkar. Ein helsepolitisk sti handlar om korleis utvikling av lovverket opna for auka kommunalt ansvar for helsetenester. Ein annan sti handlar om gradvis aukande differensiering av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Ein tredje sti tar for seg korleis kjenneteikn ved tidlegare etablerte helseinstitusjonar har påverka og forma KAD-en som helseinstitusjon.

Samhandlingsreforma påla kommunane å tilby akutt hjelp med døgnopphald, såkalla kommunal akutt døgneining (KAD) (Prop. 91 L (2010–2011)). Tilbodet skulle vere eit sengeposttilbod for pasientar med allmennmedisinske problemstillingar, men som trong meir avansert behandling eller tettare overvaking enn det dei kunne få i heimen.

Ikkje alle nyvinningar overlever etableringsfasen, men KAD-ane synest å ha fått eit godt fotfeste. Dette får oss til å undre oss over om KAD-institusjonen er utvikla med grunnlag i ein lengre tradisjon, snarare enn å vere ei fundamental nyskaping. Målet med artikkelen er å få ei betre forståing av kommunal akutt døgneining ved å studere korleis utviklingstrekk i helse-systemet har verka inn på etableringa. Vi spør: Korleis kan ein forstå utviklinga av KAD-institusjonen som tenestekonsept i eit fagleg-politisk perspektiv?

Artikkelen spring ut av ein kasusstudie der vi tok for oss ei kommunal akutt døgneining og studerte korleis ho fungerte med vekt på klinisk verksemd, møter med og behandling av pasientane og relasjonar til andre helse- og omsorgstenester (Gjerstad et al. 2020). For å forstå KAD-institusjonen i ein historisk samanheng, har vi analysert dokument om helsetenester for akutt sjuke utanfor sjukehus.

Teoretisk perspektiv

I analysen av etableringa av kommunal akutt døgneining drar vi vekslar på teoriar om stiafhengigheit. Svært forenkla hevdar slike teoriar at det som skjer i dag, er påverka av rekkjer av tidlegare hendingar (Mahoney 2000). Hendingar må her forståast vidt, og kan vere handlingar, avgjersler, politiske dokument eller anna. Nokre av hendingane er reaksjonar på kvarandre, andre er tilfeldige hendingar (Mahoney 2000). Innslaget av tilfeldige hendingar gjer at kva slags utvikling vi får, ikkje er gitt (Pierson 2000). Kvar hending påverkar utviklinga ved enten å forsterke noko som er i emning eller å dreie utviklinga i andre retningar. Tidlege hendingar vil ha stor betydning, ettersom dei har innverknad på kva for retning stien tar. Stiar vert til ved at ei hending enten set i gang nye hendingar (reaksjonar) eller vert forsterka av andre hendingar (Mahoney 2000). Ulike stiar kan møtast og dei kan forsterke kvarandre.

Teoriar om stiafhengigheit kan òg brukast til å forklare at noko ikkje endrar seg, trass i avgjersler, lover og reformer (Peters 2005). Vi vil først og fremst bruke teorien til å vise korleis etableringa av ei ny teneste føyer seg inn i ein utviklingsprosess som har føregått over lang tid.

Etter det vi har funne fram til, er utviklinga av helseinstitusjonar i grenseflata mellom kommunchelsetenesta og spesialisthelsetenesta ikkje studert før ved hjelp av eit perspektiv på stiafhengigheit. Vi meiner at dette perspektivet er godt eigna til å studere etableringa av ei ny teneste i helsetenesteyesystemet. Vi argumenterer for at det ikkje var opplagt at vi skulle få KAD-institusjonar, men samtidig kan vi sjå at historiske spor har ført oss i den retninga.

Metode

Materialet vårt er hovudsakleg dokument som lovtekstar, stortingsmeldingar og proposisjonar, dessutan andre faglege tekstar som vi analyserer ved å bruke perspektiv på stiafhengigheit. Dei mest sentrale offentlege dokumenta har vore: Ot.prp. nr. 36 (1967–68) (forarbeid til sjukehuslova), St.meld. nr. 9 (1974–75) om regionaliseringa og arbeidsdelinga mellom sjukehusa og kommunane, NOU 1979:10 om funksjonsfordelinga i helse-

tenesta (Juel-utvalet), NOU 1979:28 om helsetenesta i lokalsamfunnet (Nyhus-utvalet), Ot.prp. nr. 36 (1980–81) med utkast til lov om helsetenesta i kommunane (Brundtland-regjeringa), Ot.prp. nr. 66 (1981–82) om helse- og sosialtenesta i kommunane (Willoch-regjeringa), Ot.prp. nr. 48 (1985–86) om overføring av sjukeheimane frå fylkeskommunane til kommunane, NOU 2004:18 med utkast til ny lov om kommunehelsetenesta (Bernt-utvalet), NOU 2005:3 om behovet for samhandling (Wisløff-utvalet), St.meld. nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreforma, Prop. 91 L (2010–2011) om kommunal helse- og omsorgstenestelov og Meld. St. 7 (2019–2020) om helsefellesskapa i nasjonal helse- og sjukehusplan for 2020–2023.

I desse dokumenta har vi leita etter hendingar og forhold som vi tolkar som stiar som har påverka etableringa av KAD-institusjonen. Vi har særleg lagt vekt på idéar og perspektiv som har vore med på å utvikla kommunale helse- og omsorgstenester. Vi viser også til annan litteratur om kommunal akutt døgneining, og data og analysar frå vår eigen kasusstudie av ein mellomstor og sjølvstyrt KAD-institusjon (Gjerstad et al. 2020). Kasusstudien gir ikkje utan vidare generaliserbar kunnskap om kommunale akutte døgneiningar, men viser eit konkret døme på korleis ein institusjon er blitt realisert som følgje av føregåande hendingar og utviklingsprosessar.

KAD-institusjonen

Fagleg medisinsk kvalitet

Ei kommunal akutt døgneining skal vere eit allmennmedisinsk sengeposttilbod med ein fagleg-medisinsk kvalitet jamgod med tilbodet i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet 2016). Det allmennmedisinske viser seg i at slike einingar behandlar pasientar med mange forskjellige sjukdommar (Helsedirektoratet, 2019). I den kommunale akutte døgneininga vi studerte, var pasientgrunnlaget i 2018 fordelt på pasientar frå 15 hovudklassar i det internasjonale klassifiseringssystemet for primærhelsetenesta (ICPC).

Etableringa av kommunale akutte døgneiningar gjorde at kommunehelsetenesta fekk ansvar for meir avansert behandling enn før (KS & Den norske legeforening 2014), slik også legar på KAD-institusjonar erfarte det (Strand et al. 2019). KAD-en i vårt materiale har avklart kva for alvorlege medisinske tilstandar dei vil handtere og korleis eininga skal sikre god pasientflyt (Gjerstad et al. 2020). KAD-en gir avansert behandling, men har avgrensa tilbodet til akutte og kroniske sjukdomsutbrot hos pasientar som allereie er diagnostiserte, har låg risiko og med hovudsakleg kjente behandlingsbehov (Gjerstad et al. 2020). Eininga tilbyr meir avansert behandling enn det som det truleg var tenkt frå styresmaktene si side. Ein

intern gjennomgang av kols-pasientar gjort ved den aktuelle KAD-en viser at pasientane var så sjuke at dei ville ha vore innlagt på sjukehuset om ikkje KAD-en hadde hatt eit tilbod.

Når pasientar kjenner seg trygge på at det fagleg-medisinske tilbodet dekker deira behov, føretrekk dei KAD-en framfor sjukehuset (Gjerstad et al. 2020). Det same finn Leonardsen (2017) i ei studie av fem KAD-einingar.

Kompetanse og organisering

Statlege helsestyresmakter har stilt kommunane relativt fritt med omsyn til organisering av KAD-institusjonane. Svært mange stader er tilbodet interkommunalt (Helsedirektoratet 2019). Det gjeld også KAD-en som vi har studert, som er eit samarbeid mellom fire kommunar med til saman omlag 130.000 innbyggjarar. Eininga vart etablert i 2013 og hadde i 2020 omlag 20 årsverk. Ho har 13 sengeplassar, noko som gjer henne til ei av dei større KAD-ane. I 2019 fanst det 15 KAD-ar med ti eller fleire sengeplassar i Noreg (Helsedirektoratet, 2019). Den største KAD-institusjonen i Noreg er KAD Aker i Oslo med over 70 senger (Faiz 2019).

Den studerte KAD-en har fellestrekk både med primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Den liknar på primærhelsetenesta med å leggje vekt på god allmennmedisinsk kompetanse med legar frå allmennpraksis, låg legedekning og eit ambulerande vaktlag av allmennlegar som hovudsakleg er fastlegar. Allmennmedisinsk kompetanse har òg blitt vektlagt i andre KAD-ar (Strand et al. 2019). Den studerte KAD-en minner om spesialisthelsetenesta med å ha høg dekning av sjukepleiarar med brei medisinsk bakgrunn i tillegg til spesialiseringar. Også i dei daglege rutinane på eininga med preisitt, visitt og inn- og utskrivingar, viser slektskapen til ein medisinsk sengepost seg. KAD-en har i tillegg same journalsystem som sjukehusa.

Den studerte KAD-en samarbeider med andre aktørar om innlegging, behandling og utskriving av pasientar. Eininga mottar hovudtyngda av pasientane frå kommunehelsetenesta, legevakt og fastlegar, men òg nokre frå sjukehus. Etter ferdig behandling, vert dei fleste sendt heim. Nokre vert overført til andre kommunale omsorgstenester eller ved behov til sjukehus. Ved KAD-en vi har studert har dei heile tida hatt klart for seg at den er ei særeigen teneste. Denne vissa har påverka praksis. For ikkje å verte ei sjukeheimsavdeling, tar dei ikkje imot pasientar frå sjukeheimar. For ikkje å verte ei sjukehusavdeling har dei avtalt med sjukehuset kva for pasientgrupper som kan leggjast inn derifrå, og til kva tidspunkt.

Kommunal akutt døgneining er meint for korte innleggingar. I 2017 var gjennomsnittleg liggetid i den studerte KAD-en 3,5 dagar. Der har dei ein fleksibel praksis og utvidar opphaldet ved behov. Til samanlikning vart

sjukehusa mindre fleksible etter samhandlingsreforma. Då starta dei det som framleis er praksis, å ta betalt av kommunane for kvart døgn som kommunane ikkje tar imot ein utskrivingsklar pasient (Abelsen et al. 2014).

Dei lange linjene

Institusjonelle forgjengarar: sjukestover og intermediære tilbod

Som institusjon har kommunal akutt døgneining likskapar med tidlegare etablerte institusjonar med akutt hjelp-døgntilbod, plassert i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetenesta (Leonardsen et al. 2017).

Dei første spora av KAD-liknande karakter finn vi i sjukestovene, med røter som går tilbake til 1800-talet (Aaraas 2003). Typisk for sjukestovene er at dei er lokaliserte i utkantstrøk. Sjølv om sjukestovene hadde eit trygt ankerfeste i nokre lokalsamfunn, vart dei ikkje allment utbreidd i kommunane. I sjukehuslova av 1969 vart ansvaret for dei lagt til fylkeskommunane. Når ein i St.meld. nr. 9 (1974–75) drøfta avlastning for sjukehusa, var det eldreomsorga og sjukeheimane som vart trekt fram. Satsinga som etter kvart vart gjort på eldreomsorga i kommunane og den kraftige utbygginga av akuttilboda i spesialisthelsetenesta, gjorde truleg at sjukestovene kom noko i skuggen, både i den fylkeskommunale og den kommunale helsepolitikken. I den nasjonale helsepolitikken passa dei ikkje inn med si blanding av logikkar frå både spesialist- og allmennlegetenesta. I dag er dette tankevekkjande, særleg fordi sjukestovene, både ut frå medisinske vurderingar og lokalsamfunnsomsyn, hadde gode skotsmål. Den einskilde kommunen vart oppfordra å sjå på behovet for sjukestovesenger i sjukeheimane (Mamen & Nylenna 1987 a,b).

Av nyare dato er intermediære avdelingar eit sentralt spor i retning kommunal akutt døgneining. Eit konkret døme er Hallingdal sjukestugu som ligg i Ål og er tilknytt Ringerike sjukehus (Lappegard 2016). Intermediære avdelingar kan òg ligge sentralt, slik som Søbstad helsehus i Trondheim, eit samarbeidstiltak mellom sjukehus og kommune (Garåsen 2008). Desse institusjonane mottar pasientar som elles måtte ha vore på sjukehus, og tar hand om pre- og/eller post-hospitale funksjonar.

Vi ser sjukestovene og intermediære avdelingar som forgjengarar til kommunal akutt døgneining fordi dei deler sentrale institusjonelle trekk. Dei har ein allmennmedisinsk profil med vekt på akutte sjukdomsutbrot, gjerne hos eldre og kronikarar. Særskilt viktig er allmennmedisinsk kompetanse for å kunne handtere breidda av sjukdommar og høg sjukepleiekompetanse for å kunne observere pasientane med sikte på å oppdage eventuell forverring. Tidlegare forskning viser at slike institusjonar gir pasientar medisinsk forvarleg behandling og er meir kostnadseffektive enn sjukehus (Aaraas 1998,

Lappegard 2016, Garåsen 2008), og at pasientane er nøgde med opphaldet (Lappegard 2016).

LEON som helsepolitisk hending

Eit premiss som opna opp for desentralisering av helsetenester og avlastning av sjukehus vart lagt med LEON-tenkinga om lågast, effektive omsorgsnivå. Den vart lansert i samband med at sentrale styresmakter presenterte ei politisk ramme for nasjonal organisering av helsetenestene som omfatta både sjukehusa og primærhelsetenesta i St.meld. nr. 9 (1974–75). Bakgrunnen var eit sterkt press på sjukehusa, med langt høgare vekst i tenestetter-spurnad enn det veksten i talet på sjukehussenger skulle tilseie. Meldinga påpeika at mange av pasientane kunne ha vore behandla utanfor sjukehus. For å avlaste spesialisthelsetenestene vart det foreslått å etablere ein regionalisert, hierarkisk og differensiert helsetenestestruktur på tre nivå: distrikthelsetenesta, fylkeshelsetenesta og regionhelsetenesta. Distrikthelsetenesta var det lågaste nivået. Her skulle primærhelsetenestene, retta mot lokalsamfunnets behov ligge.

Prinsippet om regionalisering var sentralt allereie i sjukehuslova av 1969. Ein ville sikre geografisk utjamning og likskap mellom dei ulike regionane i landet.

St.meld. nr. 9 (1974–1975) tok til orde for at pasientar skulle fordelast mellom dei ulike nivåa i samsvar med LEON-prinsippet, det vil seie at pasientane skulle handterast på det lågast effektive omsorgsnivå. Prinsippet har både ein medisinsk og ein økonomisk dimensjon: Pasientar skal behandlast på eit tenestnivå der dei får forsvarleg behandling og på det nivå som kan gi dei behandling til lågast mogleg kostnad. Denne tenkemåten var ikkje avleidd av hendingar i det nasjonale helsevesenet i forkant, men ein freistnad på å tenke nyskapande om framtida.

Oppbygging av helsetenester i kommunane

Primærhelsetenestene utvikla seg til å verte meir omfattande og samansette. Tilgang på tenester i sektoren auka i takt med ei akselererande medisinsk utvikling og krav om utbygging av tenester til mange grupper. Denne utbygginga førte til endringar i oppgåvefordelinga og samhandlinga mellom det kommunale nivået på den eine sida og det fylkeskommunale og det statlege nivået på den andre.

Kommunane overtok etter kvart styringsansvaret for primærhelsetenestene (Ot.prp. nr. 36 (1980–81); Ot.prp. nr. 66 (1981–82)) i samsvar med LEON-tenkinga. Ein viktig milepåle var kommunehelsetenestelova som vart vedtatt i 1982. Lova hadde blant anna mål om å skape nærleik mellom

befolkninga og hjelpeapparatet på den eine sida, og mellom befolkninga og den politiske og administrative styringa på den andre sida (Ot.prp. nr. 36 (1980–81)).

Helse- og omsorgstenestene i kommunane har frå 1980-åra hatt tre innsatsområde: 1) Sjukeheimar, som skal omtalast nærare i neste avsnitt, 2) legetenester og 3) bustadorienterte tenester. Legetenestene omfatta både allmennelegeteneste og legevaktteneste. Kommunen sitt auka ansvar vart gjort tydeleg i dei organisatoriske og finansielle rammene for allmennelegetenesta, først ved vedtak om eit delt finansielt ansvar mellom stat (trygdetilskot), kommune og marknad (eigenandelar). Seinare vart finansieringa revidert gjennom fastlegeordninga. Legevakttenesta, som tidlegare var vaktordningar lokale legar sjølv organiserte, vart erstatta med ei lovpålagt kommunal teneste som til dels var kopla opp imot fastlegeoppgåver (Ot.prp. nr. 36 (1980–81)). Utvikling av heime- og bustadorienterte tenester har vore ein vedvarande prosess og truleg det tenesteområdet med sterkast LEON-preg, det vil seie med klårast vekt på å bygge ut meir kostnadseffektive, men samstundes forsvarlege tenester.

Frå tidleg i 1990-åra har hovudvekta av ressursbruken i kommunal omsorg vorte flytta frå institusjonar til heimebaserte tenester (Brevik 2010). Omlegging til meir kostnadseffektive driftsformer i omsorgstenestene har skjedd gjennom satsing på omsorgsbustader med tilkopla tenester i staden for institusjonsplassar, ved sterk utbygging av heimesjukepleie, og i den seinare tida gjennom satsing på kvardagsrehabilitering med sikte på at folk skal kunne bu lengst mogleg i heimen.

Dei finansielle ordningane medverka til endring. Overgang til kommunal rammefinansiering med ubundne statlege tilskot til ulike velferdstenester var basert på «objektive» kriterium, noko som gav føringar for den kommunale organiseringa av helse- og velferdstenestene (NOU 1979:10, NOU 1979:28). Kombinert med handlingsplanar og reformar gav denne forma for finansiering statlege styresmakter ei viss styring av ressursbruken i primærhelsetenesta. Kommunane stod på same tid relativt fritt i bruken av ressursar og organisering av tenestene, og fekk mellom anna styringsrett over legetenesta ved at kommunelegar skulle overta for statleg styrte distriktslegar.

I tillegg til oppbygging av tenester i kommunane, vart det òg tatt grep i tråd med LEON-tenkinga i spesialisthelsetenesta. Såleis har polikliniske tenester vorte eit sentralt verkemiddel for å effektivisere drifta og redusere sengebehova i spesialisthelsetenestene. Vidare vart distriktspsykiatriske senter etablert for å styrke dei lokale helsetenestene og desentraliserte staten sitt ansvar.

Sjukeheimane – ei anna utvikling enn intendert

Historia om sjukeheimane slik vi kjenner dei i dag, kan sporast attende til 1960-åra. Då var institusjonstilbodet på bygdene i beste fall ein aldersheim, nokre stader med ei eiga avdeling for pleietrengande (Ot.prp. nr. 36 (1967–68): 18). Då sjukeheimane kom, var tanken at dei pleietrengjande skulle ha eit medisinsk og sjukepleiefagleg tilbod som var meir avansert enn tilbodet på aldersheimane. Dette vart følgd opp i St.meld.nr. 9. (1974–75), der det vart tatt til orde for at sjukeheimane skulle ta imot pasientar som ikkje kunne få hjelp i heimen, men som likevel ikkje trong sjukehusopphald. På denne måten skulle sjukeheimane avlaste sjukehusa. Dermed trong sjukeheimane eit betre apparat for behandling og diagnostisering, polikliniske funksjonar og beredskap for akutt hjelp. Kapasiteten måtte vere stor nok til at dei som var sjuke kunne verte verande på sjukeheimen i staden for å ta opp sjukehusplassar (St.meld. nr. 9 (1974–75): 60–61). Tilbodet i sjukeheimane kunne også omfatta tenester til personar med psykiske sjukdommar (St.meld. nr. 9 (1974–75): 65). Vi ser her tidlege tankar om at sjukeheimane skulle gi eit tenestetilbod liknande det KAD tilbyr i dag.

Sjølv om det i utval og stortingsmeldingar vart lagt vekt på at kommunane skulle driva sjukeheimane, vart fylkeshelsetenesta ansvarleg for eit overordna tilsyn med sjukeheimane og for å medverka til å koordinera innleggingane i sjukeheimane i fylket (St.meld. nr. 9 (1974–75): 10). Det syntest ikkje å vere nokon tvil hos dei overordna statlege styremaktene om at det var kommunane som skulle ha ansvaret for denne primærhelsetenesta (St.meld. nr. 9 (1974–75)). Likevel skulle tida gå heilt fram til 1988 før ansvaret for sjukeheimsdrifta vart overført frå fylkeskommunane til kommunane (Ot.prp. nr. 48 (1985–86)).

Sjukeheimane oppfylte ikkje forventinga om å avlaste sjukehusa. Dei fungerte som langtidsinstitusjonar og var lite rehabiliterande. Ein del eldre vart innlagde på korttidsopphald, medan få sjukeheimar tok imot kronisk sjuke og funksjonshemma med særskilde behov. Lovproposisjonen (Ot.prp. nr. 48 (1985–86)) kommenterte at somme meinte at sjukeheimane burde ta imot akutt sjuke eldre heimebuande. Proposisjonen konkluderte med at det kunne vere aktuelt der det var lange avstandar og vanskeleg med transport, men det måtte ikkje krevje meir av sjukeheimane sine ressursar når det gjaldt bemanning, utstyr og sengekapasitet.

Samhandlingsreforma og overføring av oppgåver til kommunane

Trass i tidlege ambisjonar om eit heilskapleg helsesystem, vart det uklart korleis samspelet mellom primær- og spesialisthelsetenesta skulle utformast og kva innhaldet i dei kommunale helsetenestene skulle vere. Med unntak

av vidareføring av sjukestover i nord og punktsatsingar på einskilde lokale samarbeidstiltak elles i landet, var det i hovudsak slik at utviklinga i dei to hovudsektorane i helsevesenet følgde forskjellige logikkar.

Relasjonen mellom desse to sektorane vart for alvor gripe fatt i etter hundreårskiftet. Utfordringane med den til dels fråverande medisinske kompetansen i sjukeheimane vart trekt fram (Nygaard 2002). Eit utval vart sett ned for å sjå på lovverket i dei kommunale helse- og omsorgstenestene (NOU 2004:18). Wisløff-utvalet (NOU 2005:3) peika på utfordringar knytt til samhandling mellom ulike aktørar for pasientgrupper som kreftpasientar, eldre med fleire sjukdommar, kronikarar, sjuke med kort forventa levetid, psykisk sjuke og rusmisbrukarar. Utvalet såg ikkje at problema kunne løysast gjennom endringar i oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Dei gjorde heller framlegg om ei rekke mindre endringar, og karakteriserte sjølv det samla forslaget som ei innhaldsreform. Eit av forslaga, krav om formaliserte avtalar mellom dei to helsetenestenivåa, skulle verte realisert i samhandlingsreforma frå 2012.

I utgreiinga vart akutte døgnplassar på kommunalt nivå òg drøfta. Utvalet løfta fram undersøkingar som viste at ein vesentleg del av akutt hjelp-innleggingar på sjukehus, særleg «indremedisinske» sjukdommar og innleggingar av eldre, kunne ha vore unngått dersom det fanst alternative tilbod på eit lågare omsorgsnivå. Dei viste til sjukestovene som nokre stader hadde slike innleggingar, og som der utførte enklare diagnostikk og behandling på ein forsvarleg måte. Sjukestovene var som oftast lokalisert i lokalsamfunn der det er lang avstand til næraste sjukehus. Utvalet påpeikte at dersom ein skulle leggje akutt hjelp-funksjonar til sjukeheimane, ville det krevje meir personell og styrka kompetanse. Utvalet meinte at gjennomsnittskommunar ikkje ville kunne ta på seg eit slikt ansvar utan at å få ekstra økonomisk tilskot.

Samhandlingsreforma frå 2012 (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) var i noko grad inspirert av det engelske helsesystemet National Health Service (NHS), altså eit forsøk på å integrere primærhelsevesenet og «sekundærhelsevesenet», og å organisere helsetilbodet på lågaste effektive omsorgsnivå (Berg 2018). I staden for LEON dreg ein her fram omgrepet BEON (*beste, effektive omsorgsnivå*), ei nyskriving av LEON, og trekker med dette linene tilbake til St.meld. nr. 75 (1974–75). Sjølv om LEON-prinsippet var lite vektlagt i stortingsmeldinga om samhandlingsreforma, var LEON openbert eit element i grunnlagstenkinga.

På same måte som i Wisløff-utvalet (NOU 2005:3) vart samhandlinga mellom tenestene sjølv kjernen i samhandlingsreforma. Førebygging, tidleg innsats og tilbod til kroniske pasientar var sentrale utviklingsområde. Sam-

handlingsreforma fremja strukturelle reformar der det vart lagt stor vekt på at ein større del av veksten i helsesektoren måtte skje i kommunane. Økonomiske verkemiddel stod sentralt i gjennomføring av strukturendringane, men desse var i varierende grad effektive (Nødland & Rommetvedt 2019). Kommunal akutt døgneining var eit av tiltaka som vart prioritert gjennom nye statlege midlar. Mange kommunar vart motiverte av tilskotet og sette tidleg i gang med å etablere eit kommunalt akuttilbod. Ei anna motivasjonskjelde kan ha vore dagbøter som kommunar måtte betale om dei ikkje tok imot pasientar som var utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta. Ein konsekvens av dagbøter var at kommunane raskare overtok pasientar frå sjukehusa, men dette var ofte pasientar med svakare helsetilstand enn før, trass i at dei var ferdigbehandla frå sjukehuset.

Ein annan konsekvens av samhandlingsreforma var at kommunane satsa på kompetanseheving gjennom etablering av korttidsmottak og rehabiliteringstilbod (Abelsen et al. 2014). For å motivere kommunane til førebygging og tidleg innsats tok ein i bruk medfinansiering av somatiske tenester. Kommunane skulle finansiere ein prosentdel av sjukehusa sine utgifter for pasientar busett i kommunen. Dette verkemiddelet skulle vise seg å fungere dårleg og lite målretta, og vart difor avvikla (Nødland & Rommetvedt 2019).

Styresmaktene overførte oppgåver mellom nivåa trass i at Wisløff-utvalet tilrådde annleis. St.meld. nr. 47 (2008–2009) (side 58–65) viser til gode tenester utanfor sjukehus. Dømet med etterbehandlingscenteret Søbstad helsehus, eit intermediært samarbeidstiltak mellom St. Olavs hospital og Trondheim kommune, var av særskilt interesse. Dette senteret hadde fleire legar, sjukepleiarar og fysioterapeutar enn det som er vanleg i sjukeheimar, men færre enn i sjukehus. Ei samanlikning mellom Søbstad helsehus og tilsvarende pasientar ved sjukehuset viste at pasientane ved helsehuset hadde færre reinnleggingar, lågare behov for kommunale tenester og lågare dødelgheit etter eitt år. Tilbodet var kostnadseffektivt (Garåsen 2008).

Oppsummerande drøfting

Vi starta analysen med ein tanke om at kommunal akutt døgneining, sjølv om det er ein ny institusjon, har trådar tilbake i tid. Vi finn tidlegare hendingar og relaterte utviklingstrekk som peikar i retning av ei kommunal akutt døgnbasert helseteneste. Men nettopp desse tidlege hendingane gjer at vi og kan spørje: Kvifor kom ikkje KAD-institusjonen før?

At kommunal akutt døgneining likevel ikkje vart etablert før, kan forklarast av ulike historiske utviklingsprosessar knytt til det kommunale helse-tenestetilbodet. Teorien om stiahengigheit har vore til hjelp i leiting etter

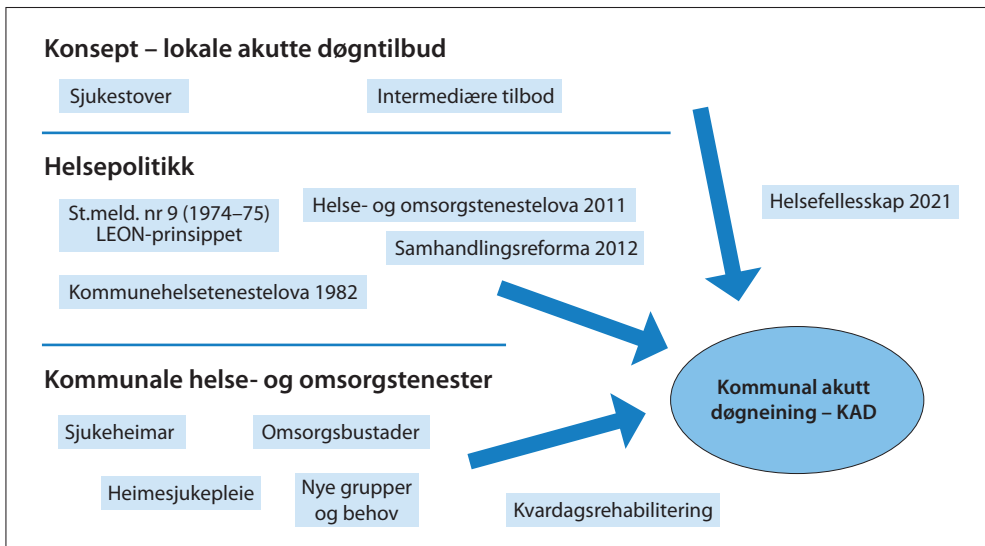
hendingar og utviklingssteg som har verka inn på korleis KAD-institusjonen har blitt til. Analysen vår tyder på at utviklinga ber preg av tre stiar, innvede i einannan, og med nokre hendingar som har fremja og andre som har bremsa etableringa av kommunal akutt døgntilbod.

Figur 1 viser tre stiar som fører fram til etableringa av kommunal akutt døgneining. I figuren har vi òg plassert inn helsefellesskap (Meld. St. 7 (2019–20) som mogleg initiativtakar for vidare utvikling av tilbod som liknar KAD. Kva slags tenester helsefellesskap vil gi på kommunalt nivå, er ennå uvisst.

Helsepolitikken er ein sentral sti og har å gjere med korleis teneste- og ansvarsfordeling mellom kommunar, fylkeskommunar og stat har vorte planlagt og organisert. St.meld. nr. 9 (1974–75) med sin presentasjon av LEON-prinsippet, var ei sentral hending i så måte. Denne meldinga gav næring til prosessen fram mot å gi kommunane større ansvar og fleire oppgåver. Dette vart forsterka gjennom kommunehelsetenestelova av 1982. Lova gav grobotn til ei kraftig utvikling av kommunane sitt primærhelsetenestetilbod. Likevel var det lenge lite merksemd om samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

Først i 2000-åra vart det gjennomført utgreiingar som såg på behov for ny lovgiving (NOU 2004:18) og koordineringsutfordringar (NOU 2005:3). Då vart det lagt vekt på pasientrelaterte koordineringsutfordringar mellom dei to helsetenestenivåa, men framleis utan forslag til strukturelle grep. Ny lov om helse- og omsorgstenestene i kommunane og samhandlingsreforma vart sett i kraft frå 2012. Den nye helse- og omsorgstenestelova gav kommunane fleire oppgåver og ansvar, inkludert ansvar for å tilby kommunal akutt døgneining. Denne eininga vert nemnd to stader i lova; som lovpålagt teneste og som punkt i lovpålagte avtalar om samhandling mellom kommunar og helseføretak. Det tok såleis lang tid å utvikle eit lovverk som gav grunnlag for systematisk utvikling av samarbeidet mellom dei to helsetenestenivåa.

Ein annan viktig sti er utviklinga av kommunale helse- og omsorgstenester. Over dei siste 50 åra har kommunale helse- og omsorgstenester auka i omfang og differensiering. Oppbygginga frå 1970-åra og fram mot hundreårskiftet retta seg i all hovudsak mot interne omsorgsnivå i primærhelsetenesta. Denne oppbygginga reflekterer ein helsepolitikk som la vekt på å utvikle dei tradisjonelle primærhelsetenestene og som var mindre opptatt av forholdet mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Vi vil hevde at denne utviklinga hang saman med at kommunane måtte prioritere å bruke ressursar der behova etter deira vurdering var størst. I tillegg til organisering av dei kommunale legetenestene vart det satsa på vidare oppbygging av



Figur 1. Oversikt over ulike stiar som førte til etableringa av kommunale akutte døgneiningar.

heimesjukepleietilbodet. Av-institusjonalisering og reformtiltak for sårbare grupper auka behova for heimesjukepleie og kommunale omsorgsbustader. Kommunane fekk slik eit utvida ansvar for somme pasientgrupper.

Samhandlingsreforma gjorde at det kommunale tenestetilbodet vart ytterlegare differensiert. Relasjonane mellom kommune- og spesialisthelsetenesta vart endra. Kommunal akutt døgneining var ein del av dette. Reforma gjorde også at kommunane måtte ta hand om pasientar som vart tidlegare utskrivne frå sjukehus og desse hadde større behov for korttidsoppfølging og rehabilitering (Abelsen et al. 2014). Differensieringa held fram i form av kvardagsrehabilitering og *Leve heile livet*-reforma (Meld. St. 15 (2017–2018)).

Den tredje stien kan trekkjast tilbake til sjukestovene og tanken om lokale akutte døgntilbud, lansert midtvegs i 1970-åra. Denne politiske idéen vart støtta av LEON-prinsippet som la vekt på fordeling av tenester mellom nivåa. Sjukeheimane kunne ha tatt over pasientgrupper med akutte behov for oppfølging gjennom døgnet ved å heve kompetansen (St.meld. nr. 9 (1975–76)), og kunne såleis aleine ha blitt ei konkretisering av denne idéen. Også i lovproposisjonen om overføring av sjukeheimane frå fylkeskommunar til kommunar, finn vi tanken om at sjukeheimane skulle avlaste sjukehusa. Somme tok til orde for at dei burde ta imot akutt sjuke eldre heimebuande (Ot.prp. nr. 48 (1985–86)). Det har også vorte hevda at sjukeheimar integrert med sjukestover kunne ha vorte eit akutt døgntilbod

(Mamen & Nylenna 1987b). Men sjukeheimane utvikla seg i retning av omsorgstenester, ikkje som helseinstitusjonar som kunne avlaste spesialisthelsetenesta.

Idéen om lokale akutte døgntilbod vart i nyare tid konkretisert gjennom intermediære tilbod som vart etablert somme stader i samarbeid mellom kommunar og sjukehus. At desse gir forsvarleg medisinsk behandling, er effektive og at pasientane er tilfredse, har medverka til at det faglege konseptet med akutte døgntenester utanfor sjukehus har styrka sitt renommé. Dette bidrog til å gi fagleg-medisinsk legitimitet til KAD-institusjonen då denne vart etablert som eit landsdekkande tilbod.

Etablering av KAD-institusjonen kan tolkast i lys av stivhengigheiter langs dei tre stiane. Desse viser seg som samanhengar mellom kommunal akutt døgneining og tidlegare hendingar: (i) det gjeld helsepolitisk styrking av kommunane sitt ansvar i helsesystemet, (ii) utvikling av kommunalt tenestemangfald og (iii) institusjonelle forgjengarar i form av velfungerande lokale akutte døgntilbod. Dei tre stiane kryssar kvarandre i KAD-institusjonen. Dei syner seg der som sjølvforsterkande mekanismar, eit typisk trekk ved mange stivhengigheiter. Slike sjølvforsterkande mekanismar gjer ifølgje Pierson (2000) at det er sannsynleg at steg i ei retning vil føre til nye steg i same retning. Å endre kursen vil vere omstendeleg og truleg krevje meir kostnader. Sagt med andre ord er det lite truleg at ein kjem til føre tilbake pasientgrupper frå dei kommunal akutt døgneiningane til sjukehusa. Presset på spesialisthelsetenestene kan ventast å vare ved, samstundes som kommunane har utvikla kapasitetar og kompetanse til å ta hand om fleire akutte behandlingsbehov enn før. Det er sannsynleg at dei tre stiane også i framtida vil fungere saman som gjensidig sjølvforsterkande mekanismar og gi ei utvikling der kommunar overtar nye oppgåver frå spesialisthelsetenesta.

Etablering av helsefellesskap (Meld. St. 7 (2019–2020)) er ei helsepolitisk hending skapt av sentrale styresmakter for å styrke samhandlinga mellom kommune- og spesialisthelsetenester. Helsefellesskapa vert oppmoda til å etablere nye lokale samarbeid og tenester i grenseflata mellom kommune- og spesialisthelseteneste. Dei opnar opp for at differensieringa av det kommunale tenestetilbodet vil kunne auke ytterlegare. Differensieringa kan verte forsterka gjennom vedvarande press mot spesialisthelsetenestene og behov for nye helsetenester som følgje av at folk vert eldre og lever lenger heime med sjukdommane sine.

Fleire nye tenester vil kunne ligge i grenseflata mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Men det er ikkje gitt korleis desse vil sjå ut, det vil seie kva slags intermediære tilbod som vil kome. Krava til sjukehusa om prioriteringar og effektivisering (Meld. St. 7 (2019–2020)) gir grunn til å

vente at behova for kommunale akutte døgntilbod vil vare ved og forsterkast. Fleire alternativ kan då tenkast. Kommunale akutte døgneiningar kan få ei utvida rolle ved at dei vert større eller tar imot nye pasientgrupper. Om det siste skjer vil det stille nye krav til kompetanse og utstyr. Ein kan vidare tenkje seg ei differensiering av tenestene, til dømes basert på særskilte pasientgrupper, diagnosar eller behandlingsbehov. Motsatt kan det også tenkjast at heimesjukepleie, mellom anna som følgje av teknologiutvikling, får fleire oppgåver, inkludert slike som KAD-en har i dag.

Institusjonelt er kommunal akutt døgneining eit døme på ein institusjon som kan fungere i grenseflata mellom sjukehusa og kommunane, sjølv om ikkje alle KAD-er fungerer like godt i dag (Johannessen & Steihaug 2020). I framtida vert det viktig å handtere auka etterspørsel etter akutte tenester. KAD-institusjonen må derfor utvikle seg utan å miste den allmenmedisinske profilen, den særlegne kompetansestrukturen og nærleiken til pasientane.

Litteratur

1. Aaraas IJ. (1998). *General practitioner hospitals: use and usefulness: a study from Finnmark County in North Norway*. Doktoravhandling. ISM skriftserie nr. 45. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin. <https://hdl.handle.net/10037/6427> (8.4.2022).
2. Aaraas IJ. (2003). Sykestuen – en gammel institusjon for framtiden. *Ottar* nr. 245. Tromsø: Tromsø museum/Universitetet i Tromsø: 20–25. <https://www.nb.no/items/04495db995a909d12f305fe41a649a0c?page=21> (8.4.2022).
3. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI et al. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport nr. 382. Stavanger: IRIS. <http://hdl.handle.net/11250/2631346> (8.4.2022).
4. Berg OT. (2018). «Det 20. århundre sluttet i 1970-årene»: Betragtninger om 1970-årenes styrings- og ledelsesrevolusjon og hvordan den traff medisinalvesenet. *Michael* 15: 11–39. «Det 20. århundre sluttet i 1970-årene» | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no)
5. Brevik I. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. Rapport nr. 2. Oslo: NIBR. <https://hdl.handle.net/11250/2711940> (8.4.2022).
6. Faiz KW. (2019). KAD, ØHD eller KØHD? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0978>
7. Garåsen H. (2008). *The Trondheim Model*. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU. <http://hdl.handle.net/11250/264374> (8.4.2022).
8. Gjerstad B, Nødland SI, Teig IL. (2020). Trust building in a Norwegian municipal acute ward. *Journal of Health Organization and Management* 34: 673–685. <https://doi.org/10.1108/jhom-11-2019-0334>
9. Helsedirektoratet (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp opphold. Veiledningsmaterieill*. Oslo: Helsedirektoratet og KS. [Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.pdf](https://www.helse.no/medisinske-tenester/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-opphold) ([helsedirektoratet.no](https://www.helse.no/medisinske-tenester/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-opphold)) (8.4.2022).

10. Helsedirektoratet (2019). *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019*. SAMDATA kommune, IS-2941. Hdir_Rapportmal-gjeldende.him 19.06.19 (helsedirektoratet.no) (8.4.2022).
11. Johannessen A-K, Steihaug S. (2020). The function of the Norwegian municipal acute units fails to fulfil the intention of health authorities. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 38: 75–82. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1717085>
12. KS og Den norske legeforening (2014). *Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud*. <https://www.ks.no/contentassets/28e6f018aca5480894a1cc1b830d7755/rapport-kommunalt-øyeblikkelig-hjelp-dogntilbud.pdf> (4.4.2022).
13. Lappégard Ø. (2016). *Acute admissions at Hallingdal sjukestugu. Can and should local medical centres play a role in Norwegian healthcare services for acute admissions of a specified group of patients?* Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-56220> (8.4.2022).
14. Leonardsen A-CL. (2017). *Experiences with decentralized acute healthcare services from different stakeholders' perspectives. A mixed methods study*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-57661> (8.4.2022).
15. Leonardsen A-CL, Lappégard Ø, Garåsen H et al. (2017). Desentraliserte helsetjenester. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0324>
16. Mahoney J. (2000). Path dependence in historical sociology. *Theory and Society* 29: 507–548. <https://doi.org/10.1023/A:1007113830879>
17. Mamen K, Nylenna M. (1987a). Pasienter i norske sykestuer. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 107: 2612–2615. <https://www.nb.no/items/3548b319be0b6d0c21f1a2b55a8acea6?page=23> (8.4.2022).
18. Mamen K, Nylenna M. (1987b). Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 107: 2657–2660. <https://www.nb.no/items/3548b319be0b6d0c21f1a2b55a8acea6?page=81> (8.4.2022).
19. Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (8.4.2022).
20. Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (8.4.2022).
21. NOU 1979:10. *Helsepolitikken*. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008060200024 (8.4.2022).
22. NOU 1979:28. *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013011506015 (8.4.2022).
23. NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/> (8.4.2022).
24. NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/> (8.4.2022).
25. Nødland SI, Rommetvedt H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 60: 166–188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
26. Nygaard HA. (2002). Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 122: 823–825. <https://tidsskriftet.no/2002/03/kronikk/sykehjemmet-som-medisinsk-institusjon-et-fatamorgana> (8.4.2022).

27. Ot.prp. nr. 36 (1967–68). *Om lov om sykehus m.v.* <https://www.nb.no/items/0b9f0f1d9f82f3f5eac554e1c69eba01?page=949> (8.4.2022).
28. Ot.prp. nr. 36 (1980–81). 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringene i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.* <https://www.nb.no/items/s/048eef2775076bba848e88251da7bed3?page=325> (8.4.2022).
29. Ot.prp. nr. 66 (1981–82). 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringene i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.* <https://www.nb.no/items/ec3e8a42d7fc499d8b21ff88e1510c8e?page=221> (8.4.2022).
30. Ot.prp. nr. 48 (1985–86). *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover.* <https://www.nb.no/items/66e3e7d102508e51009f7fccee8e34e7?page=9> (8.4.2022).
31. Peters BG. (2005). *Institutional theory in political science: the «New Institutionalism»*. 2. utg. London/New York: Pinter.
32. Pierson P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review* 94: 251–267. <https://doi.org/10.2307/2586011>
33. Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/> (8.4.2022).
34. St.meld. nr. 9 (1974–75). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.* <https://www.nb.no/items/22ade39f6909f817f358a81a16ca1337?page=65> (8.4.2022).
35. St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (8.4.2022).
36. Strand A-MS, Kvangarsnes M, Landstad BJ et al. (2019). Hvilke legekvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten? *Michael* 16: 293–305. Hvilke legekvalifikasjoner er det behov for ved øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den norske kommunehelsetjenesten? | Tidsskriftet Michael (michael-journal.no)

Artikkelen inngår i forskningsprosjektet Ø-hjelp - en ny tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektansvarleg er Jæren Øyeblikkelig Hjelp. Prosjektleiar er NORCE Norwegian Research Centre. Samarbeidspartnarar er Gjesdal, Klepp, Sandnes og Time kommunar og Stavanger universitets-sjukehus. Prosjektet har finansiering frå Regionalt Forskningsfond Rogaland.

Vi takkar fylgjande personar som gjennom samtalar i mange møte har medverka til denne artikkelen: Anne Sofie Aarflot (brukarrepresentant), Marit Anda (overlege Jæren Øyeblikkelig Hjelp), Roman Benz (kommuneoverlege Klepp kommune), Cecilie Eigestad (leiar Jæren Øyeblikkelig Hjelp), Hans Petter Torvik (kommuneoverlege Gjesdal og Sandnes kommune) og Øystein Fjetland Øgaard (kommuneoverlege Time kommune).

Jon Øystein Friestad Bergseth
jonbergseth@hotmail.com

Jon Øystein Friestad Bergseth er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Orstad legesenter. Han har tidlegare vore overlege ved Jæren Øyeblikkelig Hjelp.

Geir Sverre Braut
geir.sverre.braut@sus.no

Geir Sverre Braut er spesialist i samfunnsmedisin og har tidlegare vore fylkeslege og assisterande direktør i Statens helsetilsyn. Han er no seniorrådgivar ved Stavanger universitetssjukehus og professor ved Institutt for samfunnsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.

Brita Gjerstad
brita.gjerstad@uis.no

Brita Gjerstad er førsteamanuensis ved Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger, og er i tillegg tilknytt NORCE. Ho er sosiolog og forskar på kommunale helse- og omsorgstenester.

Svein Ingve Nødland
svno@norceresearch.no

Svein Ingve Nødland er seniorforskar ved NORCE Norwegian Research Centre. Han er siviløkonom og forskar på helse- og velferdstenester. Han er kontaktforfattar for denne artikkelen.

Inger Lise Teig
inger.teig@uib.no

Inger Lise Teig er førsteamanuensis i helseleiting ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, og er i tillegg tilknytt NORCE. Ho er sosialantropolog og forskar på organisering og leiting i helsetenesta.

English summary

Municipal Emergency Unit (KAD) in a historical setting

In the Coordination reform of 2012, the municipalities were required to establish municipal emergency care bed units (KAD). One of the main purposes of this new institution was to lessen the burden on the specialist health care services. The KAD institution is a municipal emergency care bed unit for acute admittance of patients with acute general medical conditions. It represents a level of care at the interface between specialist health care services and primary health care services where the municipality and the hospitals interact about the patients. The idea of a local service that relieves the hospitals of their acute 24-hour services has historical paths. The article describes and discusses, from a path dependency perspective, how historical imprints or paths have shaped the present KAD institution. Three paths are identified: the health policy path with a specific trajectory on legislation and an increased responsibility for health care services in the municipalities, the municipal services path which differentiate and enhance the number of health and care services, and the institutional path where former institutions set a specific trajectory of institutional development and consolidation of the current KAD-institution.