

MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i samhandling innan helse- og sosialtenester

Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald?

Ein kvalitativ studie av samhandling, engasjement, kunnskap og kompetanse innan kommunalt akutt døgnopphald.

av

Hilde Tenold

Mai 2015



MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG SOSIALTENESTER
MASTEROPPGÅVE (30 studiepoeng)

SEMESTER:

Vår 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Hilde Tenold

RETTLEIAR: Aud Marie Øyen

TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:

Norsk tittel: Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald?

Engelsk tittel: What does it take for district municipalities to succeed with municipal acute inpatient admittance?

EMNEORD/STIKKORD: Samhandling, kommunalt akutt døgnopphald, engasjement, kunnskap, kompetanse.

TAL ORD/SIDER: 17062 / 38

STADVik 18.05.2015.....

DATO/ÅR

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Samhandling innan helse og- sosialtenester

Tittel på masteroppgåva:

Norsk tittel: Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnoophald?

Engelsk tittel: What does it take for district municipalities to succeed with municipal acute inpatient admittance?

Forfattar: Hilde Tenold.

Emnekode og emnenamn:
MS1-306 Masteroppgave samhandling innan helse og- sosialtenester

Kandidatnummer: 6

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket:

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage- JA*

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Dato for innlevering:

22.05.2015

Emneord: Samhandling, kommunalt akutt døgnoophald,
Engasjement, kunnskap, kompetanse.

Samandrag:

Tittel: Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald?

Bakgrunn: Samhandlingsreforma vart innført i 2012. Reforma gjev kommunane eit større ansvar for helsetenestene. I 2011 kom det ny lov om Helse- og omsorgstenester, § 3.5 gir kommunane plikt til å tilby øyeblikkeleg hjelp døgnopphald. (I studien nyttast omgrepet Kommunalt akutt døgnopphald). Plikta trer i kraft januar 2016. Mange kommunar har etablert denne typen tilbod frå 2012-2015 då regjeringa har vektlagt ei gradvis innføring. Andre kommunar har enno ikkje etablert denne typen tilbod.

Mål: Målet med studien er å få kunnskap om korleis ein einskild distriktskommune har lykkast med oppstart og drift av kommunalt akutt døgnopphald, og kva som eventuelt har bidrege til det.

Metode: Det er i studien nytta kvalitativ metode, med semistrukturerte, individuelle intervju. Tre profesjonsarbeidarar som arbeider i kommunalt akutt døgnopphald har vorte intervjuet. I analysen av datamaterialet vart det nytta systematisk tekstkondensering som analysemetode.

Resultat: For å kunne lykkast med kommunalt akutt døgnopphald i ein distriktskommune er det nødvendig med samhandling. Særleg samhandling med spesialisthelsetenesta, andre aktørar innan kommunehelsetenesta og samhandling innan eiga avdeling er vektlagt. Vidare er det nødvendig med engasjerte medarbeidarar innan kommunen, og det at kommunen innehar personell med kunnskap og kompetanse på området.

Konklusjon: Samhandling, engasjement, kunnskap og kompetanse vert sett på som avgjerande for å lykkast med kommunalt akutt døgnopphald. Studien kan gi ein overføringsverdi til eigen og andre kommunar som enno ikkje har etablert denne typen tilbod.

Nøkkelord: Kommunalt akutt døgnopphald, samhandling, engasjement, kunnskap, kompetanse.

Abstract:

Title: What does it take for district municipalities to succeed with municipal acute inpatient admittance?

Background: The coordination reform was introduced in 2012. The reform places a greater responsibility for health services on the municipalities. In 2011 the new law on health care services was adopted, § 3.5 imposes municipalities to offer acute inpatient admittance. The law will take effect in January 2016. Since the government has emphasized a gradual introduction many municipalities have established this service from 2012 to 2015. Other municipalities have not yet established this service.

Objective: The aim of this study is to gain knowledge about how one district municipality has succeeded with introduction and operation of acute inpatient admittance, and what may have contributed to it.

Method: Qualitative method with semi-structured individual interviews has been used. Three professionals who work in municipal acute inpatient wards have been interviewed. Systematic text condensation has been used as analytical method in the analysis of data.

Results: Interaction is required for district municipalities to succeed with municipal acute inpatient admittance. Interaction with specialist health services, other municipal health services and within the municipal acute inpatient ward is emphasized. Furthermore, it is necessary with committed professionals with knowledge and expertise in this area.

Conclusion: Interaction, dedication, knowledge and expertise is seen as crucial to the success of municipal acute inpatient admittance. This study may offer transferred value to municipalities that have not established this service.

Keywords: Municipal acute inpatient admittance, interaction, commitment, knowledge, expertise.

Forord:

4. september 2012 stod det på facebook-oppdateringa mi: « *Til tider på ukjent farvatn...på pendlarveg til Førde der eg skal lære om samhandling, eg har høyrte det før og praktiserer det til dagen...men har enno mykje å lære. Og om det likevel skulle bli for «tøft» med for mykje oppover- og nedoverbakkar tek eg med fjellvettregelen på vegen: «det er ingen skam å snu!» So får me sjå korleis vegen blir...»*

-Og no er eg kommen ved vegg ende. Målet er nådd. Det har vore tre lærerike år i lag med dyktige medstudentar og lærarar ved masterstudiet i Samhandling innan helse og sosialtenester på Høgskulen i Sogn og Fjordane. Studiesamlingane i lag med lærarar og medstudentar har gitt inspirasjon, og gjort vegen lett å gå.

Eg vil nytte anledninga til å takke min rettleiar Aud Marie Øyen. Du har heile tida vist meg tillit og hatt trua på meg. Du har gitt meg gode og vel-gjennomtenkte tilbakemeldingar. Du har gitt meg kjensla av å stadig komme nærmare målet. Dine kunnskarar har gitt meg styrke.

Vidare vil eg takke medstudent Øyvor Sønstabø. Vi har følgt kvarandre sidan studiestart og hatt mange gode diskusjonar og godt samarbeid undervegs. Elles vil eg takke mine 3 informantar. Takk for at de har delt av tida og den kunnskapen de sit inne med. De har gjort det mulig å gjennomføre studiet. Eg vil og rette ei takk til min arbeidsgivar, Vik kommune som har vore fleksibel i høve studiepermisjon og avvikling av ferie i forbindelse med skriving av masteroppgåva.

Foreløpig ikkje nemnt, men heller ikkje «glemt». Ei stor takk til min mann, familiefar, sauebonde og rekneskapsfører Kjell Egil. Vi har ikkje meir tid enn vi treng, men takk for at eg til tider har kunna fokusere «litt ekstra» på studiet. Takk til mine herlege ungar Maria og Håvard. De har hatt tolmod med meg når eg har skreve oppgåver. Ei takk også til hunden vår Aira som har gitt meg friminutt frå skrivinga og heller tatt meg med på tur i Tenoldsmarkji, oppover og nedover i naturen.

22. mai 2015 skal eg foreta ny facebook-oppdatering, der skal det stå: «*Masterstudiet i Samhandling innan helse og sosialtenester er eit faktum, der har vore kranglete vegar, men likevel lett å gå. Eg har tråkka oppover- og nedoverbakkar, eg har bestått prøvelsane, og målet er nådd. Masteroppgåva med tittelen: «Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald» er levert.»*

Innholdsliste:

1.0 Innleiing	1.
1.1 Bakgrunn for prosjektet	2.
1.2 Presentasjon av problemstilling	2.
1.3 Tidlegare forskning	3.
1.4 Oppgåva sin disposisjon	5.
2.0 Teori	6.
2.1 Samhandling	6.
2.1.1 Samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak	6.
2.1.2 Tverrprofesjonell samhandling	7.
2.1.3 Pasientforløp	7.
2.2 Medverknad	8.
2.3 Kunnskap og kompetanse	8.
3.0 Metode	12.
3.1 Val av metode og design	12.
3.2 Val av informantar og utvalets størrelse	13.
3.3 Tilgang til forskingsfeltet	13.
3.4 Forskingsintervjuet	14.
3.5 Gjennomføring av intervjuet	15.
3.6 Transkribering og analyse	16.
3.7 Mi forforståing	18.
3.8 Refleksivitet, reliabilitet, validitet og generaliserbarheit	18.
3.9 Forskingsetikk	20.
4.0 Resulat	21.
4.1 Samhandling	21.
4.1.1 Samhandling mellom KAD og profesjonelle i kommunehelsetenesta	22.
4.1.2 Samhandling mellom KAD og spesialisthelsetenesta	23.
4.1.3 Samhandling innan KAD	24.
4.2 Engasjement	25.
4.3 Kunnskap og kompetanse	26.
5.0 Drøfting	29.
5.1 Samhandling	29.
5.2 Engasjement	33.
5.3 Kunnskap og kompetanse	35.

6.0 Konklusjon og forslag til vidare forskning	38.
Litteraturliste:	i
Vedlegg:	v
Vedlegg 1: Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt/masteroppgåve- Samhandling innan helse- og sosialtenester ved Høgskulen i Sogn og Fjordane/ Samtykke til deltaking i studien.	
Vedlegg 2: Intervjuguide	vii

1.0 Innleiing

I 2009 presenterte tidlegare helseminister Bjarne Håkon Hansen ideen om ei ny helsereform-Samhandlingsreforma (St.meld.nr 47, (2008/2009), 2009). Mykje vart sett på som bra i helse-Norge, men likevel fekk ikkje mange den hjelpa dei trengte, når dei trengte den. Sjuke eldre og kronisk sjuke vart lett taparar i norsk helsevesen. Ein meinte at vekst i ressursar måtte nyttast til å byggje opp kommunale tenester, samtidig som sjukehusa fortsatt skulle vere hjørnesteinen i helsevesenet (St.meld.nr 47, (2008/2009), 2009). I samsvar med stortingsmelding nr. 47 (2009) står det at kommunen skal sørge for ei tenking med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging slik at det heilskapelege pasientforløpet kan ivaretaast innanfor best effektive omsorgsnivå. Samhandlingsreforma står svært sentralt med tanke på pasientbehandling, og det å gi pasientar rett behandling, på rett plass, til rett tid (St.meld.nr 47, (2008/2009), 2009). Samhandlingsreforma legg dermed føringar på kommunane til å ta større ansvar for det heilskapelege tilbodet av helsetenester som gis (Huseby, 2013), og mykje ansvar vert lagt til den einskilde kommune.

Lov om helse- og omsorgstenester (2011) § 3-5, gir kommunane ei lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkeleg hjelp døgnoophald. Dette skal verte oppfylt gjennom etablering av døgnplassar og omfatte berre dei pasientar som elles ville vorte innlagt på sjukehus, og trår i kraft 01 januar 2016 (Helsedirektoratet, 2014). Hensikta med tilbodet er å unngå at pasientar vert lagt inn på sjukehus der det ut frå ein medisinsk- fagleg vurdering ikkje er naudsynt eller ynskjeleg (Huseby, 2013), og dermed avlaste akuttinnleggingar ved sjukehus (Huseby, 2015). Mange kommunar er i gang med å planlegge korleis dette skal gjennomførast, og nokre kommunar har allereie etablert slike tilbod for pasientar i eigen kommune. Kommunane står fritt til å bestemma korleis dei ynskjer å organisere dette tilbodet. Kommunane vel mellom anna å knytte øyeblikkeleg hjelp tilbodet opp til sjukeheim, legevakt eller lokalmedisinske senter, sjukestove eller liknande, og ein stor del av kommunane vel interkommunale løysingar (Huseby, 2013). Regjeringa meiner at kommunar skal samarbeide der dette er nødvendig, dette for at ressursar og kompetanse skal ha størst mulig nytteverdi (Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014). Ein ser at pr. i dag er 60% av einingane knytt opp mot sjukeheim, og at dette er mest vanleg i mindre kommunar (Huseby, 2015). Det vert nytta omgrep som øyeblikkeleg hjelp døgnoophald, akutte døgnoophald og kommunalt akutt døgnoophald (KAD) om det same. Vidare i oppgåva vel eg å nytte omgrepet kommunalt akutt døgnoophald eller forkortinga KAD.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kommunar arbeider med etablering av kommunalt akutt døgnopphald fram mot år 2016. Regjeringa har lagt vekt på ei gradvis innføring frå 2012 til 2015. Frå og med 2016 er det krav om at norske kommunar skal gi døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp. Dette skal vere pasientar som kommunen sjølv har høve til å utgreie, behandle eller gi omsorg (Huseby, 2015). Tilbodet skal vere like godt eller betre enn eit alternativt tilbod i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet, 2014). Akutt forverring av kronisk sjukdom og akutte sjukdomstilstandar treng førstehjelp, diagnostikk og behandling. Dette utgjer ein stor del av akuttmedisinsk praksis (Haugen & Knudsen, 2008). Kommunalt akutt døgnopphald og dermed akuttmedisinsk praksis har fått mykje merksemd rundt i kommune-Norge etter at samhandlingsreforma tråtte i kraft. Der er kvart år konferansar med erfaringsutveksling mellom kommunar og helseføretak for å sjå på erfaringar i prosessen (Helsedirektoratet, 2014). August 2014 hadde 247 kommunar, og 67 % av innbyggjarane eit slikt tilbod (Huseby, 2015). Ein ser at 87% av pasientane vert innlagt frå eigen heim, og 14% vert vidare overført til spesialisthelsetenesta. Det er store skilnader i kor stor grad og korleis tilbodet vert nytta i dei ulike einingane. Det er mellom anna påpeika at det tek tid å gjere tilbodet kjent, og at ein forventar større bruk av tilbodet over tid. Registreringar viser at tilbodet i stor grad vert nytta av eldre pasientar, og i relativt korte periodar. Dei fleste innleggingar varer frå 1 til 3 dagar. Ein ser at personar over 67 år utgjer 76% av innleggingane, og at heile 50% av pasientane er over 80 år (Huseby, 2015).

Der er stadig avisinlegg lokalt om gjentakande vurderingar om interkommunalt samarbeid når det gjeld kommunalt akutt døgnopphald, og argumenter for og imot denne typen samarbeid kommunar imellom. Av geografiske forhold kan det sjå ut som mange distriktskommunar finn det komplisert å inngå i slike interkommunale avtaler og tilbod, og dermed ynskjer å etablere denne typen tilbod sjølv. Denne mastergradoppgåva tek for seg korleis kommunar eventuelt kan lykkast med tenesta kommunalt akutt døgnopphald, med spesielt fokus på distriktskommunar.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Målet med masteroppgåva er å få økt forståing omkring korleis ein i kommunehelsetenesta kan lykkast med kommunalt akutt døgnopphald, og dermed imøtekomme kravet om KAD. Eg har sjølv vore tilsett i kommunehelsetenesta sidan år 2000, og gjennom denne tida har det skjedd store endringar i den kommunale helse og omsorgstenesta. Ein ser at fordelinga av oppgåver mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta har endra seg, og der skjer stadig medisinske og teknologiske utviklingar som medfører endringar i tenesta (Øgar & Hovland, 2004). Staten har i følgje

Tingvoll, Kaaah og Kassah (2014) store ambisjonar innan helse og omsorg, og har dermed vedteke nye reformer og tiltak som kommunane skal utføre. I eigen kommune har ein merka endringane samhandlingsreforma medførte frå 2012. Vi såg raskt at dette innebar kortare liggetid på sjukehusa, og at vi fekk dårlegare pasientar, raskare attende til kommunen. Vi fekk til dømes oftare pasientar som skulle få resterande behandling i kommunen, og vi mot-tok pasientar for rehabilitering. Det vart eit større press på sjukeheimstenester, men og tenester frå heimesjukepleia. Innan 01. januar 2016 skal det vere etablert tilbod om KAD i eigen kommune, og av den grunn ynskjer eg ytterlegare kunnskap om kommunalt akutt døgnoophald.

Problemstillinga vert: *«Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnoophald?»*

Eg arbeider sjølv i ein distriktskommune der nabokommunar og sjukehus er kilometer unna. Formålet med dette prosjektet er å studere ein einskild kommune som allereie har etablert tilbod om kommunalt akutt døgnoophald. Tanken er at desse erfaringane kan gi ein overføringsverdi til eigen og eventuelt andre kommunar som per i dag ikkje har etablert denne typen tilbod. Eg vel å studera erfaringar og synspunkt til helsepersonell tilsett i kommunalt akutt døgnoophald i kommunehelsetenesta, etter at dei har starta og drifta tilbodet ei tid.

1.3 Tidlegare forskning

For å finne tidlegare forskning om kommunalt akutt døgnoophald har eg brukt BIBSYS og internett aktivt. Eg har søkt etter tidlegare forskning på feltet gjennom Bibsys Ask, Sve Med, Bibsys Brage, Cinahl, Academic Search Premier og Sykepleien Forsking. I tillegg har eg gjort søk via Helsebiblioteket. Eg har brukt søkeord som kommunalt akutt døgnoophald, øyeblikkeleg hjelp senger, akutte helsetenester i kommunane. Søkeorda acute admission, municipality og community hospital er også nytta. Gjennom søka har eg funne relativt lite studiar omkring kommunalt akutt døgnoophald, dette er sannsynlegvis fordi tilbodet enno er i etableringsfasen. Eg har likevel funne noko forskning og rapportar som er av relevans for min studie, og som omhandlar kommunalt akutt døgnoophald, dei vel eg å presentere nærare.

Desember 2012 vart det utarbeida statusrapport på oppdrag frå Helsedirektoratet vedrørande kommunenes plikt til øyeblikkeleg hjelp døgnoophald (TNS-gallup, 2012). Statusrapporten var basert

på erfaringar frå 15 kommunar som hadde mottatt tilskot til denne ordninga i 2012. Kartlegginga hadde som formål å summere kommunane sine erfaringar kort tid etter at dei hadde starta tilbodet. Erfaringar viste mellom anna at dei fleste kommunar syntest samarbeidet med spesialisthelsetenesta fungerte godt, og at avtalar som var inngått mellom partane i stor grad var tilpassa den einskilde kommunen. Kartlegginga var basert på kommunane sin eigen vurdering kring dette (TNS-gallup, 2012).

Grimsmo (2014) har presentert ein studie som er utført på oppdrag av Helse-og Omsorgsdepartementet, via Norges Forskningsråd. Studien omhandlar erfaringar med etablering av kommunalt øyeblikkeleg hjelp tilbod. Studien vart gjennomført i 2013 som ein feltstudie om korleis kommunane hadde løyst eller planlagte å løyse utfordringa knytt til etablering av øyeblikkeleg hjelp tilbod. Funna viser mellom anna at der er store variasjonar når det gjeld organisering av tilboda. Einskilde tilbod har krav om at det ved innlegging av pasientar skal vere ein avklart diagnose, medan andre tilbod tek imot pasientar som ikkje alltid har avklarte diagnosar på innleggingstidspunktet. Hjå nokre av dei som planlagde etablering av tilbod var det ikkje endeleg bestemt kva innleggingskriterium dei ynskte (Grimsmo, 2014).

Fylkeslegane i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane har gjennomført ei kvalitativ undersøking av nystarta øyeblikkeleg hjelp døgnopphald einingar. Det viser seg at tilbodet er lite brukt (Frantzen, Arianson, Stensland & Iden, 2014).

Deloitte gjorde i 2014 på oppdrag frå helsedirektoratet ei kvalitativ undersøking om bruken av øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i kommunane. Denne undersøkinga viser at jo større kjennskap ein får til tilbodet jo meir brukar ein det (Deloitte, 2014).

Lappegard og Hjortdahl arbeider med doktorgradsprosjekt som er tenkt avslutta våren 2015, prosjektet er relatert til akutt døgnopphald utanfor sjukehus, og forskarane har publisert fleire artiklar. Dei publiserte i 2012 ein artikkel: «*Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal Sjukestugu*» Denne artikkelen seier at akutte innleggingar ein annan stad enn sjukehus er uvanleg i Norge, men at ein ved Hallingdal sjukestove har teke imot akutt sjuke pasientar i mange år. Erfaringane viser at einskilde pasientar kan gis ei alternativ innlegging i staden for innlegging ved vanleg sjukehus. Slike pasientar kan ha behov for behandling for infeksjon, skadar eller palliasjon (Lappegard & Hjortdahl, 2012). I 2013 utgav Lappegard og Hjortdahl artikkelen «*The*

choice of alternative to a community hospital: experiences from Hallingdal Sjukestugu». Denne artikkelen konkluderer med at allmennlegane i Hallingdal bruker alternativ til sjukehusinnlegging i varierende grad. Det som ser ut til å vere avgjerande for dette er geografisk avstand og den kjennskap legane har til lokalsamfunnet. Lappegard og Hjortdal publiserte i 2014 artikkelen: «*Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal*», som vektlegg akutt innlegging lokalt ved Hallingdal sjukestove versus sjukehus. Dei pasientar som vart innlagt ved Hallingdal sjukestove beskrev mellom anna at det var positivt med mindre forhold, dei fekk betre kontinuitet i behandlinga og ein rolegare atmosfære. Dei kjente det godt å ha nære band til lokalsamfunnet, og kontinuitet mellom pasient og personale. Lappegaard og Hjortdahl (2014) såg at pasientane si oppleving av kvalitet var viktig motivasjon for å utvikle eit alternativ til sjukehusinnlegging.

Eg kjenner ikkje til at der føreligg studie som spesifikt har undersøkt kva som skal til for at distriktskommunar skal lykkast med KAD. Eg ser behov for å sjå nærare på dette, og dermed kunne bidra med ny kunnskap på området.

1.4 Oppgåva sin disposisjon

Innleiingsvis har eg gitt ein kort introduksjon for kva masteroppgåva vil innehalde. Eg har beskrive bakgrunn for val av tema, vist til søk etter forskning på feltet, og presentert problemstillinga. I neste kapittel vil eg presentere teoretiske perspektiv som eg finn relevant for å kunne drøfte funn ved undersøkinga. I kapittel 3 vert det ei beskriving av val av metode, design og utval. Resultatkapittelet, kapittel 4 vil bestå av presentasjon av empiriske data som er framkomme under arbeid med studiet. I kapittel 5 vel eg å drøfte desse funna opp mot teori som er presentert i kapittel 2 og tidlegare forskning som er gjort greie for innleiingsvis. I kapittel 6 vil det trekkjast konklusjon frå eige forskingsarbeid, og det vil bli førespegla vidare forskning på feltet.

2.0 Teori

Studien etterspør kva som skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald. Samhandlingsreforma er sentral og tidlegare presentert innleiingsvis. Reforma nyttar omgrep som samhandling og tverrprofesjonell samhandling og desse omgrepa vil vere nyttig å synleggjere nærare. Etter at studien var gjennomført viste det seg også andre relevante omgrep som medverknad, pasientforløp, kunnskap og kompetanse, og dermed vert desse omgrepa også belyst i teorikapitlet.

2.1 Samhandling

Ein kan forstå samhandling som samarbeid i situasjonar der det ikkje finst ein aktør som har den fulle kontrollen av ein prosess eller utføring av oppgåver. Aktørane må samhandle og saman finne fram til felles mål for at dei skal kunne utføre oppgåvene (Bukve & Kvåle, 2014). Stortingsmelding nummer 47 (2009), Samhandlingsreforma definerer samhandling som: «*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgåvene på en koordinert og rasjonell måte*» (s.13).

2.1.1 Samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak

Avtalar kring samarbeid skal fremja samhandlinga mellom kommunar og helseføretak, og omhandle kva oppgåver og ansvar dei ulike partane skal ha (Helsedirektoratet, 2014). Pasientane skal møte tenester av god kvalitet, og det skal vere tydeleg kven som skal utføre tenester til ei kvar tid. Kommunar og helseføretak skal einast i forpliktande avtalar, og dette må skje i fellesskap. Samarbeidsavtalane skal særilt beskrive kommunen sitt tilbod for kommunalt akutt døgnopphald. Desse tilboda må vere nyttige for pasientane, kommunen og helseføretaket, og det skal dokumenterast korleis kvaliteten på tilbodet skal ivaretakast og korleis tilbodet skal gjerast fagleg forsvarleg. Avtalar bør endrast undervegs dersom ein ser behov for at det må skje (Helsedirektoratet, 2014). I § 6-2 i helse og omsorgstenestelova (2011) står det: «*Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres*» (§ 6,2). Partane må einast om kva gruppe pasientar, kva organisering ein skal ha, og kor mange pasientar tilbodet skal omfatte (Helsedirektoratet, 2014). Der skal også i avtalen gå fram kvar tilbodet skal plasserast og kva personell, kompetanse og kva utstyr ein treng. Det er viktig at ein i den kommunale helsetenesta har kvalitet og kompetanse også på sjukeheimar og i heimetenesta. Dei må ofte ta seg av pasientar etter

utskrivning frå KAD. Dette for å få sirkulasjon på plassane, og slik at plassane igjen kan nyttast til nye akutte innleggingar. Tenestetilbodet må vere kjent for ambulansetenesta og legevakt. Det er fornuftig å opprette eigne samarbeidsarenaer mellom kommunal helseteneste og ambulansetenesta (Helsedirektoratet, 2014).

2.1.2 Tverrprofesjonell samhandling (TPS)

Cicourel (1990) er referert i Nilsen (2013) og meiner at ikkje nokon individ har nok informasjon til å løyse eit problem aleine i komplekse situasjonar, ein må derfor samarbeide for å kunne gjennomføre arbeidet best mulig. Dei involverte kjem fram til eit resultat i lag og som ingen kunne utført aleine (Nilsen, 2013). Eit godt arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og myndiggjøring for dei tilsette som har den daglege kontakten med pasientane er viktig for å få til eit godt tilbod. Det er i dag auka fokus på korleis ein kan sikre tilfredsstillande kvalitet på tenestene. Det medisinske tilbodet, omsorga, omgjevnadene og det sosiale og psykologiske tilbodet vil vere avgjerande (Ytrehus, 2013).

Tverrprofesjonell samhandling handlar om å få til eit godt samarbeid mellom dei profesjonelle hjelpearane slik at pasienten mottar best mulig teneste (Willumsen, 2009). Tverrprofesjonelt samarbeid er kjenneteikna ved at fleire profesjonar arbeider tett saman. Deltakarane i det tverrprofesjonelle samarbeidet har ei felles oppgåve, skape ny viten. Dette er viten som den einkilde profesjonelle ikkje klarar å oppnå på eigahand. Viten vert utvikla i fellesskap gjennom diskusjonar og refleksjonar kring dei ulike sidene av pasienten sine samansette behov. Ein kjem fram til kva tenester og tiltak som kan setjast i verk for å imøtekomme behova. Det er viktig at ein i det tverrprofesjonelle samarbeidet har respekt for den einkilde yrkesgruppa sitt bidrag inn i fellesskapet. Dette gjeld tenester og kompetanse for å kunne stimulere til fagleg utvikling og derav sikre best mulig kvalitet (Willumsen, 2009).

2.1.3 Pasientforløp

Pasientforløp beskriv pasienten si reise gjennom eit komplekst system av tenester. Dei som utøver tenester til pasienten skiftar, medan pasienten er den stabile som følgjer heile forløpet (Paulsen & Grimsmo, 2008). Ein kan sjå at kommunehelsetenesta og sjukehus tenkjer forskjellig om pasientforløp. Sjukehusa nyttar pasientforløp i høve faglege retningslinjer for einskilddiagnosar, medan ein i kommunehelsetenesta vektlegg pasientane sine samla medisinske behov og den funksjonen pasientane har for at dei skal kunne ivareta seg sjølve på beste måte (NTNU, Trondheim kommune & Norsk helsenett, 2012).

Helse Vest og Helse Bergen (2012) definerer pasientforløp som:

«Et standardisert pasientforløp er en koordinert tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart- start og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak. Forløpet skal fremme samhandling, pasientsikkerhet og –tilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater» (s. 4).

2.2 Medverknad

Jacobsen og Thorsvik (2002) meiner ein må trekkje dei tilsette med på avgjerder som vert tekne. Ein må tenkje at dei som utfører arbeidet i ein organisasjon eller på ein arbeidsplass sit med synspunkt og meiningar som er vesentleg når ein skal ta viktige avgjerder. Medverknad er sentralt dersom ein vil skape engasjement og yting blant dei tilsette (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Medverknad og det å vere med å bestemme vert av Nordahl, Lillejord og Manger (2010) sett på som det høgaste nivået av samarbeid, og med konsekvensar for dei involverte. Avgjerder vert tekne av dei tilsette saman (Nordahl, Lillejord & Manger, 2010). Det vert sett på som viktig at dei tilsette får vere deltakande i prosessane som skjer i organisasjonen, då vil dei kjenne ei eigarkjensle til prosessen som føregår og dei resultata dei oppnår (Irgens, 2000). Dersom ein får delta i planlegging, avgjerder og iverksetjing av det som skjer kan ein kjenne seg tilfreds med arbeidet. Medverknad kan då sjåast på som ein sentral faktor for leiarar som ynskjer å få fram resultat av tenesta. Medverknad kan gå føre seg på ulike nivå. Det som er vesentleg er at den er på eit nivå den tilsette sjølv ynskjer og har forventningar om. Derimot om ein må delta meir enn ein ynskjer kan det medføre stress og då lågare produktivitet hjå den tilsette. Motsett kan ein ha ynskje om å vere med i større grad enn det ein får anledning til. Noko som kan føre til at ein vert oppgitt, stressa og frustrert. Utfordringane vert å gi dei tilsette og involverte muligheit til å engasjere seg så nær det nivået dei sjølv ynskjer og har forventningar til (Irgens, 2000).

2.3 Kunnskap og kompetanse

Pasientar og pårørende er opptekne av om helsetenesta klarar å imøtekomme dei behova og forventningane ein har (Bukve & Kvåle, 2014). I helsevesenet er der ressursar i form av metode, kunnskap og kompetanse, dette finn ein innan medisin, pleie og omsorg, men også innan organisasjon og administrasjon. Dei kommunale helsetenestene og dei som er tilsette der møter

komplekse forventningar. Det kan vere forventningar frå lokalsamfunnet, pasientar, pårørande og styresmakter. Dei kommunale helsetenestene og tilsette må handtere forandringar i faglege retningslinjer, og i tillegg halde seg innanfor organisatoriske rammer, og innan økonomien dei rår over. Samhandlinga vert avgjerande for tenestene som vert gitt, og dei ulike involverte må ha tillit til kvarandre og felles forståing, samt dele erfaring, kunnskap og anna viktig informasjon (Bukve & Kvåle, 2014).

Det fins ulike typar av kunnskap (Aadland, 2011). Det kan vere kunnskap ein har tileigna seg gjennom studiet eller utdanninga, men det finst også kunnskap som kjem frå erfaringar. I dei profesjonelle velferdsyrka som lege, sjukepleiar nyttar ein ulike kjelder til kunnskap, og desse kunnskapskjeldene utfyller kvarandre. Ein kombinasjon av faktakunnskap, innleving og godt handelag medfører størst tillit hjå pasientane når ein behandlar sjukdom (Aadland, 2011). Som pasient forventar ein å få ei behandling som er bygd på systemisk erfaring, har opphav i naturvitskapleg tradisjon, og hjelpt andre pasientar i liknande tilfelle ved tidlegare høve (Dalland, 2000). Sjukepleiaren sitt mellommenneskelege møte med pasienten er ei anna side ved behandlinga. Måten sjukepleiaren møter pasienten på og kva vedkommande gjer vil oftast vere ein kombinasjon av eigne tidlegare erfaringar, og eventuelt korleis han/ho har høyrte at andre møter denne type pasientar. I tillegg vil sjukepleiaren gjere seg nytte av kunnskap frå eventuell rettleiing, forskingsbasert og praktisk kunnskap frå utdanninga og eiga fagutvikling. Slik kunnskap vert til på ein annan måte enn den naturvitskapleg kunnskapen (Dalland, 2000),

Grimen (2008) skil mellom teoretisk syntese og praktisk syntese. Teoretisk syntese er når ein profesjon sin kunnskapsbase omfattar store delar teori, medan ein kallar det praktisk syntese dersom ein i yrkesutøvinga har behov for ulike element av kunnskap samtidig. I den praktiske syntesen er elementa av kunnskap sett saman fordi dei skal utgjere meiningsfulle delar i utøvinga av yrket. Ved profesjonell yrkesutøving må ein oftast anvende kunnskap frå mange felt samtidig. Vitskap som psykologi, kjemi, biologi og samfunnsvitskap er element i helsefaga. Slike samansette meiningsfulle element gjer at ein kan utføre yrket. Dette medfører at til dømes legen kan behandle pasientar. Han gjer seg nytte av ulike kunnskapselement samtidig. Han brukar kommunikasjonsteori for å kommunisere med pasienten, og dermed får han den viktige informasjonen han treng for å diagnostisere og eventuelt behandle pasienten. Ein ser at desse elementa av kunnskap ikkje har nokon teoretisk samanheng med kvarandre, men er likevel vesentlege saman. Element av kunnskap vert kopla saman ut frå dei krava ein skal imøtekomma i praksis. Elementa heng saman fordi det er

naudsynt for å kunne utføre bestemte oppgåver, og ikkje fordi deira samanheng er godt teoretisk forankra. Det er oppgåva ein skal løyse som avgjer kva element av kunnskap ein skal nytta (Grimen, 2008).

Lai (2013) har interessert seg for kompetanse og forska på dette gjennom år, og dermed er det relevant å nytte hennar teoretiske perspektiv på området. Omgrepet kompetanse kjem frå latinsk: *«competentia» - som viser til å vere funksjonsdyktig eller å ha tilstrekkelig kunnskap, vurderingsevne, ferdigheter eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå ønska resultater»* (Lai, 2013, s. 46). Lai (2013) definerer kompetanse som: *«Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål»* (Lai, 2013, s. 46). Lai (2013) hevdar at alle organisasjonar og alle tilsette treng kompetanse, og med det meiner ho relevant kunnskap, evner, haldningar og ferdigheiter for å kunne utføre dei oppgåvene ein er sett til, eller for å nå bestemte mål. Ein person sin kompetanse består dermed av personlege eigenskapar, haldningar og ferdigheiter, i tillegg til den kunnskapen ein har. Desse komponentane vil i praksis henge nøye saman og uttrykkje personen sin totale kompetanse. Det at ein er kompetent er at ein har rett kompetanse ut frå dei krava som vert stilt, og ut frå dei oppgåvene som skal løysast. For at kompetanse skal gjere nytte og for å nå dei måla ein har sett seg må det gjennomførast ein analyse av dei krava som vert stilt, og dei behova ein treng. Ved å gjere ein slik analyse finn ein ut kva kompetanse ein treng, kva kompetanse ein bør utvikle og eventuelt kva kompetanse ein ikkje har behov for (Lai, 2013).

Skår (2013) refererer til Eurat (1994) når det gjeld profesjonell kompetanse, og seier: *«Profesjonell kompetanse dreier seg om å kunne gjenta det som kan gjentas, og forandre det som kan forandrast»* (Skår, 2013, s. 80). Ved at det skal skje ei forandring må ein reflektere over kvifor noko må forandrast, og kva som skal til for at forandringa skal skje, og samtidig må ein tenkje over korleis dette kan virke inn på vedkommande sitt profesjonelle ansvar (Skår, 2013). Satsing på kompetanse vil påverke heile organisasjonen og må inngå i arbeidet på administrativt nivå (Lai, 2013). Det er vesentleg med målretta tiltak for å skape gode arenaer for læring, og dermed oppnå læring. Det er i dag ein auka trend at fleire ser verdien av intern, tilpassa kompetanseutvikling der ein gjer seg nytte av eigne ressursar. Men også uformell læring som skjer i sjølve arbeidssituasjonen er viktig, og ein kan dermed dele sin kompetanse med kollegar (Lai, 2013). Ved gjensidig interaskjon mellom den som lærer og omgjevnadene personen lærer gjennom oppstår læring (Skår, 2013), og dermed tileignar ein seg ny kompetanse. Tiltak for auka kompetanse bør evaluerast (Lai, 2013). Ein kan vurdere om det

har medført å oppnå måla ein hadde sett seg, dette kan til dømes vere betre tru på mestring, høgare indre motivasjon, sterkare lojalitet, meir fleksibilitet og større innsats på einskildoppgåver (Lai, 2013.)

Lai (2013) seier at det som kan vere strekt avgjerande om ein person er kompetent er vedkommande sine haldningar. Lai skil vidare mellom ulike typar haldningar. Sjølvreflekterande haldning viser til den tilsette sitt syn på seg sjølv og det potensialet vedkommande vurderer å ha. Lai (2013) refererer til Bandura (1986), Sternberg og Kolligian (1990) som meiner at tillit til eigen kompetanse er slik haldning, og at dette er avgjerande for læringsemne og interessa av å yte innsats. Anna type haldning kan vere ynskje om å hjelpe kollegar, vere fleksibel, tilpasse seg ved behov, lojalitet til arbeidsplassen og bestemte mål. Haldningar er særst sentrale i behandling av menneske, og dermed i pleie og omsorgsoppgåver (Lai, 2013).

Evner viser til ein person sine personlege eigenskapar, kvalitet og talent (Lai, 2013). Dette medfører korleis personen kan implementere og ta i bruk ny kunnskap, haldningar og ferdigheitar og dermed korleis oppgåver vert løyst og utført. Ved tilrettelegging og fordelinga av oppgåver bør ein vektlegge personen sine evner, dette bør også vektleggast ved rekruttering til ny stilling eventuelt (Lai, 2013).

Ferdigheiter kjem til uttrykk gjennom konkret åtferd som bør bidra til å nå mål og skape verdier. Ferdigheitar er dermed knytt til konkret, praktisk handling, ofte på ein tilpassa og smidig måte for å nå bestemte mål. Ferdigheitar kan utvikle seg gjennom gjentakande øvingar, og eller observasjonar av andre sin væremåte og kopi av den. Nokre ferdigheitar er lett å leggje merke til, det kan vere ferdigheitar som vert nytta til å motivere og overbevise andre. Medan andre ferdigheitar er vanskelegare å leggje merke til, det kan til dømes vere det å tolke situasjonar og vurdere løysingar (Lai, 2013).

3.0 Metode

I dette kapitlet vil eg gjere greie for val av metode, design og utval. Eg vil synleggjere min tilgang til forskingsfeltet. Eg vil så beskrive gjennomføring av intervju, samt transkribering og analyse.

Deretter vil eg gjere greie for eiga for-forståing til forskingsfeltet. Vidare vurderer eg studiens refleksivitet, relabilitet, validitet og generaliserbarheit, og til slutt viser eg til etiske aspekt kring eiga forskning.

3.1 Val av metode og design

Dalland (2000) refererer til Vilhelm Aubert (1985) som seier: «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (s.71). Samfunnsvitskapleg forskning skil mellom kvantitative og kvalitative metodar. Begge metodar vil bidra til auka forståing for korleis grupper, individ og institusjonar handlar og samhandlar i samfunnet (Dalland, 2000). Den kvantitative metoden måler frekvens, grader og mengder (Carlsen & Staff, 2012). Denne metoden kan vere nyttig dersom ein ynskjer å svare på til dømes «kor ofte» eller «kor mykje» frekvensen av noko er.

Resultata vert presentert i tabellar og diagram (Carlsen & Staff, 2012). Kvalitative metodar vert nytta for å få fram menneskelege erfaringar, opplevingar, tankar, motiv og haldningar (Malterud, 2013).

Resultata vert presentert gjennom tekst, og ofte i form av meiningsinnhald og sitat (Carlsen & Staff, 2012). Kvalitative metodar byggjer på fenomenologiske og hermeneutiske teoriar, som erfaring og fortolking (Malterud, 2013). Fenomenologi handlar om å la eit fenomen stå fram som det er, ut frå fenomenet sine eigne premissar (Aadland, 2008). Medan hermeneutikk handlar om å finne meiningane i eit fenomen, og tolke dei (Dalland, 2000).

Det vil bli nytta metode av kvalitativ karakter i dette studiet. Eg ynskjer innsikt og forståing om kva som skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald. Eg vil etterspørje erfaringar helsepersonell har gjort seg på det aktuelle området. Styrken med kvalitativ forskingsmetode er å kunne stille opne spørsmål til informantane (Malterud, 2013). Eg er oppteken av å få fram informantane sine eigne erfaringar med å arbeide i kommunalt akutt døgnopphald, og korleis ein har lykkast med KAD på informantane sin arbeidsplass. Eg valde av den grunn å foreta ein kvalitativ intervjustudie av helsepersonell tilsett på KAD. Malterud (2013) seier at ein nyttar ulike namn på intervju med individuelle deltakarar. Intervjua vert kalla djupneintervju, ustrukturerte intervju eller semistrukturerte intervju. Dersom ein får deltakarane til å dele av eigne erfaringar oppnår ein den rikaste kunnskapen (Malterud, 2013). Metoden vart valt på grunnlag av at eg ynskte informasjon og kunnskap på området.

3.2 Val av informantar og utvalets størrelse

For å få fram levande kunnskap var det ynskjeleg å utføre kvalitative individuelle intervju med helsepersonell som har arbeidd med og i institusjon med kommunalt akutt døgnopphald. Malterud (2013) seier at målet er å setje saman eit utval som best kan belyse problemstillinga ein vil ta opp, og kallar det eit strategisk utval. I samsvar med dette nytta eg eit strategisk utval. Eg valde personar eg trudde kunne bidra til å belyse problemstillinga mi. For å kunne samle data frå relevante kjelde er det viktig med kunnskap om feltet og teoretisk grunnlag (Malterud, 2013). Utvalet vart valt utifrå ein liten vestlandskommune som har oppretta tilbod om kommunalt akutt døgnopphald. Det var for meg ynskjeleg å intervju personar med ulik bakgrunn. Eg ville intervju avdelingssjukepleiar, sjukepleiar og lege ved kommunalt akutt døgnopphald. Årsaka var at eg ynskte å få fram tilstrekkeleg rike data til å kunne belyse problemstillinga frå ulike sider.

Eg hadde på førehand sett for meg å utføre 4 intervju. Dette kunne vere lege, avdelingssjukepleiar, sjukepleiar og eventuelt fysioterapeut. Dette utvalet er relativt lite, men fordi kvalitativ metode krev at ein går i djupna og dannar seg god oversikt over materialet er det eit tidkrevjande og nøyaktig arbeid som må utførast. Etter samtale med rettleiar vart vi einige om at eg byrja med 3 intervju med tanke på masteroppgåvas omfang og tida eg hadde til disposisjon. Malterud (2013) seier at: «*Variasjonsbredde vil også gi mulighet for å beskrive fleire nyanser av ett og samme fenomen*» (s. 57). På den måten får ein fram variasjonar, noko som gjer at funna ikkje vert einsidige (Malterud, 2013). Eg fann saman med rettleiar ut at sentrale personar for intervju var lege, sjukepleiar og avdelingssjukepleiar. Det at informantane har ulik yrkesbakgrunn kan medføre variasjon i svara eg får, og på den måten vert det mulig å få fram ulike nyansar av det som vert spurt om i intervju.

3.3 Tilgang til forskingsfeltet

Eg byrja tidleg i studiet å legge planar for kva tema eg ynskte å belyse i masteroppgåva. I november 2013 var eg i kontakt med forskingsleiar ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, for å forhøyre meg om prosjekt eg kunne studere. Der fekk eg tips om ein vestlandskommune som hadde oppretta kommunalt akutt døgnopphald tilbod, noko som fenga mi interesse. Forskingsleiar formidla på det tidspunkt kontakt med den aktuelle kommunen og personellet der hadde gitt henne positive tilbakemeldingar om at dei var villig til å la seg studere.

November 2014 sendte eg førespurnad på e-post direkte til leiaren for sjukeheimstenesta. Der fekk eg rask tilbakemelding om at kommunen var villig til å delta, og fekk oppretta ny kontaktperson som arbeidde i kommunalt akutt døgnopphald der. Eg tok kontakt med denne personen via telefon. Eg sendte deretter informasjonsskriv og samtykkeerklæring på e-post og bad henne om å formidle dette til aktuelle informantar. Informasjonsskrivet inneheldt opplysningar om studiens formål, kva det

innebar å delta i studien, kva som skjer med informasjonen om informanten, og informert samtykke (vedlegg 1).

Eg bad samtidig om at informantar kunne bestemme tid for når intervju skulle finne stad.

Januar 2015 hadde eg fortsatt ikkje høyrte frå verken kontaktpersonar eller informantar så eg ringte opp igjen. Vedkommande kunne fortelje at informantane var på plass, og at eg kunne komme for intervju ei veke seinare. Og dermed var den vidare prosessen i gang.

Første intervju vart gjennomført med avdelingssjukepleiar. Ei veke seinare vart intervju 2 gjennomført med lege, og intervju 3 gjennomført med sjukepleiar.

3.4 Forskingsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjuet har til hensikt å forstå informanten sitt daglegliv, ut frå hans perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2012). Strukturen i intervjuet liknar den daglege samtalen, men den fordrar bestemte metodar og teknikkar for å stille spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012). I denne studien vert det nytta semistrukturert individuelt forskningsintervju. Denne typen intervju vert utført ved hjelp av ein intervjuguide som omhandlar bestemte tema og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012).

Intervjuguiden vart utarbeida på grunnlag av ei klar problemstilling og interessa for forskingsfeltet. Intervjuguiden skulle nyttast aktivt i intervju med informantane (vedlegg 2). Det var ynskjeleg at intervju skulle ha ein forteljande struktur der eg spurte, og let informantane svare utan for mykje avbryting. Eg hadde på intervjuguiden 11 intervju spørsmål. Spørsmåla var enkle og skulle medføre at informanten kunne svare relativt greitt, og holde samtale og fokus. Men spørsmåla var likevel opne for mangfald og nyansar og informantens eigen tolking av spørsmåla, og svara vedkommande ynskte å gi.

I forbindelse med utarbeiding av intervjuguiden føretok eg eit kort prøveintervju med sjukepleiar som arbeider i kommunehelsetenesta. Dette var ein informant eg hadde kjennskap til frå tidlegare. Prøveintervjuet var nyttig då det å utarbeide intervjuguide, samt å intervju var ukjent for meg. På slutten av prøveintervjuet, medan opptaket enno stod på, reflekterte vi over intervjuguiden og intervjusituasjonen. Eg fekk konstruktiv kritikk på kva som var bra og mindre bra i høve intervju spørsmåla, og mi rolle som intervjuar/forskar. Prøveintervjuet medførte noko endring i intervjuguiden. Det styrka intervjuguiden og meg som forskar fram mot dei ordinære intervju. Ein viktig erfaring eg gjorde var at eg var god på å lytte, og flink til å la informanten halde samtalen i gang utan for mange avbrytingar.

3.5 Gjennomføring av intervju

Eg valde å gjennomføre intervju på informantane sin arbeidsstad der vedkommande fekk velja eigna lokale. Dette medførte kjente og rolege omgjevnader for informantane, og medførte ro i intervjusituasjonen. For informantane i intervju 1 og 2 vart intervju utført i arbeidstida, medan informanten i intervju 3 hadde fri den dagen intervjuet vart gjennomført. Malterud (2013) seier at intervjusituasjonen er ein dynamisk prosess mellom intervjuar og informant. Der er vesentleg at begge partar opplever tillit og respekt til kvarandre. Samtalen i intervjuet og måten ein ter seg på er avgjerande for kor nær forskaren får komme informanten, og kva kunnskap som dermed vert delt (Malterud, 2013). Før intervju starta byrja eg innleiingsvis med noko laust prat om dagen i dag. Eg presenterte meg sjølv. Deretter introduserte eg kort tema for samtalen. Deretter vart det informert om teieplikt, anonymitet og formålet med studien. Informanten fekk informasjon om at intervjuet tok rundt 45 minutt, og at opptaket vart tatt opp på lydfil. Lydfila vart nytta slik at eg som forskar kunne ha fullt fokus i samtalen, og bevare nyttig informasjon. Informanten fekk også anledning til å spørje om noko var uklårt. Før intervju starta vart samtykkeerklæring signert.

Kvart av intervju tok 42, 45 og 55 minutt. Informantane var informert om forventa tidsbruk på førehand og hadde dermed satt av tid. Før og under intervju 1 kjente eg meg som forskar noko uroleg for situasjonen og mi rolle som forskar til trass for at eg tidlegare hadde gjennomført prøveintervju, og testa at lydfil og opptak fungerte. Eg var på ukjent farvatn og i ukjente omgjevnader. Informanten var vennleg og det var lett å holde dialogen i intervjuet i gang. Intervjuguiden vart aktivt nytta slik at eg som forskar ikkje skulle miste sentrale spørsmål og dermed rike svar.

Intervju 2 kjentes for meg som forskar betre. Eg var meir forberedt. Eg hadde nyleg vore i intervjusituasjon, og i mellomtida transkribert første intervju. I første intervju hørde eg meg sjølv gjentakande gonger på lydfil med hmm, hmm, noko eg bevist la frå meg i dei resterande to intervju. Intervju 3 gjekk veldig godt med god utveksling av informasjon og sosial samhandling. Eg syntest det var kjekt å vere i forskarrolla å høyre kva informantane hadde av opplevingar og erfaringar innan kommunalt akutt døgnopphald.

Intervjuguiden vart nytta i alle intervju som eit reiskap. Under intervju noterte eg spontane nye spørsmål på intervjuguiden. Dette medførte at informanten fekk utdjupe meir av det vedkommande svarde eller fortalde.

3.6 Transkribering og analyse

Kvale og Brinkmann (2012) seier at det å omdanne ein munnleg samtale til ein skriftleg tekst er transkripsjon. Dei seier vidare at når transkripsjonen er gjort vert det betrakta som det empiriske data i intervjuprosjektet og eignar seg betre for analyse. Overføring frå språkleg tale til skriftleg språk lettar oversikten over intervjumaterialet (Kvale & Brinkmann, 2012). Intervjua vart transkribert etter kvart som dei vart gjennomført. Dette gjorde at eg kunne rekonstruere intervjusituasjonen og det som vart sagt. Dermed kunne eg danna meg eit inntrykk av datamaterialet og kjennskap til informantane sin kvardag. Transkriberinga var ein tidkrevjande prosess, og medførte mange sider skriftleg materiale. Opptaka var av god lyd kvalitet, noko som gjorde at ein ikkje gjekk glipp av ord eller setningar i intervjuet. Der var tydeleg tale, og lite overlappende samtale, og ingen forstyrrende element. Transkriberinga vart gjort ord for ord. Dialekt og munnleg uttale vart gjort om til nynorsk skriftleg språk. Dette gjorde eg for at materialet skulle verte lettare å lese, men også fordi informantane ikkje skulle la seg identifisere. Det vart tatt med ord som hm og eh. Etter transkripsjon av intervju 1 høyrde eg meg sjølv gjentakande gonger bekrefte informanten med hm. Dette var noko eg ikkje var bevist på på førehand. I transkripsjon av intervju 2 og 3 høyrde eg meg sjølv i mindre grad bruka bekreftande hm. Eg valde å utføre transkripsjonen av intervjua sjølv, dette var nyttig for å bli kjent med materialet, og dermed notere meg spørsmål som eg ynskte ytterlegare svar på i dei resterande intervjua.

Malterud (2013) seier at analysen vert best når intervjumaterialet inneheld rikeleg stoff, gjerne med variasjonar, men at materialet ikkje må vere større enn at arbeidet kan gjerast på ein god måte. Vidare seier ho at dersom ein har for stort materiale er det freistande å gjera analysen meir overfladisk. Malterud (2013) viser til fenomenolog Giorgi (2009) som seier at formålet med analysen er å utvikle kunnskap om informantane sine erfaringar og livsverden innanfor eit gitt område. Livsverden er den verda ein møter i det daglege livet, slik verden framstår i spontane og direkte opplevingar for det einskilde menneske (Kvale & Brinkmann, 2012). Eit fenomenologisk perspektiv handlar om å forstå sosiale fenomen ut frå informantane sine eigne perspektiv, og dermed kunne beskrive verden slik informantane opplever den (Kvale & Brinkmann, 2012). Giorgi beskriv ein prosess i fire trinn som Malterud har latt seg inspirere av, og tilpassa. Trinna er sentrale i analysemetoden som vert kalla systematisk tekstkondensering. Trinn 1 består av gjennomlesing av materialet, ein får dermed eit inntrykk av heilskapen og overblikk over materialet. Trinn 2 består av ein meir systematisk gjennomlesing av materialet, og ein skal identifisere meningsberande einingar. Dette er delar av tekst omkring tema som er av relevans for studien. Her skal ein kode meiningseiningane slik at informasjonen kring kvart tema vert kategorisert. I trinn 3 skal ein setje saman innhaldet av dei meningsberande einingane frå kvar av kategoriane. Ein organiserer også innhaldet i kvar kategori inn i forskjellige undergrupper, kalla subgruppe. Dette vert gjort for å nansere innhaldet i kvar kategori betre. Deretter formulerer ein kunstige sitat som dekkjer

innhaldet av meiningseiningane i kvar subgruppe. I trinn 4 ser ein dette i samanheng og set saman bitane igjen. Ein lagar beskrivingar basert på det kunstige sitatet frå trinn 3 og nyttar også sitat direkte frå transkripsjonane. Ein skal i trinn 4 attfortelja det informantane meddelte. Det er nyttig å gå attende til dei originale transkripsjonane for å sjå om beskrivingane stemmer med det informanten hadde til hensikt å medela. Ein lagar ein analytisk tekst dom vert skriven i tredjepersonsform (Malterud, 2013). Eg vil vidare synleggjera korleis eg har nytta analysemetoden systematisk tekstkondensering i praksis.

Trinn 1 : Det første eg gjorde i analysefasen var å danne meg eit heilskapleg inntrykk av materialet. Eg las gjennom eit og eit intervju, og danna meg eit inntrykk av det informantane snakka om. Etter eg hadde lese gjennom intervjuet noterte eg nokre foreløpige tema. Desse foreløpige tema diskuterte eg med rettleiar og vi var langt på veg einige om at desse tema var sentrale for å kunne gi svar på problemstillinga. Allereie etter første gjennomlesing ynskte eg å gjere justeringar i høve problemstillinga eg hadde satt meg. Tema var akutt døgnopphald i kommunehelsetenesta, og problemstillinga eg hadde tenkt å belyse var: *«Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i kommunehelsetenesta, - korleis samhandlar helsepersonell seg imellom for å sikre pasienten eit godt behandlingsforløp?»*, sjå vedlegg 1. Tema som kom til syne etter første analysefase gjorde at eg ville utarbeide ei ny problemstilling innanfor tema akutt døgnopphald i kommunehelsetenesta. Den nye problemstillinga vart: *«Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald?»*

Trinn 2: Eg las gjennom intervjuet meir grundig. Eg leita etter meiningsberande einingar i teksten. Eg brukte tema eg hadde notert meg frå trinn 1. Ved gjennomlesing av intervjuet nytta eg ulike farge i sjølve den transkriberte teksten for å kunne samle tekst som hadde noko til felles og fortalde noko om same tema. Undervegs oppdaga eg nye tema eg ikkje hadde tenkt på i første analysetrinn, og laga nye kodar og kodegrupper og gav dei nye fargar. Når eg hadde merka gjennom alle intervjuet med desse fargane merka eg dei med tal, og sette saman tekst av alle intervjuet. Dette vart gjort ut frå dei ulike meiningsberande einingane. Tekst som eg fann irrelevant vart ikkje teken med.

Trinn 3: Ut frå dei meiningsberande einingane byrja eg no å samanfatte innhaldet i teksten. Eg skreiv meir presist og kortare tekstar og kalla det for kondensat. Kondensatet er eit kunstig sitat, det kan sjåast på som eit arbeidsnotat som skal nyttast vidare i analyseprosessen sitt fjerde trinn (Malterud, 2013). Eg skreiv små avsnitt ut frå dei meiningsberande einingane. Eg nytta –eg form når eg skreiv slik at eg forsøkte å vere i informantens ståstad. I tillegg noterte eg meg einskilde sitat som informantane hadde uttrykt i form av setningar. Etter eg hadde gjennomført trinn 1, 2 og 3 i analysefasen bad eg rettleiar om tilbakemelding om eg var på rett spor då det var nytt for meg å

analysere tekst. Eg såg tydelegare den nye problemstillinga etter denne analysefasen og drøfta også denne med rettleiar på det tidspunktet.

Trinn 4: I trinn fire sette eg saman bitane att, og laga då ei attforteljing av det informantane hadde fortalt. Eg nytta kondensata frå trinn 3, og i –eg form, og gjorde dei om til tekst som eg kunne dela med andre i form av beskrivingar og nyansar. Eg laga ein analytisk tekst av kondensata frå trinn 3 og sitata eg hadde notert meg, denne teksten vart skriven i tredje persons form, og omtala som informant 1,2 og 3, informanten eller informantane. Svar frå dei ulike informantane vart kopla saman for å gi ei sams historie der det var liten grad av variasjon i svara, men også enkeltsitat som var av relevans til å belyse problemstillinga vart trekt fram. Den analytiske teksten delte eg inn i områder som kunne kaste lys over problemstillinga, og dette utgjer resultata i forskingsprosjektet mitt.

3.7 Mi forforståing

Malterud (2013) beskriv forforståing som det vi tek med oss inn i eit forskingsprosjekt. Dette vil påverka oss i måten vi samlar inn og måten vi nyttar våre data på. Forforståinga består av fagleg perspektiv, teoretisk referanseeramme og dei erfaringar vi har før prosjektet startar. Malterud seier at dette er viktig motivasjon for forskaren for å studere eit gitt tema (Malterud, 2013). Eg vil no gjere greie for mi forforståing kring tema. I 2011 fullførte eg studiet akuttsjukepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, og der stod samhandlingsreforma sentralt. Dette fanga mi interesse for feltet, og det var sentralt då eg skulle velje masterstudie og forskingsprosjekt tilhøyrande studiet. Eg har lang og brei erfaring som sjukepleiar og avdelingssjukepleiar i kommunehelsetenesta, både frå heimesjukepleien og sjukeheim. Men eg har ikkje erfaring med kommunalt akutt døgnopphald frå praksis, sjølv om temaet stadig er omtala på eigen arbeidsplass. Det kan vere både positive og negative sider med å ha med seg forforståinga inn i prosjektet. Det positive var at eg hadde kjennskap til kva informantane snakka om, og på den måten kunne stille relevante spørsmål på området. Men det som var negativt i så måte var at egne erfaringar lett kunne skine igjennom, både under intervjusituasjonen, men og i arbeidet med intervjumaterialet i ettertid. Eg kunne ubevisst komme til å tenkje på tilnærma like situasjonar og erfaringar frå eigen praksis som det informantane meddelte. Eg måtte stadig vere bevisst mi forforståing for å unngå at det skulle skje.

3.8 Refleksivitet, reliabilitet, validitet og generaliserbarheit

Malterud (2013) brukar omgrepet refleksivitet om å erkjenne sin eigen plass i forskingsprosessen. Ein er som forskar delaktig i prosessen, og der hentar ein materialet og empirien frå. Materialet vert påverka av forskaren på ulike måtar (Malterud, 2013). Inn i prosjektet har eg med meg ei forforståing som eg tidlegare har gjort greie for. I utforminga av intervjuguiden vart det lagt vekt på omgrepet

samhandling. Men etter at intervjuet var gjennomført og transkribert, dukka det i analysefasen opp uventa funn frå materialet. Informantane la i tillegg til samhandling stor vekt på engasjement, kunnskap og kompetanse. Eg ser at resultatene overskrider spørsmåla frå intervjuguiden, noko eg sjølv meiner er med på å styrke resultatet av eiga forskning. Eg ser at eg har vore open for nye fenomen utover eiga forforståing.

Reliabilitet viser til ein forskingsrapport sitt truverde (Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabilitet viser til om ein annan forskar, på eit anna tidspunkt, med same metode kan oppnå same resultat av ei undersøking (Kvale & Brinkmann, 2009). I høve kvalitativ studie som eg har gjennomført kan dette vere vanskeleg å få til. Måten eg intervjuar på og relasjonen til informantane vil sannsynleg endre seg då vi som intervjuarar kan ha ulik måte å te oss på. Sjølv om spørsmåla til informantane hadde vore like ville ein mest sannsynleg fått andre svar. Det kan også vere vanskeleg å gjenta same undersøking og oppnå same resultat fordi samfunnet stadig er i endring. Det er likevel viktig at forskaren gir lesaren innsikt i prosessen, og korleis ein er komme fram til resultatene. Dette kallar ein intersubjektivitet (Malterud, 2013). Eg har gjennom metodekapittelet gjort greie for forskingsprosessen, og på den måten vist korleis eg har komme fram til resultatene.

Validitet, intern validitet handlar om korleis ein metode eignar seg til å undersøkje det den har tenkt å undersøkje (Kvale & Brinkmann, 2009). Malterud (2013) seier at validitet må gå føre seg i alle ledd av forskingsprosessen, heilt frå ein startar planlegginga og til forskingsprosessen er over. Ho seier vidare at validering er å stille spørsmål om kva resultatene våre er gyldige om, og om innhaldet i datamaterialet kan gi svar på problemstillinga. Som forskar skal ein spørje seg om ein har komme fram til kunnskap som kan svare på problemstillinga. Ein skal vurdere om metoden ein har nytta og korleis forskinga er gjennomført er den rette vegen å gå (Malterud, 2013). Med tanke på forskingsprosjektet som er gjennomført meiner eg metoden som er nytta, og dei data som er innhenta er av relevans til å gi svar på problemstillinga. Grunngevinga er at dei informantane eg har intervjuet sit med relevant kunnskap og erfaring på området. Fagpersonane er valt frå ein og same kommune og frå same arbeidsplass. Valet er gjort på grunnlag av masteroppgåva sitt omfang, og den tida eg har til rådighet. Eg trur likevel det kunne vore nyttig å møtt eit større tal fagpersonar på området, og eventuelt samanlikna fleire kommunar dersom eg hadde hatt større rådighet over tid og omfang. Under intervjuet let eg informantane svare på spørsmåla på sin måte og let intervjuet skje på deira premissar. Eg lente meg tilbake og hadde ein lyttande haldning utan å kommentere på svarene som vart gitt. Undervegs i intervjuet kontrollerte eg innimellom om eg hadde forstått informanten rett, dette var ei validering for å sjå om eg hadde oppfatta det som vart sagt. I etterkant av at transkriberinga var gjennomført har eg fleire gonger gått gjennom lydbandopptak og datamateriale

for å vurdere om eiga tolking stemte overeins med det informanten hadde til hensikt å dele. Dette kan vere med på å styrke truverde av studien. Men der vil likevel alltid vere ei fare for at ein går glipp av meiningar og samanhengar som kan ha betyding for problemstillinga.

Malterud (2013) skriv at generaliserbarheit eller overførbarheit (ekstern validitet) er viktig. Funna må kunna nyttast i andre samanhengar enn der prosjektet vart utført. Det er eit ynskje at andre skal lære av det ein har gjort. Som forskar skal ein sjå kva dette studiet kan bidra med i elles i samfunnet. Først etter at studiet er avslutta og gjort kjent vil det vise seg om andre kan gjere seg nytte av det ein har funne. (Malterud, 2013). I prosjektet mitt besto utvalet av ulike profesjonar i kommunehelsetenesta. Ein får då fram ulike erfaringar frå personell som arbeider i kommunalt akutt døgnopphald. Erfaringane som vert belyst av informantane i studien, og dei funna studien gir meiner eg kan ha ein overføringsverdi til andre kommunar. Det som likevel kan svekke denne overføringsverdien er at kommunar er svært ulike med tanke på økonomi, organisering, storleik og geografi. Resultata vert av den grunn avhengig av samanhengen dei er teken utifrå, og vil først og fremst seie noko om akkurat denne kommunen og desse profesjonsarbeidarane sine erfaringar. Men det kan likevel slik eg vurderer det nyttast i ein større samheng.

3.9 Forskingsetikk

Innan kvalitativ forskning, i møtet mellom intervjuar og informant utgjør normer og verdier viktige element (Malterud, 2013). Som forskar skal ein vise lojalitet til den som let seg intervju (2013). Informantane fekk informasjon om at det var frivillig å delta i prosjektet, og at dei kunne trekkje seg frå prosjektet når som helst om dei likevel ikkje ynskte å vere med. Opplysningar om informantane er vorte behandla konfidensielt. Intervjua som var tatt opp på lydband vart umiddelbart kryptert, og etter transkribering vart filene sletta. Før andre har fått tilgang til data frå intervjua er personane vorte anonymisert, noko som medfører at informantane i prosjektet ikkje kan identifiserast. Informantane fekk også informasjon om korleis datamaterialet skulle nyttast. Prosjektet vart sendt Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapleg Datateneste AS (NSD) for godkjenning. Men eg fekk attende svar om at forskingsprosjektet ikkje var meldepliktig, prosjektnummer 40157.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenterer eg dei funna som er gjort som følgje av intervjua med dei tre informantane i kommunehelsetenesta. Målet med intervjua var å finne svar på kva som skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald. Eg vel å presentere resultatane ut frå sentrale tema som har komme fram i forbindelse med intervjua. Informantane har særleg vektlagt samhandling, deretter engasjement, kunnskap og kompetanse. Intervjumaterialet vert dermed presentert i denne rekkefølga: 4.1) samhandling, 4.2) engasjement, 4.3) kunnskap og kompetanse. Ein kan oppleve at temai i einskilde tilfelle glir over i kvarandre, og at ulike data eller funn kan høyre til fleire tema. Temai må av den grunn også sjåast i samheng med kvarandre. Funna vert presentert veksel-vis mellom einskildutsegn og totalinntrykket av det som kom fram av intervjua.

4.1 Samhandling

Eit av kriteriana som er trekt fram for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald er samhandling. Eg opna intervjua med å spørje informantane kva dei sjølv la i ordet samhandling. Informant 1 som er avdelingssjukepleiar seier at med omgrepet samhandling tenkjer vedkommande først og fremst på samarbeid med helseforetaket, men og lokalt samarbeid med heimetenesta, andre aktørar og sjukeheimstenesta. Informant 2 som er lege beskriv ordet samhandling med at det er forskjellige fagpersonar som arbeider i lag for å få til eit godt pasientforløp. Informant 3 som er sjukepleiar beskriv omgrepet samhandling slik: « *Samhandling for meg det er å vere gode i lag. Tenkjer eg. Eg likte det ordet med ein gong eg høyrde om samhandlingsreforma, det var noko positivt. Endeleg noko positivt i helsespekteret. Me har alltid vore mykje problemforkusert. Dette var faktisk eit veldig positivt lada ord, og eg tenkte at dette kan, dette er det mange som kan tykkje er ein god ide. Ja, så samhandling var eit sånn e- yes no blir me faktisk enno betre. Bra, tenkte eg- ja.* » Ut frå svarea informantane gav ser ein at ordet samhandling vart nytta om samarbeid mellom ulike aktørar, men også nytta om samhandling mellom ulike aktørar. Informantane nyttar omgrepet samhandling noko ulikt.

Informantane snakkar om samhandling mellom kommunalt akutt døgnopphald og profesjonelle i kommunehelsetenesta, samhandling mellom kommunalt akutt døgnopphald og spesialisthelsetenesta og samhandling innan kommunalt akutt døgnopphald. Eg vel derfor å belyse informantane sine svar ut frå desse vinklingane når eg vidare presenterer funna.

4.1.1 Samhandling mellom KAD og profesjonelle i kommunehelsetenesta

Alle informantane er positive til samhandlinga som føregår mellom KAD og andre profesjonelle i kommunehelsetenesta. I denne samheng er legane ved legekantoret og legevaktslegane sentrale samhandlingspartnarar. I tillegg er heimesjukepleia omtala som ein sentral aktør i samhandlinga kring dei pasientar som er innlagt på KAD.

Informant 3 seier at der føregår mykje direkte kontakt med legane på helsetunet. Dei har felles møtepunkt med legane, noko informanten synest er veldig positivt for samhandlinga mellom KAD og legane i kommunehelsetenesta. Informant 1 seier at når det vert lagt inn pasient på KAD kveld, natt og helg samhandlar personalet på KAD med legevaktslegen. Informanten fortel at samhandlinga føregår over telefon eller ved at legevaktslegen kjem innom avdelinga. Informant 2 seier at ein har dei møteromma ein treng for å få til samhandlinga så godt som mulig og peikar særskilt på samhandlinga med legane på legekantoret og legevakt. Det vert trekt fram at kollegaer er nyttige samhandlingspartnarar. Kollegaene på legekantoret er pasientane sine fastlegar og ein kan dermed diskutere saman med dei om tiltaka ein har sett for pasienten er gode, og ein kan på den måten få til eit godt pasientforløp. Informanten ser på seg sjølv som bindeleddet til kontakten på legekantoret. Han seier: «...for meg er det viktigast å diskutere med mine kollegaer, og diskutere, altså både på legekantoret og her, at vi snakkar saman og diskuterer forløp, og prøver å finne ut kva som kan vere optimalt for pasienten.....». Informanten ser på samhandlinga innan kommunen som ein fordel. Ein har kjennskap til personane som arbeider i kommunen, og veit akkurat kven ein skal ta kontakt med for å få til noko. Informanten gir uttrykk for at dersom ein arbeidar i eit større område, til dømes interkommunalt er det truleg vanskelegare å ha oversikt over kven ein skal samarbeide med og kontakte for å få til eit opplegg som høver for pasienten.

Heimesjukepleia er ein viktig samarbeidspartnar når pasientar kjem inn på KAD eller når pasientar skal skrivast ut frå KAD. Informant 3 trekkjer fram kor sentral samhandlinga med heimesjukepleia er då dei har ein viktig og utfordrande jobb i ein så stor kommune. Informanten meiner at hospitering mellom KAD og heimesjukepleia kunne vore nyttig. Informanten seier dette har vore mykje omtala, og argumenta for hospiteringa er å få ei forståing om korleis ein arbeider på ulike stader, og kva oppgåver som kan løysast på KAD kontra i heimen til pasienten. Informant 2 trekkjer også fram at heimesjukepleia er ein viktig samhandlingspartnar og seier at det er stor forskjell i det å arbeide i heimen til pasienten og det å arbeide på KAD. Det kan vere utfordringar i det å sende pasientar heim til eigen bustad, og kunne vidareføre oppgåver som er gjort på KAD. Det kjem fram av intervjuet at informant 1 opplever nokre utfordringar i forhold til samhandlinga med heimesjukepleia. Informanten gir uttrykk for at heimesjukepleia ofte ynskjer pasientar innlagt på KAD. Informanten meiner at årsaka er at pasientane fallerar i allmenntilstand, og at dei tilsette i heimesjukepleia då synest det er vanskeleg å ta ansvar for pasientane i heimen, særleg på grunn av tid og reiseavstandar.

Medan informanten meiner at i høve samhandlingsreforma må ein forvente dårlegare pasientar i heimane.

Informant 1 seier at når pasientar skal utskrivast til heimen frå KAD vert ergoterapeut kontakta, og ergoterapeuten kartlegg då situasjonen og følgjer opp pasienten. Informant 2 seier at ergoterapeuten vurderer om det skal gjerast noko meir i heimen, og om det eventuelt er nokon hjelpemiddel som er gode å ha i forløpet. Informant 3 seier at der det er behov for å hente inn eksterne ressursar i kommunehelsetenesta vert det gjort. Eg vel å sitere informanten kring samhandling: «...og samhandling i kommunen- den har blitt- faktisk identisk med planane våre, så eg føler at samhandling i kommunen har fungert godt....»

4.1.2 Samhandling mellom KAD og spesialisthelsetenesta.

Samhandling mellom KAD og spesialisthelsetenesta fungerer godt i følgje alle tre informantane. Informant 1 seier at før dei starta KAD hadde dei ein sær-avtale med helseføretaket om kva utstyr dei skulle ha på plass, og kva diagnosar dei skulle handtere på KAD. Informant 2 seier at samhandlinga skjer med sjukehus, spesialisthelsetenesta i forhold til mange pasientar. Dette fordi det er ynskjeleg å diskutere medisinske eller ortopediske problemstillingar. Vidare seier informanten at dei har hatt besøk frå helseføretaket. Personell frå helseføretaket var til stades i avdelinga 14 dagar for å følgje opp det arbeidet som vart utført, og for å danne seg ei oversikt over kva problemstillingar dei kunne ta hand om på KAD. Eg siterer informanten slik han beskriv besøket frå helseføretaket: «...og det var jo veldig flott at de tok seg tid til det, for det betyr at dei har eit innblikk i kva vi gjer og kva vi kan....».

Informant 1 seier at dersom ein treng hjelp er det alltid nokon å kontakte, og trekkjer då fram til dømes sjukehuset. Informanten seier: «...du kan ringje sjukehuset, medisinsk avdeling på sjukehuset er fine i forhold til om det er noko du er usikker på...». Informanten peikar på at ein kan ta imot god hjelp derifrå på ulike problemstillingar, og dei har mellom anna fått sendt personell frå helseføretaket til KAD til å hjelpe med opplæring i avdelinga på prosedyrar dei har vore usikre på. Informant 3 vektlegg at sjukepleiaren har ei nøkkeltolle på avdelinga, og dreg fram at sjukepleiaren skal koordinere tenester også inn mot spesialisthelsetenesta når det er behov for det.

Informant 3 trekkjer også fram samarbeidet med ambulansetenesta, som er tilslutta helseføretaket. KAD har samhandling med ambulansetenesta når det vert innlagt pasientar i avdelinga, eller eventuelt vert sendt vidare frå avdelinga. KAD har også felles møtepunkt med ambulansetenesta når det gjeld fagutvikling og Leut-møte. Eg spurte informanten om han kunne seie litt meir om kva Leut-møte var. Då fekk eg forståing for at Leut-møte var noko lege og ambulansetenesta brukte å ha. Dei øver på akutte situasjonar og diskuterer ulike fagspørsmål, samtidig med at dei gjennomgår trening

og praktiske øvingar. Informanten seier at desse møta er nyttige slik at ein snakkar same fagspråket når dei ringjer kvarandre og skal kommunisere over telefon. Informant 1 kallar dette for nød-samling mellom lege og ambulansetenesta, og seier at personellet ved KAD vert invitert med på desse nød-samlingane.

4.1.3 Samhandling innan KAD.

Alle informantane belyser tverrfaglege møter som finn stad på avdelinga to gongar i veka, tysdagar og fredagar. I desse møta er lege, sjukepleiar, einingsleiar, fysioterapeut og ergoterapeut frå avdelinga representert. Informant 2 seier at i desse møta vert pasientsituasjonar vurdert, og pasientens behov for vidare tenester vert diskutert. Det er slik at ikkje alle pasientar kan reise heim til eigen bustad etter opphald på KAD, kanskje tilseier helsetilstanden at dei treng eit anna tenestetilbod. Dette vert då bringa vidare til helsesjefen via einingsleiaren som deltek på dei tverrfaglege møta. Informanten seier at kommunen er flink til å prioritere pasientar for anna tilbod, som til dømes langtidsplass dersom pasienten ikkje er i stand til å reise heim. Informant 3 seier dette om dei tverrfaglege møta som finn stad i avdelinga: *«...i dei tverrfaglege møta er der rimeleg bra takhøgde for kva du skal kunne sei og meine, og få tilbakemelding på. Der er ein veldig løysningsorientert. Det er nesten sånne møter som du tenkjer, kunne me ikkje sete tjue minutt til, dette her var jo så bra, der er ikkje noko utanom-prat, men der er mest meiningar frå forskjellige sider. Og då finn du ofte veldig gode løysningar....»* Vidare seier informanten at ein lagar ein plan og har eit mål for tenesta.

Informant 2 gir eit godt eksempel på kva ein har fått til på KAD. Eksempelet omhandlar ein eldre mann som vart lagt inn på KAD. Mannen hadde fallande allmenntilstand, og ulike sjukdommar å leve med. Mannen var vorte mindre aktiv og kjentest trist. Han meistra ikkje lenger dei oppgåvene han hadde gjort tidlegare, og familien vart utrygg på å ha han heime. Då vart han innlagt på KAD for observasjon, og vurdere kva tiltak som måtte settast i verk. På KAD fekk han trening, tryggleik og omsorg. Informanten seier at via treninga vart han sterkare, og fekk attende trua på seg sjølv. Etter utskrivning frå KAD kjem han no med jamne mellomrom til korttidsopphald ved avdelinga, og då får han trening og på den måten vert den fysiske forma vedlikehalden, og gjer at mannen kan bu heime. Dette syns informanten er eit godt illustrerande eksempel på kva ein har fått til på KAD. Informanten seier også at dersom ein skal få til god samhandling er det viktig at alle involverte er motiverte for å arbeide saman. Ein må vere innstilt på å vere fleksible, og sjå den einskilde pasient og pasientens behov. Informanten gir uttrykk for at det er tilfredsstillande å samhandle med andre for å finne eit opplegg som fungerer for den einskilde pasient. Dette kan sjåast i samanheng med der Informant 1 og 3 brukar omgrepet målmøte, på desse målmøta belyser dei måla for den einskilde pasient.

Informant 2 seier at når pasientar er innlagt på KAD er det stort sett lege og sjukepleiar som samhandlar om pasientane. For utan dei tverrfaglege møta som tidlegare er gjort greie for er legen til stades på KAD inntil 3 timar dagleg. KAD er kombinert i lag med korttidsavdelinga og informant 2 seier han ser mange fordelar med det. Dette medfører at ein kan ha sjukepleiar på vakt 24 timar i døgeret, og dagleg legeoppfølging, samt at personalet er kjent på heile avdelinga.

Alle informantane vektlegg at sjukepleiarane har ei sentral rolle eller nøkkelrolle når det gjeld samhandling innan KAD. Informant 1 seier at ansvaret for samhandlinga ligg på den einskilde sjukepleiar som er på jobb til ei kvar tid. Informant 2 vurderer det som heilt essensielt at sjukepleiarane ved KAD er med i kommunikasjonssystemet, sjukepleiaren vert sett på som bindeleddet her, og utan sjukepleiaren seier informanten at det ikkje er råd å få til god samhandling. Informant 3 meiner at ein som sjukepleiar har ei nøkkelrolle i høve samhandlinga fordi ein skal koordinere alle instansar og seier det slik: «.....*me smører maskineriet på ein måte....*»

Informant 1 og 3 nemner at avdelingsmøter på KAD er eit viktig tiltak for samhandling. Avdelingsmøter vert halde 1 gong i månaden, og då er alle som arbeider i avdelinga med. Informant 1 seier at møta vert haldne på kveldstid, årsaken til det er at ein skal unngå tidspress på møta og unngå forstyrringar av andre oppgåver i avdelinga. Informant 3 seier at på møta vert det gitt felles informasjon til alle som arbeidar i avdelinga, og dersom det er noko ein ynskjer å ta opp er det anledning til å gi tilbakemelding på det.

4.2 Engasjement

Eit anna kriterium som er trekt fram for at kommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald er engasjement. Mellom anna belyser alle informantane engasjementet som kommuneoverlegen viser. Informant 1 seier at han har jobba godt, og i mange år med å få til KAD, og gjere avdelinga attraktiv. Informanten seier også at KAD er attraktivt rekrutteringsmessig. Informant 3 vektlegg at dei fekk ein god start på KAD fordi kommuneoverlegen var veldig ivrig, og la positive føringar. Vedkommande såg potensiale for KAD, og hadde samtidig respekt for samhandlingsreforma. Han vert beskriven som realistisk i høve til kva ein kan få til ved ei slik avdeling.

Informant 2 belyser akkurat det same som dei to andre informantane og seier dette om engasjementet: «...*han har vore så ivrig og sett dette som det rette heile tida for denne kommunen....fordi han har med liv og sjel overtalt politikarane...*», vidare seier informanten: «.....*men eg trur nokre kommunar slit med at motivasjonen kanskje haltar litt. Kven skal gå inn og ta den jobben? Og det skjønner eg veldig godt, for det er ein stor jobb å byggje opp noko slikt som dette*

her....vi har hatt stor glede av kommuneoverlegen vår som syns dette var heilt topp, heilt frå byrjinga. Og det er han som har vore primus motor for dette...».

Informant 3 gir uttrykk for at ein hadde nokre krefter i organisasjonen som snakka varmt til kommunen, politikarar, arbeidstakarar, pensjonistar og eldreråd. Eg siterer informanten: «...eg trur den kommuneoverlegen som er her, han har gjort ein god jobb for å spreie det gode budskapet om KAD, så me fekk ein god start.»

For utan kommunelegen sitt engasjement trekkjer også alle informantane fram anna helsepersonell sitt engasjement og ressursar til fleksibilitet. Informant 1 viser til at personalet er fleksible, og at dei er nøydd til å vere det, og at personalet tykkjer det å arbeide på KAD er spennande og moro. Informanten meiner at som ein suksess er innstillinga til den einskilde som jobbar der, det at ein som personell på KAD må vere open og fleksibel for andre sine løysingar.

Informant 3 trekkjer fram at der i kommunen også er ei veldig interessert legegruppe. Informanten seier at legane viser stor interesse for faget sitt, og at dei har same ynskje som kommuneoverlegen for at tilbodet ved KAD skal vere optimalt for pasientane. Legane er positive til KAD og ynskjer å leggje pasientar inn ved avdelinga. Informant 1 seier at tilbodet vert nytta i stor grad, og at avdelinga har mange liggedøgn. Informant 2 understrekar at mange opplever det som positivt å arbeide på ein avdeling der ein ser at pasientane blir betre, og ein ser at ein som helsepersonell kan gjere ein forskjell for at det skal skje. Eg siterer informanten når han ser at pasientar sin helsetilstand betrar seg: «...det er også det som er motivasjon for meg..»

4.3 Kunnskap og kompetanse

Eit tredje kriterium som vert trekt fram for at kommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald er kunnskap og kompetanse. Informant 3 seier at ein arbeider utifrå standarar som er sett frå helseføretaket, og at ein skal halde seg innanfor dei skisserte innleggingskriteria. Informanten meiner at dersom ein går utover dette er ein på gyngande grunn. Då er det snakk om pasientar som heller burde vore innlagt på sjukehus i staden for på KAD. Informanten uttrykkjer at det alltid vil finnast pasientar som bevegar seg i gråsona mellom KAD og spesialisthelsetenesta.

Alle informantane vektlegg at kunnskap og kompetanse er avgjerande for at ein kan ha tilbod om KAD. Informant 1 seier at pasientane får god hjelp lokalt, og at KAD-plassar er viktig for kommunen sine innbyggjarar. Vidare seier informanten at dette også er avgjerande for rekruttering av kompetanse, som til dømes sjukepleiarar i kommunehelsetenesta. Alle informantane seier at det er kun faglært personale som arbeider på KAD. Informant 2 seier at mange ynskjer å arbeide på KAD, og at det ikkje har vore problem med å rekruttere fagpersonell til avdelinga. Årsaka til dette er i følge informanten at mange har sett på KAD som ein sjanse til fleire og nye utfordringar i kvardagen. Men

belyser at problemet er gjerne at ein liten distriktskommune har avgrensa tal fagpersonar og at ein dermed har rekruttert kompetanse frå andre delar av kommunehelsetenesta. Noko som kan vere uheldig for dei andre tenesteområda. Om dette seier informant 1: «....men eg trur at leiaren for sjukeheimstenesta og soneleiarane og avdelingsleiaren har jobba ein del med å fordele ressursane på ein fornuftig måte sånn at ikkje andre plassar skulle føle seg få-fordelt...»

Samhandlingsreforma vert av informant 3 sett på som nøkkelen til kompetanse i kommunane, og informant 2 seier at ein i kommunehelsetenesta har eit stort ansvar : «....me har dei dårlegaste pasientane, lengst vekk frå spesialisthelsetenesta så det krev mykje av oss...». Informanten er tydeleg på at det ein skilde helsepersonell må ta ansvar for fagleg utvikling og oppdatering. Informanten meiner KAD har gjort at fleire sjukepleiarar ynskjer å arbeide i kommunehelsetenesta. Informanten grunn gir dette med at det er litt fleire utfordringar på ein slik avdeling enn elles i kommunehelsetenesta, og informant 2 seier det slik: «....ja, endeleg får eg vera sjukepleiar...». Informanten seier det same som informant 1 at tal fagpersonar i kommunehelsetenesta er avgrensa, men meiner at fleire ser på KAD-avdelinga med interesse. Han seier at dei på KAD har fått eit godt grunnlag med stabilt personale som arbeider der. Informanten nemner også høgskulen si interesse for avdelinga. Eg siterer informant 2 når han snakkar om interessa for KAD: «....i forhold til studentar så er det klart at høgskulen har fått auge meir opp for oss. I forhold til å ha studentar her, og ser at det er ein bra plass og ha studentar. Me får gode tilbakemeldingar der...»

Når det gjeld kompetanseheving vektlegg informant 2 at ein på KAD har tilsett fagpersonar med erfaring frå til dømes akuttmottak. Desse personane har vore drivkrafta til å få i gang opplæring til andre tilsette, og til å få i gang eit system der alle oppdaterer seg fagleg. Vidare seier informant 2 at når fleire får opplæring og kan utføre faglege oppgåver på ein trygg måte får ein ei meir fleksibel oppgåvefordeling i avdelinga. Ein vert mindre avhengig av einskildpersonar. Informanten trur dette medfører auka interesse hjå dei tilsette, og dei opplever arbeidsdagen som spennande.

Informant 3 seier at personellet ved KAD gjennomgår eit kryss-skjema ein gong per måned der dei kryssar av for arbeidsoppgåver og prosedyrar ein kan, og kva ein eventuelt ikkje meistar. Informanten seier at det alltid er fagpersonar som har meir kunnskap og kompetanse rundt ulike områder enn dei kollegar har. Ein ser det då som viktig å lære vidare kunnskap og kompetanse til resten av personalgruppa, slik at også dei kan kjenne seg trygge. Informanten vektlegg fagmøter som kan bidra til auka kompetanse kring ulike pasientdiagnosar og grupper av pasientar, og eg siterer: «....då hadde du vore litt tryggare...ja kunnskap er makt..». Informanten meiner at dersom sjukepleiarane har lite kompetanse kan dette vere ei fallgruve for å ikkje lykkast med KAD.

Informant 1 belyser ein situasjon der sjukepleiarane har tileigna seg kompetanse og korleis situasjonen endrar seg då. Han sa dette om innlegging av venekanyle: «...før me starta i 12, det dei fleste kvitte seg til var at vi skulle legge veneflonar, det var så lenge sidan me hadde gjort, det var ikkje noko me gjorde så ofte. Men no er det berre moro, sant..».

Informant 3 seier at dersom ein er usikker på til dømes prosedyrar har kommunen vore flink til å sende personell på hospitering for å lære. Informanten seier vidare at det er viktig at ein kjenner seg trygg på dei tiltaka ein utfører. Informanten meiner ein må prestere fagleg dersom ein skal lykkast med å få til eit godt tilbod, og seier at erfaring, hospitering og opplevingar gjer ein meir rusta til dette. Informanten meiner at legane får større tillit til KAD, og bruken av plassane på KAD dersom avdelinga og einskildpersonar viser at dei er fagleg oppdaterte og arbeider forsvarleg.

Standardskjema vert nytta i behandling av pasientar. Alle informantane belyser at ein har standardskjema for kartlegging av pasientar som vert innlagt på KAD. I tillegg til dette standardskjemaet trekkjer også informantane fram at det for einskilde sjukdommar er laga standardprosedyrar for behandling. Slike standardprosedyrar er noko som dei ynskjer å nytte i større grad og arbeider vidare med. Informant 1 seier at det er laga standardprosedyre for KOLS, dette kjem også fram hjå dei andre informantane. I tillegg påpeikar informant 2 og 3 at der er standardprosedyre på behandling av urinvegsinfeksjon. Alle informantane seier at alt personell på KAD og legane nyttar desse prosedyrane. Prosedyrane vert gjennomgått ved innlegging av denne typen pasientar på KAD. Informant 2 seier at ein held seg til prosedyrane om det ikkje er noko spesielt. Men informanten seier vidare at det på eldre pasientar, med mange sjukdommar må ein gjerne ta fleire omsyn, og då er det godt å ha ein standardplan å gå ut ifrå. Informanten seier då at det vert lettare å få til ein god plan. Informant 3 seier at desse standardprosedyrane ikkje kan nyttast slavisk, då alle pasientar har ulikt behov for kartlegging og oppfølging.

Informant 2 seier at ein i kommunehelsetenesta ikkje har så stort støtteapparat rundt seg med spesialavdelingar og spesialistar som kan hjelpe om noko er vanskeleg. Informanten ser andre utfordringar i kommunehelsetenesta og på KAD enn på eit sjukehus. Likevel seier informanten at han ikkje har opplevd å skulle handtere situasjonar han ikkje har kjennskap til frå før. Vedkommande seier dette om utfordringane i kommunehelsetenestat: «.....eg opplever helst at utfordringane ligg i de å vere eit nytt tiltak i eit lite samfunn der folk er van med noko anna..» Informanten belyser at utfordringane ligg i det å gi innbyggjarane trua på at dette er eit godt tilbod. Informanten seier vidare at kommunikasjon og informasjon har vore avgjerande for å trygge pasientar og pårørande på at ein kan gi eit godt tenestetilbod på KAD.

5.0 Drøfting

Problemstillinga er: Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald? I dette kapitlet vil eg drøfte problemstillinga ved å belyse funn frå kapittel 4 opp mot teoretiske perspektiv og tidlegare forskning på området. Teoretiske perspektiv og tidlegare forskning er gjort greie for i kapittel 1 og 2. Kapitlet vert delt inn i tre tema for å kunne belyse problemstillinga. Tema er: 1) Samhandling. 2) Engasjement. 3) Kunnskap og kompetanse. Ein kan av og til oppleve at temai flyt over i kvarandre, og ikkje alltid let seg skilje.

5.1 Samhandling.

I stortingsmelding 47 (2009), samhandlingsreforma står det: «*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgåvene på en koordinert og rasjonell måte*» (s.13). Eg vel å sitere ein av informantane kring temaet samhandling mellom KAD og andre profesjonelle aktørar i kommunehelsetenesta: «*....og samhandling i kommunen- den har blitt- faktisk identisk med planane våre, så eg føler at samhandling i kommunen har fungert godt....*» Funna viser at alle informantane er positive til samhandlinga som føregår mellom KAD og andre profesjonelle i kommunehelsetenesta. Samhandlinga vert sett på som ein føresetnad for å lykkast med kommunalt akutt døgnopphald.

Legane ved legekantoret og legevakslegane, samt heimesjukepleia er særleg omtala i denne samanhengen. Mellom aktørane føregår ei tverrprofesjonell samhandling for å få til eit godt pasientforløp for pasientane som er innlagt på KAD. Dette kan sjåast i samheng med det Circourel (1990) referert i Nilsen (2013) seier om samarbeid. Teorien seier at ikkje nokon individ har nok informasjon til å løyse eit problem åleine i komplekse situasjonar. Og at ein derfor må samarbeide for å gjennomføre arbeidet best mulig (Nilsen, 2013). Ut frå funna ser ein at ein av informantane særleg belyser kollegaer ved legekantoret som nyttige samhandlingspartnarar, i tillegg til kollegaer på KAD. Eg refererer informanten: «*....for meg er det viktigast å diskutere med mine kollegaer, og diskutere, altså både på legekantoret og her, at vi snakkar saman og diskuterer forløp, og prøver å finne ut kva som kan vere optimalt for pasienten.....*». Ut frå sitatet ser ein at informanten særleg legg vekt på den tverrprofesjonelle samhandlinga som føregår. Dette kan sjåast i samheng med det Nilsen (2013) trekkjer fram. Dei meiner at dei involverte kjem fram til eit resultat i lag som ingen kunne utført åleine (Nilsen, 2013). Funn viser at ein ser dei tverrfaglege møta, og den tverrfaglege samhandlinga som føregår kring KAD som nyttig. Her er ulike profesjonar representerte. Det vert diskutert pasientsituasjonar, og pasienten sitt vidare for-løp. Det vert vektlagt at ein i desse møta finn gode løysingar til pasienten sitt beste. Samhandling med andre vert sett på som tilfredsstillande for å finne eit opplegg som fungerer for den einskilde pasient. Irgens (2000) meiner at dersom ein får delta i planlegging, avgjerder og iverksetjing av det som skjer kan ein kjenne seg tilfreds med arbeidet.

I tillegg viser funn frå eigen studie at dei tilsette ved KAD har mykje direkte kontakt med legane på helsetunet, og at dei har felles møtepunkt med legane. Når pasientar vert innlagt på KAD er det enten via direkte telefonkontakt eller ved at legevakslegen kjem innom avdelinga. Willumsen (2009) nyttar ordet tverrprofesjonell samhandling. Denne samhandlinga viser til at deltakarar i fellesskap skapar ny viten. Dette skjer i fellesskap gjennom diskusjonar og refleksjonar kring dei ulike sidene av pasienten sitt behov. På den måten kjem ein fram til kva tiltak og tenester som kan setjast i verk for å imøtekomme behova (Willumsen, 2009). Ut frå Willumsen teoretiske perspektiv kring tverrprofesjonell samhandling ser ein nytten av direkte kontakt og fellesskap blant dei involverte i denne studien. Dersom ein i fellesskap kjem fram til fornuftige løysingar, og til pasienten sitt beste kan dette sjåast som ein faktor for å lykkast med kommunalt akutt døgnoophald.

Funn frå eigen studie viser at også heimesjukepleia er sentral samhandlingspartner for KAD når pasientar vert innlagt ved avdelinga og ved utskriving til eigen heim. Hospitering mellom KAD og heimesjukepleia vert sett på som nyttig for å få ei forståing av arbeidskvardagen til kvarandre. Det vert lagt vekt på at det er stor forskjell på det å arbeide i heimen til pasienten og det å arbeide på KAD. Utfordringa kan liggje i å sende pasientar ut frå KAD, og det å kunne vidareføre oppgåver som har vorte gjort på KAD. I samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak bør det leggjast vekt på at ein i den kommunale helsetenesta også har kompetanse på sjukeheimar og i heimesjukepleia (Helsedirektoratet, 2014). Funn frå eigen studie viser at i dei tverrfaglege møta og den tverrprofesjonelle samhandlinga som finn stad ved KAD vert pasienten sin situasjon vurdert og pasienten sitt vidare forløp skissert. Helsetilstanden til pasienten kan tilseie at pasienten treng eit anna tenestetilbod enn tidlegare. Heimesjukepleien og sjukeheim må gjerne ta seg av pasientar etter utskriving frå KAD. Det er vesentleg at pasientar som er klar for utskriving frå KAD vert overført til andre avdelingar, slik at plassane ved KAD igjen kan nyttast til akutte innleggingar (Helsedirektoratet, 2014). Funn frå eigen studie tyder på at distriktskommunar gjerne har avgrensa tal fagpersonar og dermed kan KAD rekruttere personell frå andre delar av kommunehelsetenesta. Noko som kan vera uheldig. Funna tyder likevel på at leiinga har vore flinke til å fordele ressursane i kommunen slik at ikkje nokon tenesteområde skulle ha for lite kompetanse.

Norheim og Thoresen (2014) har gjort ein studie på sjukepleiekompetansen i heimesjukepleia der dei såg på pasientar som vart utskrivne frå sjukehus. Denne forskinga viser at utskrivingsklare pasientar vert opplevd som sjukare og meir tidkrevjande enn tidlegare. Men at det likevel ikkje medførte oppgåver heimesjukepleien ikkje hadde kompetanse til å løyse. Det vart også opplevd ei forventning om at heimesjukepleia hadde både kompetanse og kapasitet til å skulle ta vare på pasientar med medisinske utfordrande tilstandar (Norheim & Thoresen, 2014). Sjølv om denne studien såg på utskriving frå spesialisthelsetenesta kan den likevel slik eg ser det relaterast til utskriving frå kommunalt akutt døgnoophald i min studie. Funn frå eigen studie viser at heimesjukepleia ofte

ynskjer pasientar innlagt på KAD. Informanten grunngir dette med at pasienten ofte fallerar i allmenntilstand, og at heimesjukepleia synest det er vanskeleg å ta ansvar for pasienten i heimen, særleg på grunn av tid og reiseavstandar.

For å kunne lykkast med kommunalt akutt døgnopphald i ein distriktskommune er samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunen trekt fram som avgjerande faktor. Funn frå eigen studie viser at informantane meiner denne samhandlinga fungerer godt. Mellom anna beskriv ein av informantane at dei hadde hatt besøk frå helseføretaket. Eg siterer informanten: : «...og det var jo veldig flott at de tok seg tid til det, for det betyr at dei har eit innblikk i kva vi gjer og kva vi kan....». Undersøking gjort av Frantzen, Arianson, Stensland og Iden (2014) såg på erfaringar og utvikling innan området kommunalt akutt døgnopphald. Dei fann at tilsette frå helseføretaket i nokre høve hadde hospitert i kommunane, og at intensjonar om erfaringsutveksling er nedfelt i samarbeidsavtalar (Frantzen et al., 2014). TNS-gallup legg også fram i sin rapport at der er samarbeid om opplæring av personell i kommunen, og ordningar for hospitering (TNS-gallup, 2012). Funn frå eigen studie fortel at kommunen hadde ein sær-avtale med helseføretaket før dei starta KAD. Dette er i tråd med nasjonale føringar på området. Avtalar kring samarbeid skal fremja samhandlinga mellom kommunar og helseføretak, og omhandle kva oppgåver og ansvar dei ulike partane skal ha (Helsedirektoratet, 2014). Funn viser at KAD nyttar spesialisthelsetenesta til å diskutere faglege problemstillingar, og at personell frå spesialisthelsetenesta har vore på KAD for å gi opplæring til personalet der.

Ambulansetenesta er også tatt med som ein viktig samhandlingspartner for å lykkast med KAD i kommunen. Ambulansetenesta er knytt til helseføretaket. Samhandlinga skjer først og fremst ved transport av pasientar som skal leggjast inn eller skrivast ut frå KAD, men dei har også faglege møter saman. Desse møta vert sett på som positive og nyttige for samhandlinga dei imellom. Her øver dei mellom anna på akutte situasjonar og drøftar faglege spørsmål. Dette er i tråd med det som er skissert til å kunne inngå i ein samarbeidsavtale mellom kommunar og helseføretak (Helsedirektoratet, 2014). Der går det fram at KAD-tilbodet må vere kjent for ambulansetenesta, og at det kan vere fornuftig å opprette eigne samarbeidsarena mellom kommunal helseteneste og ambulansetenesta (Helsedirektoratet, 2014).

Ut frå funna ser ein at det er positivt å ha tilbod om KAD i eigen kommune framfor interkommunalt. Dette vert grunnlagt med nærleik til samhandlingspartnerar og at ein betre kan lage eit opplegg som høver pasienten. Lai (2013) nemner at haldning er viktig. Det kan vere ynskje om å hjelpe kollega og lojalitet til arbeidsplassen (Lai, 2013). Funn viser at ein alltid har nokon å kontakte dersom ein er usikker på noko. Ein kan ta kontakt med kollega for å løyse ulike problemstillingar, og få god hjelp derifrå.

Tingvoll, Kassah og Kassah (2014) skriv at regjeringa meiner kommunar skal samarbeide der dette er nødvendig, dette for at ressursar og kompetanse skal ha størst mulig nytteverdi (Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014). Frantzen, Arianson, Stensland og Iden (2014) gjorde i si undersøking av kommunar i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane funn som tyder på at dei fleste kommunane snakka med nabokommunar om samarbeid før dei bestemte kvar KAD skulle lokaliserast. Ein ser at geografiske omsyn er avgjerande. Kommunar som har starta opp KAD åleine legg vekt på kortare transport for pasientane, betre kjennskap til pasientane, og det å behalde kompetanse og arbeidsplassar i lokalmiljøet (Frantzen et. al, 2014). Også rapporten frå TNS-gallup (2012) og Grimsmo (2014) viser at kommunar som har lang reiseveg til sjukehus vektlegg å ha sitt eige tilbod i kommunen. Rapportane viser at kommunar har valt å trekkje seg ut av interkommunalt samarbeid på grunn av lang reiseveg for pasientane, og at ein heller ynskjer å legge KAD-tilbodet i nærleiken av legevakt i eigen kommune (Grimsmo 2014/ TNS-gallup, 2012). Lappegard og Hjortdahl (2014) legg også vekt på dette via si forskning. Dei har forska på korleis pasientar opplever kvaliteten ved innlegging på sjukestove framfor sjukehus. Dei seier at nærheit og kjennskap til plassen er ein fordel for pasienten og det helsetenestetilbodet vedkommande opplever. Pasientane la vekt på rolegare atmosfære enn ved sjukehuset. Pasientane opplevde kontinuitet i behandlinga og at dei tilsette viste engasjement til å gi pasientane gode tenester (Lappegard & Hjortdahl, 2014). Deloitte (2014) viser til at i kommunar som ligg langt frå sjukehus har informantane inntrykk av at lege og befolkninga set pris på å ha tilbodet lokalt, då unngår ein lang transporttid, og pasientane får vere nær heimen (Deloitte, 2014).

Samhandlinga som føregår på KAD er også trekt fram dersom ein skal lykkast med tilbodet i kommunen. Funn frå eigen studie viser at ein ved KAD lagar ein plan og har eit mål for tenesta pasientane mottar. Planen og måla vert diskutert i dei tverrfaglege møta som finn stad på avdelinga. Informantane belyser at ein i desse møta gjerne kjem fram til veldig gode løysningar for pasientane, og dermed gode pasientforløp. Paulsen og Grimsmo (2008) seier at pasientforløp beskriv reisen gjennom eit komplekst system av tenester. Dei som utøver tenestene til pasienten skiftar, medan pasienten er den stabile som følgjer heile forløpet (Paulsen & Grimsmo, 2008). I eigen studie vart det vist til eit konkret eksempel på eit godt forløp for ein eldre pasient innlagt på KAD, sjå 4.1.3. Funn tyder på at pasienten vart lagt inn på KAD på grunn av fallande allmenntilstand. I den tverrprofesjonelle samhandlinga på KAD vurderte dei tilsette der pasientsituasjonen, og gav pasienten trening, tryggleik og omsorg. Dette medførte at pasienten kunne bu heime etter opphaldet ved KAD. Dette kan sjåast i samheng med det NTNU, Trondheim kommune og Norsk helsenett (2012) seier om kommunehelsetenesta sin måte å sjå pasientforløp på. Kommunehelsetenesta vektlegg pasientane sine samla medisinske behov og den funksjonen pasienten har for å kunne ivareta seg sjølv på beste måte (NTNU, Trondheim kommune & Norsk helsenett, 2012). Funn frå eigen studie viser at dersom ein skal få til samhandling slik som eksempelet i 4.1.3 viser er det viktig at alle involverte er motiverte for å arbeide saman. Willumsen (2009) seier at det er viktig at det

tverrprofesjonelle samarbeidet har respekt for den einsskilte yrkesgruppa sitt bidrag inn i fellesskapen.

Funn frå eigen studie tyder også på at pasienten i dette konkrete eksempelet, 4.1.3 kjem til regelmessige korttidsopphald ved avdelinga. Funn viser at KAD er kombinert i lag med kortidssavdelinga i kommunehelsetenesta. Huseby (2013) viser til at kommunar står fritt til å velje kvar KAD-tilbod skal etablerast. Funn frå eigen studie belyser at det er fordelar med å knytte KAD opptil kortidssavdelinga i kommunen. Dette medfører i følge informantane at ein ressursmessig kan forsvare å ha sjukepleiarkompetanse på plass gjennom døgnet, samt dagleg legeoppfølging og at personellet er kjent med heile avdelinga. Dette er i tråd med studie gjort av Frantzen, Arianson, Stensland og Iden (2014), Deloitte (2014) og TNS-gallup (2012), dei viser også til at dei fleste KAD avdelingar er lokalisert ved kortidssavdelingar, intermædieravdelingar eller andre avdelingar som er spesialiserte ved sjukeheimar. Fordelen med dette er at ein ved KAD kan gjere seg nytte av eksisterande kompetanse ved avdelinga (Frantzen et. al., 2014).

5.2 Engasjement

Jacobsen og Thorsvik (2002) meiner at medverknad er vesentleg dersom ein ynskjer å skape engasjement og yting blant dei tilsette (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Funna som er presentert i studien kan tyde på at dei tilsette opplever å vere medverkande i prosessane som har føregått og føregår i oppbygginga og drifta ved KAD. I oppbygginga av KAD-tilbodet tyder det på at kommunelegen har vore sterkt medverkande i prosessen som har føregått. Funna fortel at kommunelegen viser stort engasjement i høve tilbod om KAD i kommunen. Og at vedkommande har nytta sitt engasjement til å leggje positive føringar for KAD, og dermed snakka varmt om tilbodet. Dette kan tyde på at personen har nytta sine personlege eigenskapar på ein fornuftig måte, som funna fortel til å overtyde politikarar og andre av kommunen sine innbyggjarar. Han har gitt dei trua på at dette er eit godt tilbod innan den kommunale helsetenesta. Dermed kan det sjå ut som ein har nådd målsetjinga med informasjon ut til innbyggjarane på ein fornuftig måte. Funna kan sjåast i samanheng med Lai (2013) sitt teoretiske perspektiv på området kring kompetanse. Lai seier at personlege eigenskapar og ferdigheitlar kan nyttast til å nå bestemte mål, og at desse ferdigheitene mellom anna kan vere med på å motivere og overtyde andre (Lai, 2013).

Funn fortel at kommunelegen har sett KAD som det rette for denne kommunen over tid. Samtidig vert det fortalt at det kan vere utfordrande å vere eit nytt tiltak i eit lite samfunn der innbyggjarane er van med noko anna, og samtidig kunne gi dei trua på at dette er eit godt tilbod. Det kjem fram at kommunikasjon og informasjon har vore avgjerande for å trygge innbyggjarane på at dei ved KAD kan gi eit godt tilbod. Ein har gått aktivt inn for å motivere og overtyde andre om at dette er eit godt

tilbod. Ut frå tidlegare forskning, utført av TNS-gallup (2012) ser ein at også dei vektlegg at ein aktiv kommunelege kan vere nøkkelperson for å få til tilbod om KAD i kommunen (TNS-gallup, 2012). Funn frå eigen studie viser at andre tilsette ser på kommunelegen sitt engasjement som særst positivt for å lykkast med KAD, og at ein trur gjerne andre kommunar slit med å lykkast med eit slikt tilbod fordi motivasjonen blant tilsette ikkje fungerer så godt som i denne kommunen. Det vert grunnlagt med at det er eit stort arbeid som ligg i oppbygginga av tilbodet, og at ein særskilt må vise motivasjon for det. Personlege eigenskapar har truleg innverknad for å få til dette.

Funn frå eigen studie viser at KAD-tilbodet i kommunen vert nytta i stor grad, og at avdelinga har mange liggedøgn. Dette er ikkje i tråd med funn gjort av Frantzen, Arianson, Stensland og Iden (2014) som viser til at Kommunalt akutt døgnopphald-plassane er lite brukt. Deloitte (2014) viser i sin studie til at jo større kjennskap ein får til tilbodet, dess meir vert det brukt. Lappegard og Hjortdahl (2013) viser til at tilbudet om innlegging i sjukestove framfor sjukehus vert nytta i varierende grad, mellom anna er den kjennskapen legane har til lokalsamfunnet trekt fram som avgjerande faktor for bruken av innlegging i sjukestove. Ut frå funn av eigen studie ser ein at legane er positive til KAD og ynskjer å leggje pasientar inn ved avdelinga. Det kan tyde på at denne kommunen har vore flink til å gjere tilbodet godt kjent, og at det dermed vert nytta i større grad.

Ut frå funna tyder det også på at kommunen har andre engasjerte fagpersonar knytt til KAD og helsetenesta elles i kommunen. Legegruppa er særleg nemnt i denne samanheng, samt personell som arbeider i KAD-avdelinga. Jacobsen og Thorsvik (2002) meiner ein må trekkje dei tilsette med i avgjerder som vert tekne, dei tilsette sit ofte med synspunkt og meiningar som er vesentlege når ein skal ta viktige avgjerder. Det kan ut frå funna tyde på at legane i kommunen og helsepersonell i KAD-avdelinga i stor grad får ta del i viktige avgjerder. I tverrprofesjonell samhandling som føregår i avdelinga, viser til drøftingskapittelet 5.1, har ein på avdelinga møter der ein diskuterer pasientsituasjonar og vidare forløp for pasientane etter at dei har vore innlagt ved KAD. Ut frå funn av eigen studie ser ein at avgjerder som vert tekne i desse tverrfaglege møta vert bringa vidare til helsesjefen via einingsleiaren der det er nødvendig. Dette ser eg som eit tydeleg eksempel på det Jacobsen og Thorsvik (2002) meiner med at tilsette får vere deltakande i avgjerder som vert tekne. Det er dei tilsette som sit med rette kompetanse, og dermed synspunkt og meiningar på området, som vist til i dette eksempelet- å vurdere pasienten sin situasjon og vidare forløp. Dersom ein får delta i planlegging, avgjerder og iverksetjing av det som skjer kan ein kjenne seg tilfreds med arbeidet, og ein får ei eigarkjensle til prosessen og dei resultat ein oppnår (Irgens, 2000).

Funn tyder på at sjukepleiarane vert vurdert til å ha ei nøkkelrolle i avdelinga, og at dei tilsette kjenner seg tilfreds med arbeidet rundt og i KAD-avdelinga. Dei tilsette opplever arbeidsdagen som spennande. Dette kan tyde på at dei tilsette får delta i prosessane på den måten dei sjølv ynskjer.

Irgens (2000) seier derimot at dersom dei tilsette må delta meir enn dei ynskjer kan dette medføre stress blant dei tilsette, og om dei ynskjer større deltaking kan det føre til frustrasjon og at dei tilsette vert oppgitt. Ut frå funna som viser til engasjerte medarbeidar i form av engasjerte legar og anna personell ved KAD kan det tyde på at dei tilsette får engasjere seg på den måten dei sjølv forventar. Funn viser til stabil arbeidskraft noko som også kan indikere at medarbeidarane får høve til å delta slik dei sjølv vil.

5.3 Kunnskap og kompetanse

Bukve og Kvåle (2014) seier at pasientar og pårørande er opptekne av om helsetenesta klarar å imøtekomme dei behova og forventningane ein har. Samhandlingsreforma står svært sentralt med tanke på pasientbehandling, og det å gi pasientar rett behandling på rett plass, til rett tid (St.mld. 47, 2008/2009 (2009)). Ut frå funn frå eigen studie kan det tyde på at det tilbodet pasientane mottar på KAD er eit eigna og godt tilbod for pasientane. Det tyder på at dei tilsette ved KAD klarar å imøtekomma behova pasientar og pårørande har til helsetenesta. Funna tyder ikkje på at det har oppstått uheldige situasjonar for pasientar innlagt ved KAD, men at der alltid vil vere pasientar som bevegar seg i gråsona mellom KAD og spesialisthelsetenesta. Ein må til ei kvar tid vurdere om innlegging ved KAD er det mest eigna tilbodet for pasienten. Ein vurderer til ei kvar tid om pasienten får rett behandling, på rett plass, til rett tid. Dersom ein ved KAD tek hand om pasientar som heller skulle vore innlagt i spesialisthelsetenesta tyder det på at ein kan komme utover det ein har mulighet til å behandle på KAD, og ein går utover kompetansenivået ved avdelinga. Samhandlingsreforma legg vekt på at spesialisthelsetenesta fortsatt skal vere hjørnesteinen i helsetenesta (St.mld. 47, 2008/2009 (2009)). Pasientar som vert sett på som for sjuke til å behandlast i kommunen og på KAD skal dermed innleggast i spesialisthelsetenesta, og få behandling der. Tilbodet i kommunehelsetenesta sine KAD avdelingar skal nyttast dersom tilbodet kan sjåast på som like godt eller betre enn eit alternativt tilbod i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet, 2014).

Funn frå eigen studie viser at det er inngått særavtalar med helseføretaket på kva diagnosar ein skal handtere ved KAD. Dette er i tråd med helsedirektoratet (2014) sitt veiledningsmaterieill der det står at partane må einast om kva pasientgrupper KAD skal kunne ta hand om. Funn kan tyde på at ein ved KAD i denne kommunen har skisserte innleggingskriterie, og avgjort kva diagnosar ein skal ta imot. Funn tyder også på at det har vore personell frå helseføretaket på KAD for å følgje opp arbeidet som vert utført, og for å kartleggje kva problemstillingar ein kunne ta hand om der. Forsking gjort av Grimsmo (2014) viser at det er store variasjonar her, kring innleggelseskriterium ved ein slik avdeling. Einskilde KAD-tilbod tek imot pasientar med avklarte diagnosar, medan andre tilbod tek imot pasientar der diagnosane ikkje er avklart ved innleggingstidspunktet (Grimsmo, 2014).

For å få til gode tilbud i helsetenesta generelt, og på KAD spesielt er ein avhengig av at personalet som arbeider der innehar kunnskap og kompetanse innanfor sitt faglege område. Sjølv om det her skal drøftast i høve kunnskap og kompetanse kjem ein ikkje utanom samhandling mellom ulike aktørar. Bukve og Kvåle (2014) seier at samhandlinga vert avgjerande for tilbodet som vert gitt. Dei involverte må ha tillit til kvarandre og felles forståing, samt dele erfaring, kunnskap og anna viktig informasjon (Bukve & Kvåle, 2014). Funn tyder på at dei ved KAD-avdelinga samhandlar for å dele erfaringar og vidareformidla og utvikle kunnskap i fellesskap. Funn fortel at dei ved KAD-avdelinga har rekruttert og tilsett personell med erfaring frå akuttmottak. I likheit med funn frå eigen studie viser også undersøking gjort av Frantzen, Arianson, Stensland og Iden (2014) at fleire KAD-einingar har tilsett personar med lang erfaring frå akuttmedisinske avdelingar på sjukehuset. I eigen studie vert desse personane sett på som drivkrafta i avdelinga, og delar av sin erfaring til andre. Dei er mellom anna deltakande i å gi anna personell i avdelinga nødvendig opplæring.

I tillegg tyder funn på at der blir arrangert fagmøter der personalet har mulighet for å auke sin kompetanse på ulike områder, og dermed dele av sin erfaring. Dette kan sjåast i samanheng med Lai (2013) sitt syn på kompetanseheving. Lai meiner det er ein auka trend til at mange ser verdien av intern kompetanseutvikling der ein nyttar egne ressursar i opplæring av medarbeidarane. Men Lai ser også ein tendens til at ein særleg fokuserer på kompetanseutvikling, og dermed fokuserer for lite på å nytte den kompetansen dei tilsette allereie har. Dette medfører gjerne at dei tilsette ikkje får nytte kompetansen sin tilstrekkeleg. Noko som kan resultere i redusert motivasjon i det å utføre arbeidet. Det kan vise seg i svakare innsats blant dei tilsette, dei kan ynskje å slutte, og det kan medføre at arbeidsplassen mistar dyktige tilsette (Lai, 2013).

Funn frå eigen studie tyder på, som vist under 5.2 at KAD har stabil arbeidskraft, og at det dermed kan virke som dei gjer det rette for å rekruttere og halde på dyktige medarbeidarar. Ein nyttar kompetansen ein har til å vidareformidle kunnskap, og lære opp kollegar. Mange sjukepleiarar ynskjer å arbeide på KAD, og der har ikkje vore rekrutteringsproblem til avdelinga. Dette stettar også undersøkingar gjort av Frantzen, Arianson, Stensland og Iden (2014) samt rapporten frå TNS-gallup (2012). Dei slår fast at alle kommunar har hatt god rekruttering til sjukepleiarstillingar ved kommunalt akutt døgnopphald (Frantzen et.al, 2014 / TNS-gallup, 2012). Det vert lagt vekt på at stillingane knytt til KAD er dei mest spennande innan kommunehelsetenesta (TNS-gallup, 2012). Deloitte (2014) viser til at helsepersonell ser på denne type avdeling som ein attraktiv plass å arbeide. Funn frå eiga forskning viser også at sjukepleiarane tykkjer det er utfordrande og spennande å arbeide på KAD.

Lai (2013) definerer kompetanse som: : : «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (s. 46).

Funn tyder på at tilsette med erfaring frå akuttmottak i tillegg til å gi opplæring til kollegar har fått til eit system der alle oppdaterer seg sjølv fagleg. Personalet som arbeider ved KAD evaluerer eigen kompetanse ved å gjennomgå eit kryss-skjema der ein vurderer seg sjølv fagleg. Dette kan sjåast i samanheng med det Lai (2013) kallar analyse av krav som vert stilt, behov ein treng, mål ein har satt og dermed finn ein kva kompetanse som kan vere nyttig. Ved at den einskilde vurderer seg sjølv på kva ein meistar og eventuelt ikkje meistar, ser ein lettare kva den tilsette treng opplæring på. På denne måten ser ein lettare kva kompetanse ein manglar eller må utvikle. Funn viser at ved å tileigne seg kunnskap og kompetanse på ulike områder kjenner ein seg tryggare i situasjonane. Det er mellom anna i kapittel 4.3 vist til eit konkret eksempel med innlegging av veneflon. Dette var ikkje noko ein kunne så godt, og ein såg behov for å få kompetanse på området. Når kompetansen var nådd vart dette sett på som moro. Funna viser til at personalet no kjente seg tryggare, og at dette vart noko ein kunne meistre.

Vi ser at Skår (2013) refererer til Eurat (1994) når det gjeld profesjonell kompetanse og seier: «Profesjonell kompetanse dreier seg om å gjenta det som kan gjentas, og forandre det som kan forandrest» (s. 80). Funn frå eigen studie tyder på at personellet ved KAD nyttar seg av denne typen kompetanse. Personellet møter stadig nye pasientsituasjonar, men har gjerne vore borti liknande situasjonar tidlegare som dei har erfaring frå. Det som har fungert i tidlegare situasjonar tek ein med seg vidare, og dersom det er noko som ikkje har fungert optimalt vel ein å forandre det. Funn viser at ein ved KAD ikkje har gått over kompetansenivået på avdelinga, og grunnir dette med erfaring frå tidlegare liknande situasjonar. Ut frå funna ser ein også at ein ved KAD-avdelinga gjer seg nytte av standard skjema i pasientbehandlinga. Desse skjema vert sett på som eit nyttig verktøy i behandlinga av ulike diagnosar. Standard skjema må likevel justerast og tilpassast til den einskilde pasient og hans behov for behandling. Pasientar har gjerne fleire ulike sjukdommar og då vert det gjerne fleire omsyn å ta. Ein ser ut frå standard skjema at ein gjentek det som ein kan, og forandrar det ein må for at det skal verte individuelt tilpassa den einskilde.

Aadland (2008) seier at ein kombinasjon av faktakunnskap, innleving og godt handelag medfører størst tillit hjå pasienten når ein behandlar sjukdom (Aadland, 2008). Ut frå dette ser ein at ein i pasientbehandlinga må gjere seg nytte av ulike typar av kunnskap. Slik at pasientar skal kjenne seg trygg og tilfreds med behandlinga. Grimen (2008) kallar det for praktiske syntesar når ein nyttar ulike kunnskapsformer i pasientbehandlinga. På KAD behandlar ein som vi ser ulike pasientar og ulike diagnosar og må dermed nytte ulike kunnskapstypar for å få behandlinga individulet tilpassa. Ein må kommunisere med pasientane og ut frå det sette i verk tiltak som høver til diagnose eller pasienten sitt problem. Dersom ein derimot ikkje klarar å imøtekomme pasienten sitt behov kan det tyde på at ein manglar kunnskap og kompetanse på området, og pasienten mottar ikkje den behandlinga som

er nødvendig. Funna tyder på at dersom ein har lite kompetanse på KAD-avdelinga kan dette vere ei fallgruve og at ein dermed ikkje lykkast med å gi eit godt tilbod.

6.0 Konklusjon og forslag til vidare forskning

Problemstillinga for masteroppgåva var: «Kva skal til for at distriktskommunar skal lykkast med kommunalt akutt døgnopphald?». Interesse og utgangspunktet var som beskrive i kapittel 1 at eg ynskte å sjå nærare på ein distriktskommune sin føresetnad for å lykkast på området. Eg arbeider sjølv i kommunehelsetenesta, og innan året er omme skal eigen kommune ha etablert tilbod om kommunalt akutt døgnopphald. I den distriktskommunen der eg sjølv arbeider er nabokommunane langt unna. Ut frå funna av studien tyder det klart at kommunen eg har undersøkt vektlegg fordelar med å ha tilbodet i eigen kommune, i staden for å inngå i eit interkommunalt tilbod. Sentrale områder for å lykkast med etablering og drift av tilbodet i distriktskommunalar ser ut til å vere samhandling, både samhandling innan kommunen og samhandlinga som føregår med spesialisthelsetenesta. Forutan samhandlinga vert det også trekt fram kor viktig det er med engasjerte tilsette i kommunehelsetenesta. I tillegg må dei tilsette i kommunehelsetenesta inneha kunnskap og kompetanse til å kunne utføre dei oppgåvene som vert forventa. Samhandling, engasjement, kunnskap og kompetanse var det som særskilt vart trekt fram av informantane i studien. Dette utelukkar likevel ikkje at det kan finnast andre viktige områder for å lykkast med kommunalt akutt døgnopphald i distriktskommunar.

Studien har berre belyst funn ut frå helsepersonell sine erfaringar og synspunkt for å lykkast med kommunalt akutt døgnopphald i ein distriktskommune. Studien har på ingen måte sett på pasientar eller pårørande sine erfaringar på området, og den kvaliteten dei opplever frå tenestetilbodet som vert gitt. Det kunne vore av interesse for vidare forskning å sett på korleis pasientar og pårørande opplever tilbodet dei får ved KAD, gjerne i samanlikning av helsepersonell sine erfaringar på området.

Litteraturliste:

Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...» (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bukve, O. Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (1 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Carlsen, K.C.L, Staff, A. (2012). *Forskningshåndboken* (5 utg.). Oslo: Oslo Universitetssykehus.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Deloitte (2014). *Undersøkelse om bruken av øyeblikkeleg hjelp døgnoophold i kommunene.*

Henta frå:

<http://www.ks.no/PageFiles/66811/Bruken%20av%20kommunalt%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gntilbud,%20Deloitte%202014.pdf?epslanguage=no>

Frantzen,C.B,Aranson,H.,Stensland,P.,Iden,P. (2014). *Kommunalt akutt døgntilbod i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane – Ei kvalitativ undersøkjing av dei nystarta einingane i landsdelen.* Henta frå:

<http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHO/Helse%20og%20omsorg/Rapportar/Rapport%20kommunalt%20akutt%20d%C3%B8gntilbod%20-%20korrigerert.pdf?epslanguage=nn>

Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I: Molander, A., Terum, L.I. (Red.) (2008). *Profesjonsstudier* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimsmo, A. (2014). *Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgntilbud.*

Henta frå:

http://www.hnt.no/NordTrondelag/Samhandling/KAD/Kommunal%20%C3%B8hj%20d%C3%B8gntilbud_grimsmo.pdf

Haugen, J.E., Knudsen, Ø. (2008). *Akuttmedisinsk sykepleie* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Helsedirektoratet (2014). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell.* (IS- 0440/2014). Henta frå: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell/Sider/default.aspx>
- Helse- og Omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse Vest og Helse Bergen (2012). *Forløpshåndbok Hvordan utarbeide, innføre og følge opp standardiserte pasientforløp.* Henta frå: http://www.helse-vest.no/fagfolk/kvalitet/Documents/02Pasientfokus/Handbok_i_standardiserte_pasientforlop.pdf
- Huseby, B.M. (2013). *Samhandlingsstatistikk 2011-12.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Huseby, B.M. (2015). *Samhandlingsstatistikk 2013-14.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Irgens, E.J. (2000). *Den dynamiske organisasjonen* (1 utg.). Oslo: Abstarakt forlag.
- Jacobsen, D.I., Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lappegard, O., Hjortdal, P. (2012). Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal Sjukestugu. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40:309, (2012), doi: 10.1177/1403494812450372
- Lappegard, O., Hjortdal, P. (2013). The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Family Practice*, 14:87, (2013), doi : 10.1186/1471-2296-14-87.
- Lappegard, O., Hjortdal, P. (2014). Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Social Science & Medicine*, 119, 27-35, (2014).
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Nilsen, L.L. (2013). Medisinsk kunnskap gjennom medierte samtaler. I: Tjora, A., Melby, L.(Red.) (2013). *Samhandling for helse* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordahl, T., Lillejord, S., Manger, T. (2010). *Livet i skolen 2* (1 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Norheim, K.H., Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetansen i hjemmesykepleien, på rett sted til rett tid. *Sykepleien Forsking*, (01/15), 14-22.
- NTNU, Trondheim Kommune, Norsk helsenett. (2012). *Veien frem til helhetlig pasientforløp*. Henta fra: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/samhandling/helhetlig-pasientforloep/Utvikling%20av%20pasientforloep%20stoettet%20av%20elektronisk%20samhandling.pdf>
- Paulsen B, Grimsmo A.(2008). *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sjukehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrengende eldre*. Trondheim: SINTEF.
- Skår, R. (2013). Læring i arbeidet- betydning for endring og forbedring. I: Bergland, Å., Moser, I. (Red.) (2013). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (1 utg.). Oslo: Cappelen damm AS.
- St. meld. nr. 47 (2008/2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid. St.meld.nr 47*. Oslo: Departementet
- Tingvoll, W-A., Kassah, B.L.L., Kassah, A.K. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen* (1 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- TNS Gallup (2012). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner*. Henta frå: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieill/Documents/Rapport_helseforetak.pdf
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ytrehus, S. (2013). Kvalitet i eldreomsorgen. I: I: Bergland, Å., Moser, I. (Red.) (2013). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (1 utg.). Oslo: Cappelen damm AS.
- Øgar, P., Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1:

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt/masteroppgåve -
Samhandling innan helse- og sosialtenester ved Høgskulen i
Sogn og Fjordane.

”Akutt døgnopphald i Kommunehelsetenesta”

Bakgrunn og formål

Innføring av Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald har fått mykje merksemd rundt i kommune-Norge etter at samhandlingsreforma tråtte i kraft. Kommunar arbeider med etablering kring dette fram mot 2016. Regjeringa har lagt vekt på ei gradvis innføring frå 2012 til 2015. Noko som gjer at einskilde kommunar har kome i gang med dette tilbodet, medan andre ikkje har etablert denne typen tilbod. Formålet med dette studiet er å belyse problemstillinga: « ***Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i kommunehelsetenesta,- korleis samhandlar helsepersonell seg imellom for å sikre pasienten eit godt behandlingsforløp?***» Det er ynskjeleg å sjå på erfaringar ein i kommunehelsetenesta har gjort seg etter etablering og oppstart av Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald.

Denne studien er ei mastergradsoppgåve ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Det er ei sjølvstendig oppgåve som har til hensikt å studere ein einskild kommune som allereie har etablert tilbod om Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald. Det er ynskjeleg at studien skal kunne medføre ein nytte- og overføringsverdi til eigen og eventuell andre kommunar.

For å få fram nyttig kunnskap er det ynskjeleg å utføre kvalitative intervju med helsepersonell som har arbeidd med øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i kommunen. Helsepersonell med denne erfaringa vert dermed invitert til å delta.

Kva inneber deltaking i studien?

Deltaking i studien vil omfatte individuelle intervju med informantane. Intervjua vil vare ca 45 minutt. Spørsmåla vil omhandle erfaringar frå etablering og innføring av Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i kommunehelsetenesta. Erfaringar ein har gjort seg etter endring i kommunal helseteneste, vedrørande oppgåver som er flytta frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, og erfaring frå samhandling helsepersonell imellom.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysningar vil bli handsama konfidensielt. Data frå intervjua vert tatt opp på band. Dette vert destruert etter avslutta studie. Det er kunn underteikna og rettleiar som har tilgang til desse data. Opplysningane vil bli oppbevart i safe som kunn underteikna har tilgang til. Det vil bli lagt vekt på at informantane ikkje skal kunne bli identifisert i publikasjonen. Prosjektet skal etter planen avsluttast 22.05.2015.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekkje ditt samtykke utan å gje nokon grunn.

Dersom du ynskjer å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Hilde Tenold, mobil 93 45 42 23 eller e-post: hilde.tenold@gmail.com.

Rettleiar er Aud Marie Øien, førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datateneste AS.

Samtykke til deltaking i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2:

Intervjuguide

- 1) I starten noko laust prat om «dagen i dag».
- 2) Informasjon:
 - Først introduserer eg kort om tema for samtalen:
Dette er eit intervju som omhandlar den samhandling du har erfaring frå når det gjeld akutte døgnopphald i kommunehelsetenesta.
 - Forklaring om teieplikt og anonymitet, og kva intervjuet skal nyttast til:
Informanten får munnleg informasjon om at dette intervjuet, saman med fleire intervju dannar grunnlag for ei mastergradavhandling. Det vert også gjeve informasjon om at ingen namn vert referert og framkjem i avhandlinga. Anonymiteten skal verte ivareteken på ein slik måte at ein ikkje skal kjenne igjen informantane.
 - Intervjuet tek cirka 45 minutt.
 -
 - Spørsmål til informanten:
Ein spør om noko er uklårt og om informanten har noko å spørje om.
 - Informerer om at intervjuet vert tatt opp diktafon.
Gir informasjon om at så fort intervjuet er skreive ut (transkribert) vert dei sletta frå diktafonen.
 - Opptaket startar
No startar opptaket

3) Forskningsspørsmål:

Det er ynskjeleg at intervjuet skal ha ein forteljande struktur der eg spør, og let informantane svare utan for mykje avbrytingar.

Kva erfaring har du med samhandling i kommunehelsetenesta når det gjeld akutte døgnopphald? (vidt spørsmål)

Kva type pasientar er dette? Kva kriteriar har de for innleggelse?

Kan du gi eksempel på god samhandling i høve akutt døgnopphald i kommunehelsetenesta? Kva fungerte? Kven samhandlar de med i dette konkrete tilfellet? Kva var bra i det eksempelet?

Kan du gi eksempel på dårleg samhandling i høve akutt døgnopphald i kommunehelsetenesta? Kva fungerte ikkje? Kjem du på eksempel, eller ei historie? Når det ikkje fungerer, korleis trur du dette verkar inn på pasientane?

Kva tiltak meiner du bør setjast i verk for å betra samhandlinga innan akutt døgnopphald i kommunehelsetenesta?

Kva for innverknad synest du sjølv at du har på samhandlinga? Kan du gi eksempel på dette?

Ser du endringar/ forbedringar i samhandlinga mellom helsepersonell etter etablering av akutte døgnopphald i kommunehelsetenesta? Og kva består endringane i? Har du konkrete eksempel eller historie?

Er det noko som har medført utfordringar utover kompetansenivået i kommunehelsetenesta? Eventuelt: Kva tiltak sette de i verk ved eit slikt høve? Og korleis trur du det kjendest for pasienten?

? Korleis er rekruttering av helsepersonell etter etablering av akutte døgnopphald i kommunehelsetenesta? Ser de endringar, er de vorte meir attraktive på arbeidsmarknaden?

No etter oppstart av øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i KHT, Dersom du skulle vere med å planlagt dette på ny, Kva ville du ha endra, lagt vekt på eller eventuelt gjort annleis?

Kva er suksessfaktorane for god samhandling slik du ser det, og kva er fallgruvane?

4) Kontrollere meg sjølv

Går gjennom intervjuguiden og ser om eg har stilt spørsmåla eg har tenkt. Og dersom eg manglar informasjon, stiller eg oppfølgingsspørsmål. «Har eg forstått deg rett når du seier....» «Er det noko meir du vil seie»

