

Irene Gynnild Ponton

**Hjemmesykehus som organisatorisk
reform:
En effektstudie av ny tjenestemodell i
spesialisthelsetjenesten**

Masteroppgave i Styring og ledelse

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo 2017

Førord

Denne masteroppgaven representerer slutten på det 3 årige erfaringsbaserte masterløpet i Styring og ledelse ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Masterløpet har vært lærerikt og svært relevant i lederoppgavene jeg står i til daglig. I tillegg har innføring i emnets teorier gitt ny innsikt og større forståelse for sammenhenger i et større styringsperspektiv. Ved siden av jobb og andre forpliktelser har det vært 3 krevende år, og ferdigstillelse av prosjektet skal bli godt.

Først vil jeg takke min arbeidsgiver Johnny Jakobsen i Avdeling for barn og ungdom ved Akershus Universitetssykehus som har vært positiv til gjennomføring av masterprosjektet og til oppgaven. Videre takk til lederteamet i avdelingen som har støttet meg hele veien. Jeg er også skyldig en takk til de åtte informantene i Barne- og ungdomsklinikken som deltok i intervju og ga av sin tid. Likedan til klinikkens forskningsleder og professor Brit Nakstad som hjalp meg med søknaden til personvernombudet på Akershus Universitetssykehus.

Videre vil jeg rekke en takk til veileder og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Kristoffer Kolltveit. Han har vært tilgjengelig til enhver tid, og gitt støtte samt konstruktive og grundige tilbakemeldinger underveis.

Til sist vil jeg rette en stor takk til min tålmodige mann Robert som har heiet meg i mål. Likedan til våre 3 barn Alexander, Markus og Maria som har ventet lenge på å få meg litt mer tilgjengelig igjen.

Holter, 1.5.17

Irene Gynnild Ponton

Sammendrag

Tema i masteroppgaven omhandler endring av organisasjonsmodell i spesialisthelsetjenesten med dreining mot hjemmebasert sykehusbehandling. Helsetjenestemodellen er benyttet i en rekke land blant annet i England, og beskrevet av National Health Service som en ønsket utvikling for å avlaste spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen tilkjenner en tilsvarende hensikt hvor behandling av mer komplekse medisinske tilstander skal foregå nærmere brukerens bosted. Hjemmesykehus for barn er en slik modell og kan defineres som hjemme- eller kommunebaserte helsetjenester til pasienter i eget hjem med akutte eller kroniske tilstander, som ellers måtte vært innlagt i sykehus. Hjemmebasert sykehusbehandling for barn er en forholdsvis ny og til nå lite benyttet tjenestemodell i Norge.

I oppgaven rettes søkelyset mot effekter og implikasjoner av organisasjonsmodellen Avansert hjemmesykehus for barn på Akershus Universitetssykehus HF, som en organisatorisk reform. For det første undersøker jeg hvilke effekter Avansert hjemmesykehus for barn (AHS) har og knytter det til driftsmodellens tre hovedmål, nemlig forbedring av kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen, løse driftsutfordringer i sykehuset og bidra til kompetanseoverføring til kommunene. Jeg undersøker også sideeffekter ved å beskrive operasjonelle effekter, prosesseffekter og systemeffekter. For det andre diskuterer jeg i hvilken grad effektene kan forklares fra et instrumentelt, et kulturelt og et omgivelsesperspektiv.

AHS viser til 160 episoder med innleggelser i hjemmet og 400 polikliniske konsultasjoner på 14 måneder. De siste 6 månedene har 790 liggedøgn vært i pasientens eget hjem fremfor på sykehuset, hvilket utgjør 20 % av liggedøgnene i Avdeling for barn og ungdom, og bemanningen er 25 % lavere per seng. Pasientbelegget domineres av kronisk syke og 50 % av pasientene er under 6 år. Oppgavene i hjemmesykehus er oftest relatert til intravenøs behandling, annen medikasjon, ernæringstilførsel samt blodprøvetaking. For pasientene betyr hjemmebasert behandling tidligere hjemreise. Analysen viser at konteksten har betydning for resultatene, ved å indikere positiv påvirkning på to av hovedmålene, kvalitet og sikkerhet i behandlingen samt bidra til å løse driftsutfordringer og påvirker til mindre grad av måloppnåelse i kommunesamarbeidet. Det er også noen sidevirkninger når det gjelder operasjonelle-, prosess- og systemeffekter.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo 2017

Abstract

This thesis addresses reorganization of the healthcare service in hospitals towards hospital based homecare. The healthcare model is established in several countries like England, and described by National Health Service as a recommended development to reduce the burden upon hospital admissions. The Norwegian Coordination reform seems to acknowledge this development, where also more complex medical conditions is to be treated closer to home. Hospital at home for children can be defined as home or community-based interventions or models of care for children with acute or chronic illnesses who might otherwise be in hospital. Homebased hospital care for children is a rather new and so far, not a widely-used model in Norway.

The paper examines the effects and implications of the healthcare model paediatric hospital at home at Akershus University Hospital, as an organizational reform. First I examine the effects the paediatric hospital at home has, and so far has addressed its three main goals. These are improved quality and safety in the patient treatment, contribute in reducing the pressure on the hospital beds and strengthen the community service paediatric competence. I also examine side-effects by describing operational effects, process effects and system effects. Second I examine to what degree the effects of the healthcare model can be understood from an instrumental perspective, cultural perspective and environmental perspective.

In 14 months 160 episodes of care are registered and the hospital at home had 400 out-patients. The last 6 months shows 790 bed-days were managed in the children's homes rather than at hospital, this is 20 % of the total bed-days the department for children and adolescent handle, with 25 % less nurse resources per bed. Most of the admitted patients have chronic illness and 50 % of the patients are under the age of six. For the patients, homebased care means early discharge from the hospital. The analyse reveals that the context is significant for the results, and indicates positive impact concerning two of the main goals, improved quality and safety in the patient treatment and reducing pressure on hospital beds, and contributes to minor results on the goal of strengthening the paediatric competence in the community. There are also some side-effects regarding operational, process and system effects.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo 2017

Innhold

Forord	I
Sammendrag.....	III
Abstract	V
1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og tema for oppgaven	1
1.2 Problemstilling.....	3
2 Teoretiske perspektiver	5
2.1 Effekter	5
2.1.1 Kategorisering av effekter	6
2.1.2 Effektmodell.....	7
2.2 Organisasjonsperspektiver	8
2.1.3 Presentasjon av instrumentelt perspektiv	8
2.1.4 Presentasjon av kultur perspektivet.....	9
2.1.5 Presentasjon av omgivelsesperspektivet	10
3 Metode.....	12
3.1 Forskningsstrategi, design og datainnsamling.....	12
3.2 Intervju og informanter.....	15
3.3 Reliabilitet og validitet	16
3.4 Etiske refleksjoner	18
3.5 Analyseprosessen.....	19
4 Analyse.....	21
4.1 Kort presentasjon av Avansert hjemmesykehus for barn	21
4.2 Operasjonelle effekter.....	23
4.2.1 Aktivitetsmønster	24
4.2.2 Ressursbruk	27
4.2.3 Innvirkning for brukerne	29

4.3	Prosesseffekter.....	30
4.3.1	Kvalitet.....	30
4.3.2	Brukertilfredshet.....	31
4.3.3	Kultur.....	31
4.3.4	Ansatt motivasjon og tilfredshet.....	32
4.4	Systemeffekter.....	33
4.4.1	Samordning.....	33
4.4.2	Strukturelle endringer.....	34
4.4.3	Kapasitetsbygging.....	35
4.5	Oppsummering av funnene.....	36
4.6	Instrumentelt perspektiv.....	37
4.7	Institusjonelt perspektiv.....	40
4.8	Kulturperspektivet.....	41
4.9	Omgivelsesperspektivet.....	45
4.10	Oppsummering.....	48
5	Diskusjon og konklusjon.....	50
6	Litteraturliste.....	53
	Appendiks.....	56
	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	56
	Intervjuguide.....	59

Figurliste

Figur 1: Antall pasienter fordelt i aldersgrupper og antall kronisk syke.....	25
Figur 2: Hyppigst forekommende prosedyrer	26
Figur 3: Regionstilhørighet	27
Figur 4: Prosentvis belagte senger i 3 seksjoner i Avdeling for barn og ungdom	28
Figur 5: Pleiefaktor.....	29

1. Innledning

Helsesektoren står ovenfor store utfordringer og politikerne søker etter redskaper for å møte det framtidige behovet for helsetjenester. Utviklingen av helsesektoren mot en bærekraftig helsetjeneste fører derfor med seg reformer og de som arbeider i sektoren står i kontinuerlig endring. Kunnskapsutvikling, endring av sykdomstilstanden i befolkningen, den demografiske og teknologiske utvikling og endrede økonomiske rammevilkår skaper behov for nytenking og innovasjon.

Behovet for å øke kapasitet og effektivitet i offentlig styring og tjenester har ført med seg flere reformer og endringer i en rekke land. England har eksempelvis i 40 år arbeidet kontinuerlige med utarbeidelse og innføring av ulike administrative reformer, og anses som ledende i dette arbeidet (Pollitt 2013). Fra slutten av 1990 tallet har britiske National Health Service (NHS¹) arbeidet med å implementere helsemodeller som har til formål å redusere akutte innleggelser i spesialisthelsetjenesten og/eller lange sykehusopphold (Parker 2014). Dette som en respons på behovet for å redusere ventelister og «blokkerte» senger. Intensjonen er å gi tilbud i pasientens eget hjem eller noe grad i kommunale institusjoner og dermed redusere presset på spesialisthelsetjenesten.

I Norge gjenfinnes en liknende modell i Samhandlingsreformen, hvor helsetjenester i større grad skal tilbys i hjemkommunen fremfor på sykehuset (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Intensjonen til politikerne er å utvikle en bærekraftig helsetjeneste med kvalitet, individuelt tilpasset og med koordinerte forløp mellom de ulike tjenestestedene. På bakgrunn av den demografiske utviklingen erfares at helsetjenestetilbudene retter seg spesielt mot den eldre befolkningen for blant annet å frigjøre kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Det er i mindre grad bygd ut et tilsvarende tilbud for behandling av hospitaliserte barn i kommunene.

1.1 Bakgrunn og tema for oppgaven

Det sees en fremvekst av modeller for levering av helsetjenester med base i egen kommune eller i hjemmet, hvor særlig Samhandlingsreformen har tvunget frem denne dreiningen. Erfaringer fra reformen har blant annet ført til utarbeidelse av Stortingsmeldingen «Fremtidens Primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» for å styrke områder det leveres for svakt på (Mld. St. 26 (2014-2015)). Meldingen beskriver at kommunene i større grad må gjøres i stand til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige og koordinerte

¹ The National Health Service (NHS) er navnet til den offentlige helsetjenesten i England, Skottland og Wales

pasientforløp, flere tjenester nær der brukerne bor, mer forebygging og tidlig innsats og at kommunene selv leverer en større andel av tjenestene.

Parallelt med reformen observeres en trend ved barne- og ungdomsklinikker i Norge med etablering av hjemmebasert sykehusbehandling, betegnet som hjemmesykehus for barn. Modellen kan defineres som hjemme- eller kommunebaserte helsetjenester til pasienter i eget hjem med akutte eller kroniske tilstander, som ellers måtte vært innlagt i sykehus (Parker G. 2003). I 2008 startet Barnesentret på Ullevål sykehus et to års prosjekt med tilbud til en større gruppe pasienter. Prosjektet viste til gode resultater og Avansert hjemmesykehus for barn ble etablert som en del av driften i 2010 (Bjørndalen 2013). De påfølgende årene har flere sykehus etablert tilbudet, med ulike organisatoriske løsninger. Argumentasjonen fra fagfolk og ledere for å etablere driftsformen er optimalisering av pasienttilbudet og frigjøring av pasientsenger.

Det er kjent kunnskap at sykehusbehandling kan virke traumatiserende på barn og at behandling i hjemmet gir en bedre situasjon for hele familien (Bjørndalen 2013; Hansson et al. 2012; Hansson et al. 2013). I tillegg opplever flere helseforetak at pasienttilstrømningen er høyere enn kapasiteten på sengeplasser og behandling i hjemmet er et tiltak som frigjør sengeplasser (Grøgaard 2011; Helsenorge.no 2016). Hjemmesykehus anses som en trygg driftsform, og det er ingen dokumentasjon på at hjemmebehandling gir mindre trygghetsfølelse for pasientene og familien, eller har lavere kvalitet enn behandling inne på (Bjørndalen 2013; Hansson et al. 2013; Tiberg et al. 2016). Hjemmesykehus for barn som driftsmodell er ikke konkret beskrevet i reformene iverksatt fra politikerne. Tilsynelatende initieres tjenestetilbudet lokalt i foretakene, og fagfolk og mellomledere er sentrale aktører i å fremme modellen som et virkemiddel oppover i det administrative og politiske systemet.

De fleste studiene av AHS undersøker tjenestens påvirkning ovenfor barnet og familien med fokus på helseøkonomi og strukturelle forhold (Hansson et al. 2013; Smith 2011; Spiers et al. 2012; Bjørndalen 2013). Når det gjelder effektene AHS har på virksomheten, studert i lys av organisasjonsteori finnes det mindre forskning. Derfor kan det være interessant å gjøre en casestudie å undersøke effekter av modellen som er pilotert og under implementering ved Barne- og ungdomsklinikken på Akershus Universitetssykehus (Ahus) ut ifra et styringsperspektiv.

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap om virksomhetsformen Avansert hjemmesykehus for barn (AHS) med utgangspunkt i effektene av organisasjonsendringen. Det empiriske fokuset i studien er derfor på utfordringer, effekter og tentative resultater.

Problemstillingen er todelt, hvor den første delen er deskriptivt:

- *Hva er effektene av Avansert hjemmesykehus for barn?*

For å undersøke dette benyttes Pollitt og Bouckaerts modell for kategorisering av effekter.

Det andre delen av problemstillingen er forklarende og lyder:

- *Hvordan har konteksten påvirket effektene?*

I dette drøftes hvordan og i hvilken grad konteksten vurdert ut ifra det instrumentelle- og kulturelleperspektivet samt omgivelsesperspektivet kan forklare de foreløpige effektene av modellen. Videre undersøkes om tjenesteformen har mulige sideeffekter. Hjemmesykehuset har tre hovedmål, oppnåelsen av disse vil også være relevant å trekke inn i analysen. Målene er forbedring av kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling, løse driftsutfordringer i sykehuset og bidra til kompetansebygging i kommunene (Ponton 2015).

Første del av problemstillingen har til formål å skaffe viten om virkninger av modellen etter 14 måneders pilotering og drift. I og med driftsmodellen er nyinnført er historikken kort på de harde dataene, men det er mulig å hente relevant data fra perioden. Dette vil gi verdifull informasjon om hjemmesykehusets effekter i startfasen og hvordan denne styringsformen påvirker tjenesteytingen. I tillegg til disse mer kvantitative dataene er det gjennomført semistrukturerte intervjuer med åtte informanter. Problemstillingen vil derfor også besvares ved hjelp av informantenes erfaringer og syn på modellen så langt. Oppgavens andre formål er å få en bedre forståelse for effektene vi ser, i lys av nyere organisasjonsteori og gjennom synspunkter fra de involverte. Ved å benytte organisasjonsteorien for å vurdere tjenestemodellen kan det i tillegg føre til en bevisstgjøring av hvordan organisasjonstilhørighet og organisasjonssammenheng påvirker våre tenke og handlemåter.

For å adressere de to spørsmålene benyttes to teoretiske tilnærminger hvor det ene er kategorisering av effektene av hjemmesykehuset gjennom et analytisk konsept med vurdering

av måloppnåelse. Det andre metoden er en transformativ tilnærming som studerer de instrumentelle og kulturelle egenskapene samt egenskapene i omgivelsene i og rundt virksomheten tilknyttet hjemmesykehus for å forklare hvordan dette kan ha påvirket effektene. De teoretiske perspektivene vil bli presentert i større detalj i teorikapitlet.

Det kan være tidlig å måle effekter av driftsmodellen, likevel kan det være verdifullt å diskutere hvordan modellen virker så langt og hvilke foreløpige effekter som sees i tillegg til potensielle effekter. Effektmåling og evaluering kan vise til om organisasjonsendringer fungerer som planlagt og peke ut mulige svakheter som bør korrigeres (Askim et al. 2010).

Oppsummert viser undersøkelsen 160 episoder med behandlingstrengende innleggelser i løpet av 14 måneder. De siste 6 måneder håndterte AHS 790 liggedøgn i hjemmene, hvilket utgjør drøyt 20 % av liggedøgnene avdelingen håndterte i sengepostene. I tillegg er 400 polikliniske konsultasjoner gjennomført og total er 1800 pasientmøter registrert. Kroniske sykdommer dominerer innleggelsesbildet. Arbeidsoppgavene er oftest knyttet til medikamentell behandling eller blodprøvetaking. Pleiefaktoren er 25 % lavere enn i de konvensjonelle sengepostene, men sårbarheten ved lav bemanning fremstår som en utfordring.

Oppgaven er inndelt i 5 kapitler. I dette innledende kapitlet har formålet vært å gi en innføring i oppgavens tema og problemstilling. I kapittel 2 presenteres de to teoretiske perspektivene som ligger til grunn for analyse av funnene og systematikken i presentasjonen av disse. Kapittel 3 omhandler beskrivelse og redegjørelse for metodevalg og i kapittel 4 foregår analysen hvor funnene presenteres og diskuteres. Avsluttende refleksjoner og drøfting oppsummeres i kapittel 5.

2 Teoretiske perspektiver

I oppgaven er det to teoretiske perspektiver som ligger til grunn, disse omhandler effektstudier og organisasjonsteori. Teoriene benyttes gjerne i evaluering av reformer eller organisasjonsendringer og er derfor velegnet til å besvare problemstillingen. Teoridelen gjennomgås hver for seg og den todelte strukturinndelingen følges videre i analysedelen.

2.1 Effekter

Effektteori er relevant fordi man kan tenke seg at utformingen av offentlige organisasjoner påvirker grad av måloppnåelse og kan ha samfunnseffekter (Røvik et al. 2013, 173).

Teoridelen som omhandler effekter vil derfor presentere en kategorimodell for å systematisere effektfunnene.

Med effekter menes i denne studien konsekvenser av organisatoriske reformer (Christensen et al. 2008). I dette tilfelle reorganisering av helsetjenestemodellen til barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten mot en ambulerende tjeneste. For å gjennomføre effektstudier er flere anerkjente modeller innenfor samfunnsforskning utviklet. Likevel er det velkjent at systematisert kunnskap om forbindelser mellom reformprogrammer og forbedringer er vanskelig å presentere på tross av bruk av teoretiske rammeverk (Pollitt og Bouckaert 2011, 16). Dette skyldes flere forhold, eksempelvis kan parallelle endringer i organisatorisk struktur føre til uklarheter om den faktiske årsaken til forbedringen, ulike interessenter har ulikt syn på resultatene av reformen, frykt for at negative funn kan reversere reformen og reformen kan være politisk sensitiv slik at evaluering ikke er ønsket eller evalueringer gjennomføres for sent (Pollitt og Bouckaert 2011, 17). I dette tilfelle er omorganiseringen av Avdeling for barn og ungdom en parallell endring som har påvirket resultatene, dette kommer jeg tilbake til. Negative funn kan være uheldig for modellens videre eksistens, men kan på den annen side bidra til betydningsfulle korrigeringer av fremtidig drift.

Gjennomføringstidspunkt for en effektstudie kan være forbundet med utfordringer, fordi det er ofte vanskelig å isolere effektene ved reorganisering eller reformer (Røvik et al. 2013, 182). Dersom effektstudiene utføres tidlig er det kun effektene i tidlig fase som finnes, og avstand i tid kan føre til funn av effekter som svarer med å gi problemer med å isolere effektene av den spesifikke endringen (Røvik et al. 2013, 182). Omorganiseringen av Avdeling for barn og ungdom kan komplisere utskillelse av effektene tilknyttet hjemmesykehus. Dette problemet

forsøker jeg å håndtere ved å kombinere den teoretiske tilnærming med innsikt fra organisasjonsendringen, talldata og informantenes erfaringer så langt.

2.1.1 *Kategorisering av effekter*

Da det brukes store ressurser på å yte service og tjenester, er det god grunn til å evaluere ved organisatoriske endringer. Det er naturlig å undersøke resultatet for brukerne som mottar tjenestene og for effektene av ressursbruken. Denne oppgaven konsentreres i hovedsak om effektene av ressursbruken. Med evaluering menes «en systematisk innsamling av opplysninger, for å undersøke om prosjektet (forsøket) førte til endringer, eventuelle virkninger og hvordan disse i tilfelle er» (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 84). Vanligvis skilles det mellom to former for evaluering, prosessevaluering og målevaluering. Prosessevaluering vurderer hvordan et prosjekt er gjennomført fra start til slutt, målevaluering undersøker om ett eller flere mål er nådd (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 84). I oppgaven gjøres en målevaluering av Avansert hjemmesykehus for barn, da det er effektene av dette virkemidlet som ønskes undersøkt. Videre er effektene valgt å vurdere mot målene fordi virksomheten styres mot å nå bestemte mål, og en organisasjonsendring bør være retningsbestemt mot disse.

Det skilles ofte mellom et smalt effektbegrep og et utvidet effektbegrep. Et smalt effektbegrep fokuserer på ønskede eller intenderte effekter, i dette tilfellet innebærer det å studere om endringen har ført til bedre kvalitet i pasientbehandlingen, frigjøring av sengeplasser og kompetanseoverføring til kommunene. Organisatoriske endringer evalueres ofte etter om målene omsettes effektivt til beslutninger, goder og tjenester. En slik tilnærming er hovedkomponenten i et instrumentelt perspektiv (Røvik et al. 2013, 175). I praksis oppleves imidlertid ofte gjensidig påvirkende prosesser som får implikasjoner for handlingene.

Et utvidet effekt begrep vil også fokusere på sidevirkninger samt sosiale og politiske effekter (Røvik et al. 2013, 175). Organiseringen omfatter i tillegg til instrumentelle effekter påvirkning i utformingen av mål, normer og verdier. Et utvidet effektbegrep gir økt usikkerhet i mål-middel sammenhenger og tolkning av hvordan organisasjonsformen virker blir viktigere (Røvik et al. 2013, 175). Inkludering av institusjonelt perspektiv i analysen av hjemmesykehus kan derfor være viktig i kartleggingen.

2.1.2 Effektmodell

Pollitt og Bouckaert har utarbeidet en modell som klassifiserer effekter i tre kategorier, deres modell benyttes i oppgaven (Bouckaert og Pollitt 2004). Modellen beskrives av Røvik og er hyppig brukt i forskningslitteraturen (Røvik et al. 2013, 178). Effektmodellen er også tydeliggjort av Askim med flere i en større analyse av NAV reformen (Askim et al. 2010). Den første kategorien er operasjonelle effekter, disse er ofte kvantifiserbare. Eksempler er effekter på aktivitetsmønster, ressursbruk og innvirkning for brukerne. Den andre kategorien er prosesseffekter og inkluderer brukervennlighet og brukertilfredshet, tjenestekvalitet, endring i organisasjonskultur samt ansatt tilfredshet og motivasjon. Den tredje er systemeffekter. I dette ligger effekter på det politisk-administrative systemets kapasitet, som samordning, ansvar og kapasitetsbygging. I oppgaven relateres systemeffektene til funnene knyttet til samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De operasjonelle effektene vektlegges mest i oppgaven, fordi det kvantitative datamaterialet har gitt mye informasjon om disse effektene.

To av hovedmålene hjemmesykehus arbeider mot, forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet samt samarbeid med kommunehelsetjenesten knyttes til prosessuelle effekter. Målet om å løse driftsutfordringer i sykehuset faller i større grad under operasjonelle effekter. I tillegg kan sideeffekter knyttet til ansvarsforhold, kapasitetsbygging og samordning særlig innenfor målet om kommunesamarbeidet sees som systemeffekter (Røvik et al. 2013) 178. Prosesseffektene er i hovedsak knyttet mot interne forhold, og systemeffektene rettes i større grad utover i et samordningsperspektiv.

Problemstillingens første del lød som følger: *Hva er effektene av Avansert hjemmesykehus for barn?* Basert på gjennomgangen av ulike teoretiske perspektiver på effekter kan problemstillingen konkretiseres i følgende forskningsspørsmål:

- Hva er de operasjonelle effekter av innføringen av AHS, med andre ord i hvilken grad har flere sengeplasser blitt frigitt, hvilke pasienter får tilbudet, hvilken type behandling gis og hvilke innvirkninger får dette for brukeren?
- Hva er de prosessuelle effektene av innføringen av AHS, med andre ord hvordan oppleves kvaliteten på tjenesten for ansatte og for brukerne, gir endringen kulturelle utfordringer og hvordan erfares de ansattes motivasjon?

- Hva er systemeffektene av innføringen av AHS, med andre ord hvordan har omleggingen bidratt i samordningen av tjenester mellom sykehus og primærhelsetjenesten samt påvirket strukturelle forhold og kapasitet?

For å besvare oppgavens problemstilling benyttes altså to teoretiske tilnærminger. Så langt er det presentert et teoretisk rammeverk for å muliggjøre en kategorisering av effekter av en organisatorisk reform. Utover det deskriptive kan det være interessant å forstå hvorfor effektene oppstår ved å studere disse innenfor et sett av teoretiske perspektiver for implementering av reformer og hvordan dette påvirker resultatene.

2.2 Organisasjonsperspektiver

For å gjennomføre dette benyttes en organisasjonsteoretisk tilnærming som belyser endringene innenfor en strukturell-instrumentell tilnærming og en institusjonell tilnærming. Hovedskille er at det instrumentelle perspektivet ser på organisasjoner som verktøy til disposisjon for lederne hvor rasjonaliteten ligger i den formelle organisasjonsstrukturen (Røvik et al. 2013, 13). Dette skaper kapasitet til å realisere mål og verdier. Institusjonelle perspektiver viser til at organisasjoner har egne institusjonelle verdier, normer og regler som har innflytelse på beslutningsatferden. Skiftende styringssignaler fra ledere tilpasses dermed ikke enkelt og uproblematisk (Røvik et al. 2013, 14). I hvilken grad effektene av hjemmesykehus kan forklares fra et instrumentelt-, kulturelt- og et omgivelsesperspektiv vil bli diskutert i analysekapitlet.

2.1.3 Presentasjon av instrumentelt perspektiv

Organisasjoner kan oppfattes som redskaper eller instrumenter for å utføre oppgaver på vegne av samfunnet og hvor deres medlemmer handler formålsrasjonelt og resultatet av deres handlinger dermed blir som ønsket (Røvik et al. 2013, 33). Med formålsrasjonelt menes vurdering av virkemidler ut ifra hvilke konsekvenser de har i forhold til fastsatte mål, valgene er viljestyrte mellom alternativene for å oppnå effekten som ønskes (Røvik et al. 2013, 33). Hjemmesykehus som virkemiddel antas å være en formålsrasjonell handling når lederne i Barne- og ungdomsklinikken velger å etablere modellen fordi de mener effektene kan bidra til måloppnåelse og løse utfordringer i klinikken.

I et instrumentelt perspektiv anses ikke effekter og resultater som problematiske, men offentlige virksomheter har begrenset rasjonalitet og evne til å lære fra erfaring (Christensen

et al. 2008). Effektmåling og evaluering skal vise om organisasjonsformen og tiltak har ønsket virkning og tydeliggjøre eventuelle svakheter. Hovedhypotesen er at organisasjonsutformingen og dermed virksomhetens formelle struktur påvirker og kanalisere holdninger og handlinger (Røvik et al. 2013, 174). Styringen vil blant annet innebære å påvirke forhold av betydning for måloppnåelse, hvor dette til dels kan skje gjennom utformingen av strukturelle trekk. Det vil si former for hierarki, arbeidsdeling og rutiner (Røvik et al. 2013, 48). Videre forutsettes det at informasjon om virkning av de ulike organisasjonsformene og tiltak er kjent i organisasjonen. Hvilke erfaringer som er gjort ved at AHS strukturelt er lagt under avdeling for barn og ungdom vil være interessant å innhente kunnskap om.

Ulike grupper og individer innenfor samme organisasjon kan ha motstridende interesser og mål og likedan organisasjoner utenfor. Dette kan legge begrensinger på hvilke handlingsalternativer som er aktuelle. Handlingsvalgene til den andre aktøren kan igjen ha konsekvenser for egne handlingsvalg og til sist vil beslutningsreglene være preget av ressursfordelingen mellom aktørene (Røvik et al. 2013, 44). I klinikken kan enkelte ha interesse av å beholde pasientbehandlingen innenfor sykehuset, og dermed opprettholde tradisjonell behandlingsordning. Fordi det er en rekke avhengigheter mellom yrkesgrupper og avdelinger internt i sykehuset samt kommunehelsetjenesten eksternt, vil dette kunne påvirke hvilke handlingsvalg som vil være mulige og direkte berøre hvilke pasienter som kan behandles i hjemmet.

2.1.4 *Presentasjon av kultur perspektivet*

Kulturen i en organisasjon handler om normer og verdier som er utviklet over tid gjennom tilpasning til internt og eksternt press og påvirket av kritiske avgjørelser ledere tar. Det dreier seg om hva som anses som passende. I samspill med den formelle strukturen influerer organisasjonskultur på holdninger og handlinger i organisasjonen (Røvik et al. 2013, 72). Organisasjonskulturen vokser gradvis frem gjennom uformelle normer og verdier og har innflytelse på virksomheten (Røvik et al. 2013, 52). Målene oppdages underveis og er gjerne uformelle, de formelle målene har liten betydning for adferd (Røvik et al. 2013, 53, 106). Dette står i kontrast til det instrumentelle synet på målformulering og styring av adferd.

Det institusjonelle perspektivet fokuserer på organisasjonskultur hvor endringer av strukturer skjer tregt og møter motstand fordi de bryter med tradisjoner, uformelle normer og

oppfatninger som er forankret i organisasjonen. Dette gir løs kobling mellom vedtak, iverksetting og resultater og effektene kan utebli. Her sees en frikobling mellom vedtak og oppfølging, og evalueringer får en symbolsk funksjon (Røvik et al. 2013, 174). I oppgaven studeres funnene i lys av dette.

Handlingslogikken utgjøres av logikken om passende atferd i beslutningsatferden hvor gjenkjennelse, institusjonsidentitet og handlingsregler i situasjonen er sentrale. Videre tilskriver litteraturen utviklingen av organisasjonskultur til tidsepoken organisasjonen ble dannet hvor strømninger i tiden festes ved organisasjonen og skaper en såkalt sti-avhengighet (Røvik et al. 2013, 62). Dette fører til stabilitet og dybde i de uformelle normene og verdiene og gjør det enklere for organisasjonsmedlemmene å avgjøre hva som er passende atferd (Røvik et al. 2013, 62). På den annen side kan de institusjonelle trekkene og handlingsreglene føre til lite omstillingsvennlige organisasjoner med lite fleksibilitet ved organisasjonsendring (Røvik et al. 2013, 63).

Hvilken betydning logikken om passende atferd har i møte med de uformelle og formelle normene om pasientens beste ved etablering av hjemmesykehus, kan enten forsterke eller svekke muligheten for måloppnåelse. Det er dessuten ikke gitt at forståelsen av hva som er kulturelt passende er entydig. For eksempel kan kompleksiteten i organisasjonens fagområder og oppgaver, og det faktum at flere yrkesgrupper og avdelinger er involvert i pasientene føre til uenigheter rundt hva som er akseptabelt. Det kan altså antas at det er av betydningen om organisasjonsformen hjemmesykehus sammenfaller med Barne- og ungdomsklinikkens uformelle normer og verdier.

2.1.5 Presentasjon av omgivelsesperspektivet

De institusjonelle omgivelsene er myter, moter og reformtrender som påvirker intern organisasjonsutforming (Røvik et al. 2013, 76). Røvik med flere definerer en myte som «en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller deler av en organisasjon. Det er en oppskrift som gjerne begeistrer og vekker oppmerksomhet, og som har fått en forbilledlig status for flere organisasjoner» (Røvik et al. 2013, 76). Rasjonaliserte myter kjennetegnes ved at de presenteres som effektive redskaper for måloppnåelse i organisasjoner og de er gjerne institusjonaliserte (Røvik et al. 2013, 77). Det vil si at mytene anses som tidsriktige, effektive, moderne og en naturlig måte å organisere på. Hjemmesykehus for barn etableres og testes ut i stadig flere helseforetak etter at driftsformen har fått positiv oppmerksomhet de siste årene.

I tillegg til å være effektivitetsorientert må helseforetaket leve opp til vestlige modernitetsnormer og vise til kontinuerlig fremskritt, fornyelse og rasjonalitet, slik Røvik med flere beskriver organisasjoner (Røvik et al. 2013, 76). Myteperspektivet, som i organisasjonsteorien også omtales som ny-institusjonell teori er omgivelsenes skiftende verdier i fokus, og de sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene kalles myter.

Legitimitet fra omgivelsene er av betydning for helseforetaket, det være seg fra brukergrupper, pasienter, media, politikere og andre (Røvik 2007, 195). Endring for å tilpasse organisasjonens strukturer, rutiner og prosedyrer til omgivelsene er derfor nødvendig. Hjemmesykehus kan sees på som en tilpasning til verdier i omgivelsene, der klinikken møter brukernes ønske om hjemmebehandling og i mindre grad traumatiserer barn med sykehusinnleggelse. Evalueringer og resultatmålinger forstås i retning av legitimering av handlinger samt å forme og endre holdninger og oppfatninger blant medarbeiderne.

Problemstillingens andre del lød: *Hvordan har konteksten påvirket effektene?* Basert på gjennomgangen av de teoretiske perspektivene over, kan denne problemstillingen konkretiseres gjennom følgende forskningsspørsmål:

- I hvilken grad kan de dokumenterte endringene/effektene forklares med et instrumentelt perspektiv, med andre ord i hvilken grad har fokuset på formelle strukturer, rutiner og prosedyrer påvirket resultatene fra AHS?
- I hvilken grad kan de dokumenterte endringene/effektene forklares med et institusjonelt perspektiv, med andre ord i hvilken grad har motstand forankret i organisasjonskulturen påvirket resultatene fra AHS?
- I hvilken grad kan de dokumenterte endringene/effektene forklares med et myteperspektiv, med andre ord i hvilken grad har oppfattelsen av AHS som virkemiddel i omgivelsene påvirket selve resultatene fra AHS?

Etter at de teoretiske perspektivene nå er presentert og konkrete forskningsspørsmål formulert, vil jeg komme inn på metodene som er benyttet i oppgaven for å besvare forskningsspørsmålene.

3 Metode

I dette kapitlet beskrives og begrunnes valgene av metode. Forskningsmetode handler om hvordan man kan innhente kunnskap om et fenomen, hvilke metoder som er hensiktsmessige og anvendelsen av disse. Samfunnsvitenskapelig metode undersøker den sosiale virkeligheten og handler om hvordan man kan gå frem for å få informasjon om denne og forteller oss om samfunnsmessige prosesser og forhold (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 33). Jeg har gjennomført en kvalitativ undersøkelse og benyttet intervju som metodene for å besvare problemstillingen samt noe kvantitative talldata.

3.1 Forskningsstrategi, design og datainnsamling

I oppgaven har jeg sett på hvilken effekt en ny tjenestemodell har på virksomheten og hvordan konteksten kan ha påvirket resultatene. Problemstillingen som er valgt er todelt, hvor jeg i første delen har samlet inn informasjon som ga kunnskap om hvordan Avansert hjemmesykehus for barn virker på organisasjonen. Formålet var å få tilstrekkelig med kunnskap om driftsformen for å indikere i hvilken grad modellen har ønskede effekter. Metoden er beskrivende og forklarer omfanget av tjenesten som antall pasienter, aldersfordeling og vanligste prosedyrer. Fordi modellen er nyetablert kan ikke utvikling over tid eller sammenlikninger gjøres, utover enkelte indikatorer som kan ha et sammenligningsgrunnlag med forhold inne på sykehuset. Den andre delen av forskningsspørsmålet tar for seg effektene og forklarer hva som kan ha påvirket disse. Oppgaven vil derfor gjøre en evaluering av modellen slik den er implementert på Ahus.

Kvalitativ tilnærming er en vanlig gjennomføringsmetode i samfunnsforskning, hvor observasjon og intervjuer er hyppig brukt og hvor forskeren har nærhet til studieobjektene (Ringdal 2013, 105). Jeg har valgt å benytte en kvalitativ forskningsstrategi for å besvare den todelte problemstillingen. I undersøkelsen har jeg intervjuet tilsammen åtte ledere og fagansvarlige ved Barne- og ungdomsklinikken på Ahus. I tillegg er detaljerte data hentet ut fra sykehusets pasientregister, styringsverktøyet Qlicklis og manuelt registrerte prosjektdata for å gi konkret informasjon om kvantitative forhold relatert til undersøkelsen.

Jeg valgte en kvalitativ forskningsstrategi på bakgrunn av synet om at det er individers handlinger som konstruerer den sosiale verdenen. Hvilket betyr at konteksten fører til at sosiale fenomener konstrueres på ulikt vis og dermed varierer (Ringdal 2013, 104). Slik jeg ser det, ut ifra et organisasjonsteoretisk perspektiv kan konteksten være relevant for hvilke

effekter som generes og hva som har påvirket resultatene i hjemmesykehus modellen. På bakgrunn av kunnskap om ulik organisering av hjemmesykehus for barn mellom sykehusene nasjonalt og internasjonalt, kan nærhet til forskningsobjektet bidra til viten som kun kan innhentes fra en sosial kontekst. Jeg ønsket å forstå organisasjonen ut ifra informantenes egne perspektiver og få beskrevet verden slik de opplever den (Kvale og Brinkmann 2015, 45). Dette fordi det er relevant og interessant å generere kunnskap utover de kvantitative dataene som hjemmesykehus måles mot og hvor den enkelte aktørs forståelse av virkeligheten kan beskrives, dette er innenfor den fenomenologiske forståelsesformen (Kvale og Brinkmann 2015, 45).

Innenfor evalueringer er det ingen bestemt evalueringsdesign som må benyttes, men evalueringen bør følges opp over tid for å undersøke effektene på en tilfredsstillende måte (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 84). Fordi reorganiseringen ikke er ferdig implementert, kan sikre fakta av hjemmesykehusets varige endringseffekter være utfordrende å beskrive, jamfør Røviks beskrivelse av metodologiske problemer med gjennomføringstidspunkt for effektstudier (Røvik et al. 2013, 182).

En evaluering kan gjennomføres ved å benytte metoder som tverrsnittundersøkelser, longitudinelle opplegg, eksperimenter og casestudier (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 84). I evalueringen av Avansert hjemmesykehus for barn har jeg valgt å benytte casestudie fordi forskningsmetoden gir mulighet til å utforske et tilfelle inngående, hvilket er ønsket i denne evalueringen. Casestudier kjennetegnes av at forskeren henter ut mye informasjon om en eller noen få enheter over kortere eller lengre tid og gjennom en omfattende og detaljert datainnsamling (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 90). Ringdal definerer casestudier som intensive undersøkelser av et fåtall analyseenheter. Enhetene kan være individer, familie, bedrifter, organisasjoner eller land, men også hendelser og beslutninger (Ringdal 2013, 108). Studien av Avansert hjemmesykehus for barn betegnes ifølge Johannessen som en enkelt-case-design fordi det er en analyseenhet (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 91). Jeg benytter altså kvalitativ metode med en utvalgt case, nærhet til det som studeres, produsert tekstdata og hatt mulighet til å være fleksibel under datainnsamlingen (Ringdal 2013, 104).

I casestudier benyttes ulike datakilder, felles for alle er at de er tids- og stedsavhengig slik kravet er til denne type forskning (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 90). Det betyr

at casen studeres i en setting, i dette tilfelle i en felles fysisk setting som er virksomheten Akershus Universitetssykehus og innenfor en gitt tidsperiode på 14 måneder. Datamaterialet er hentet ut fra denne perioden hvor detaljert informasjon om Avansert hjemmesykehus er registrert. Noe data er hentet fra hjemmesykehusets manuelle registreringer fordi informasjonen ikke finnes i virksomhetens registre og tilfører slikt sett unike primærdata om driftsmodellen.

Årsaken til manglende data handler om at hjemmesykehus var et pilotprosjekt og ikke besluttet implementert ved oppstart, dermed er kun deler av aktiviteten registrert fram til juli 2016. Noe av dataene er trukket ut fra juli 2016, da hjemmesykehus ble registrert inn i styringssystemet Qlicklis, dette er pasientbelegg, budsjett og sengeantall. Pasientdata er tilgjengelig fra oppstarten i november 2015. Ved å benytte detaljerte innsamlede data fra prosjektperioden og datauttrekkene fra analyseenheten, var dette relevant informasjon som kunne belyse forskningsspørsmålene ved å beskrive operasjonelle effekter som pasientantall, senger i bruk, årsverk med videre. Det var imidlertid tidkrevende å få tilgang til deler av datamateriale fordi dataene er knyttet til pasienter. Videre var det nødvendig å validere datauttrekket fra analyseenheten, hvilket resulterte i to møter med enheten for å sikre korrekt datagrunnlag. Dataene er historiske gjennom et drøyt års drift, men gir samlet informasjon om effekter i nåtid, nærmest som en statusoppsummering.

Det kan imidlertid også benyttes kvantitative data og teknikker, eksempelvis statistikk og analysedata for å styrke undersøkelsen (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 90). Kvantitativ metode med innhenting av talldata og innsetting i SPSS ble vurdert men valgt bort, fordi jeg var usikker på om talldataene knyttet til evalueringen ville gi tilstrekkelig antall enheter for å kunne gjøre statistisk analyse og gi signifikante utslag, på grunn av den korte driftsperioden.

For å operasjonalisere problemstillingen har jeg valgt å samle inn data som oppfattes som relevante indikatorer for virksomheten. I utvelgelsen av disse ligger også en begrensning av oppgaven og spissing av fokuset på organisasjonen. Indikatorer er det vi mener er typiske eller representative for det fenomenet som undersøkes (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 68). Det kan være forskjellige måter å operasjonalisere fenomenet hjemmesykehus på, og noen kan ha innvendinger på hvilke indikatorer som er valgt. Andre kan mene at kostnadsanalyse må gjennomføres for å evaluere modellen, dette krever imidlertid et større

arbeid og inngår derfor ikke oppgaven. I arbeidet med å operasjonalisere de ulike effektene er de operasjonelle effektene undersøkt både når det gjelder aktivitetsmønster, ressursbruk og innvirkning for brukerne. Prosesseffektene er undersøkt med tanke på kvalitet, brukertilfredshet, kultur og ansatt motivasjon og tilfredshet. Til sist er systemeffektene operasjonalisert ved å studere samordning, strukturelle endringer og kapasitetsbygging. For å få kunnskap om disse fenomenene har jeg brukt både intervjudata og mer kvantitative oversiktsdata.

3.2 Intervju og informanter

For å samle informasjon i casestudier kan dette gjøres ved samtaleintervju eller dybdeintervju. Informanten har kunnskap og erfaringer som forskeren ønsker å få innsikt i (Ringdal 2013, 242). I undersøkelsen har jeg intervjuet aktører i sykehuset som har nærhet til Avansert hjemmesykehus. Utvalgsstrategien var å inkludere informanter på flere nivåer i ledelseshierarkiet og med ulik tilknytning til hjemmesykehuset. Fordi beslutninger i stor grad treffes i ledergruppen på nivå to og tre ønsket jeg å inkludere aktører i disse stillingene. I tillegg besto utvalgskriteriene av at deltakerne skulle være ledere eller fagansvarlige fra legetjenesten eller sykepleietjenesten. Det er en overvekt av fagpersoner med bakgrunn fra sykepleie, fordelingen var tre fra legetjenesten og fem fra sykepleietjenesten. Årsaken til dette er fordi de aktuelle avdelingene ledes av sykepleietjenesten, med unntak av Avdeling for leger.

For å forsøke å unngå utvalgsskjevhet og generere informasjon som er representativ, ble informanter inkludert som er i en posisjon hvor de konkurrerer om både de kompetansemessige og økonomiske ressursene avsatt til drift av hjemmesykehus. Ledere på nivå fire og fem ble derfor inkludert, de har nærhet til den daglige driften og kjennskap til effektene. Alle informantene ble direkte rekruttert av meg, samtlige svarte ja til deltakelse og alle fikk de samme spørsmålene.

Jeg utarbeidet og benyttet en semistrukturert intervjuguide sortert etter Pollitt og Bouckaerts kategoriseringsmodell for effekter. For å sikre informasjon på alle punkter valgte jeg å følge spørsmålsguiden. Fordelen med intervjuer er muligheten til å avklare eventuelle misforståelser og følge opp med tilleggsspørsmål fortløpende. I tilfellene der informantene oppfattet spørsmålene mine som uklare, hadde jeg mulighet til omformulering og gjøre spørsmålene mer forståelige. Jeg valgte også å benytte metoden hvor intervjuer oppsummerer

for å bekrefte korrekt forståelse. Det var interessant å høre informantenes erfaringer og oppfatninger av hjemmesykehus, hvilket er hensikten med et kvalitativt forskningsintervju (Kvale og Brinkmann 2015, 45). I kvalitativ forskning er fokuset på informantens opplevelser og personlige erfaringer av verden fremfor vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann 2015, 45). Jeg opplevde at intervjuene genererte ny kunnskap om tjenestemodellen og bidro til å få frem nyanserte og systematiske oppfatninger og erfaringer.

Kvale skriver at valg av design skal øke innsikten og kunnskapen om fenomenet som studeres, det har jeg fått (Kvale og Brinkmann 2015). På forhånd hadde jeg noen antakelser om sammenhenger fordi jeg hadde gjennomført en mindre evaluering av AHS da pilotperioden var ferdig etter 10 måneder. Jeg visste imidlertid mer om fenomenet hjemmesykehus for barn og kunne gjøre ytterligere vurderinger, etter innsamling av de harde dataene og gjennomføring av intervju med åtte informanter. Ved å gjennomføre evalueringen basert på en forskningsdesign med kombinasjon av intervju med åtte informanter samt utvalgte indikatorer er det viktig å presisere at det er mønstre og ikke statistiske sammenhenger jeg presenterer.

3.3 Reliabilitet og validitet

Dataenes validitet eller gyldighet handler om hvorvidt en måler det en vil måle, og dataenes reliabilitet eller pålitelighet handler om gjentatte målinger med samme måleinstrument ville gitt samme resultat (Ringdal 2013, 96). I samfunnsvitenskapen dreier validitet seg om metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke og ved intervjuforskning handler reliabilitet om forskningsresultatenes troverdighet og konsistens (Kvale og Brinkmann 2015, 276). Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Ringdal 2013, 96). Det må imidlertid nevnes at alle forskningsmetoder kan ha styrker og svakheter som påvirker graden av reliabilitet og validitet.

Reliabilitet på dataene som er hentet fra pasientregistret bør være etterprøvbare og gi tilnærmet like funn. Disse er bestilt fra Datafangstavdelingen på sykehuset og analysert av meg. Intervjuguiden er utformet på en slik måte at den favner teorien jeg har valgt å legge til grunn for oppgaven, med utgangspunkt i kategoriseringen av effekter og i noe grad de ulike perspektivene i organisasjonsteori. Analysen av svarene fra informantene mener jeg er bedre ivare tatt ved at dataene er systematisert gjennom valgt teori.

Informantene var utvalgt fra ulike posisjoner hvor fem av disse har en høyere stilling enn meg og de tre andre sidestilte eller lavere nivå, jeg oppfattet at alle hadde integritet nok til å gi ekte svar. På bakgrunn av min involvering i prosjektet hjemmesykehus på Ahus har jeg ikke gått inn i feltet nøytral, både mine holdninger, atferd og forståelse har betydning i forskningssammenheng og min subjektivitet gir fare for metodefeil. Dette har jeg vært bevisst på under forskningsprosessen, og benyttet styrkene ved å ha mye kunnskap om fenomenet og samtidig vært strengt opptatt av informasjonen informantene og talldataene har gitt meg.

Johannessen med flere presenterer begrepene troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet som alternative begreper for validitet innenfor kvalitativ forskning (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 243). Begrepsvaliditet eller troverdighet handler om det er samsvar mellom operasjonaliseringen og fenomenet som undersøkes (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 75, 244). Ut fra problemstillingen mener jeg indikatorene som er valgt er valide og undersøker det de har til hensikt å undersøke, fordi de beskriver resultater fra hjemmesykehuset. Videre er det spørsmål om forskningens overførbarhet, det vil si om forståelsen som er utviklet innenfor rammen av denne studien er nyttige på andre områder enn det som studeres (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 248). Fordi hjemmebaserte spesialisthelsetjenester er forholdsvis lite utbredt i Norge og få studier gjennomført, kan kunnskapen som er generert gjennom studien ha nytteverdi. Bekreftbarhet er knyttet til i hvilken grad forskningen og tolkningene bekreftes av andre forskere og fortolkningene støttes av annen litteratur (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 249). Jeg har i studien forholdt meg kritisk til de funnene jeg har gjort, men ser at flere av funnene sammenfaller med andre undersøkelser av samme fenomen. I tillegg benytter jeg sitater fra informantene og store deler av analysen er gjort på bakgrunn av deltakernes utsagn. Dataene fra pasientsystemet utfyller intervjuanalysen.

Det kan være flere svakheter forbundet med forskningsbaserte intervjuer og Kvale og Brinkmann gjennomgår noen av disse (2012). Blant flere forhold er intervjuerens kvalifikasjoner av betydning fordi intervjueren er selv forskningsinstrumentet. En dyktig intervjuer har god kjennskap til temaet som undersøkes og til menneskelige interaksjoner. Som student utgjør jeg dermed en svakhet for studien og dens reliabilitet, jeg har imidlertid inngående kunnskap om temaet og om mellommenneskelige forhold og dette utgjør en styrke.

Videre er informantene viktige, og gode intervjupersoner er samarbeidsvillige og motiverte, ærlige, kunnskapsrike og konsise (Kvale og Brinkmann 2015, 195). Jeg opplevde å få utfyllende svar fra informantene, med unntak av en som ga mindre informasjon enn forventet. Det er en metodesvakhet at informanten kan vise en mer positiv eller negativ holdning enn de egentlig har, og noen kan bevisst eller ubevisst svare slik de tror jeg ønsker. Dette har en direkte betydning på om dataene er å stole på, altså dataenes reliabilitet.

Intervju kvaliteten på det originale intervjuet er viktig fordi svarene man får og dermed kvaliteten på disse danner grunnlag for analysen (Kvale og Brinkmann 2015, 193). Kvaliteten på intervjuet avhenger altså av flere forhold rundt mine ferdigheter og informantenes delaktighet. Gjennomgående i intervjuene opplevde jeg å få den enkeltes erfaringer og inntrykk av hjemmesykehus. Gitt at dette stemmer bør oppgavens reliabilitet være ivarettatt gjennom direkte og pålitelige svar.

Ved å studere et fenomen på egen arbeidsplass, hvor jeg selv har en sentral posisjon kreves en bevissthet fra min side på implikasjoner med tanke på nærheten til forskningsobjektet. Relasjonen mellom meg som forsker og informantene kan ha betydning for intervjudeltakernes reaksjoner, og er knyttet til hvordan aktøren oppfatter meg, dette omtales som intervju effekten (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 151). Materialet vil uunngåelig bli preget av disse forventingene fra deltakernes side, og erfaringer av negativ karakter kan være tilbakeholdt.

3.4 Ethiske refleksjoner

Forskning tilknyttet mennesker, reiser noen etiske spørsmål. Ethiske spørsmål knyttes til alle faser av forskningsprosessen, fra problemstilling til publisering av forskningen (Kvale og Brinkmann 2015, 95). Jeg har både intervjuet ansatte og fått tilgang til aidentifiserte opplysninger om pasienter. I samfunnsforskning generelt og ved intervjuer som jeg har benyttet er det spesielt tre etiske regler man skal ta hensyn til, dette er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser ved å delta (Kvale og Brinkmann 2015, 104). Samtlige intervjudeltakere fikk et informasjonsskriv med samtykkeerklæring til signering tilsendt i forkant av intervjuet, slik at de hadde tid til å sette seg inn i studien og konsekvensene. Samtykkeerklæringen ble signert før intervjuene startet.

Konfidensialitet innebærer at intervjupersonens identitet ikke kan avsløres ved offentliggjøring av personlige data (Kvale og Brinkmann 2015, 106). Av den grunn unnlater jeg bevisst å antyde hvilken type informant som har svart hva i analysedelen. Ved transkribering av lydopptakene har hver informant fått ulike fargekoder og kodenøkkelen er lagret på forskningsserver på Ahus. Rent praktisk er anonymitet løst ved at jeg ikke har opplyst om informantens posisjon eller andre gjenkjennbare trekk ved sitater. Når det gjelder konsekvenser er dette beskrevet i samtykkeerklæringen og omhandler blant annet nytteverdien av studien og at alle intervjudata blir slettet etter 5 år.

For å få tillatelse til å utføre forskning på sykehuset var det nødvendig å søke personvernombudet på Ahus, jeg valgte også å søke NSD. Dette var en tidkrevende prosess både å skrive de to søknadene og å vente på svar. Personvernombudet på Ahus tilrådet prosjektet og det viste seg da at godkjenning fra NSD ikke var nødvendig.

3.5 Analyseprosessen

En sentral del av empirisk forskning er åpenhet, grundighet og systematikk og stiller høye krav til «bevisbyrden» før endelige konklusjoner kan trekkes (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 35). Fordi analyseprosessen pågår under hele den kvalitative forskningsprosessen, beskriver jeg kort hvordan analysen ble gjennomført.

Intervjuene ble gjennomført i en periode på en uke og tatt opp på lydbånd, jeg transkriberte disse fortløpende og i sin helhet. Intervjuguiden var systematisert etter teorien jeg benytter i oppgaven, men jeg oppdaget at informantene ofte tok opp forhold som angikk temaer senere i intervjuguiden. I etterkant av transkriberingen sammenstilte jeg alle svarene etter spørsmålsnummereringen. Deretter trakk jeg ut meningsbærende tekst og kondenserte ved å kategorisere (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011, 198). Dette ga meg ytterligere oversikt over den transkriberte teksten og meningsinnholdet, denne struktureringen er i seg selv starten på analysen (Kvale og Brinkmann 2015, 206).

Malterud beskriver i boken «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» tekstkondensering som en systematisk metodisk tilnærming til et kvalitativt datamateriale (Malterud 2011). Intervjuguiden og temaene var bygd opp slik at analysemetoden tekstkondensering ikke var nødvendig å benytte fullt ut for å trekke ut meningsinnholdet. Jeg har bruk informantenes ord og begreper og sammenstilt disse. Resultatene presenteres også ved intervjusitater som jeg har

omarbeidet til lesbar, skriftlig form etter Kvaales metodebeskrivelse (Kvale og Brinkmann 2015, 308).

Analysen av datamaterialet fra pasientregisteret er kategorisert etter indikatorene jeg fant aktuelle. Dette er antall pasienter, alder, kommunetilhørighet, diagnoser og prosedyrer. Dataene er oppbevart på forskningsserveren på Ahus og analysene er gjennomført og lagret på serveren. Enkelte datauttrekk inneholdt store mengder data og det har krevd grundighet og systematikk for å redusere materialet til å omfatte relevant informasjon. Dette har jeg ansett som et viktig forarbeid før analysen for at dataene skal ha reliabilitet og være valide. For å sikre anonymitet er indikatorene inndelt i større grupper, for eksempel er kommunene sammenslått etter områdeinndelingene i Ahus sitt opptaksområde. Dataene fra ledelsens informasjonssystem Qlicklis som beleggsprosent og årsverk er benyttet til å kalkulere pleiefaktor.

4 Analyse

Mange større reformer er lansert på bakgrunn av visjoner fremfor et fundamentert vitenskapelig grunnlag, og det kan være vanskelig å vise til resultater av hva som fungerte eller ikke fungerte og hvorfor (Pollitt og Bouckaert 2011, 214). Det kan imidlertid være enklere å studere endringer på lokalt nivå for å finne konkrete resultater av større reformer (Pollitt og Bouckaert 2011, 214). I dette kapitlet presenteres analysen av effektene av hjemmesykehus på Ahus, som en endring på lokalt nivå retningsbestemt av Samhandlingsreformen.

4.1 Kort presentasjon av Avansert hjemmesykehus for barn

Avansert hjemmesykehus for barn på Ahus er pilotert over en periode på ti måneder fra november 2015 og er under implementering fra september 2016. Modellen tilbyr hjemmebaserte spesialisthelsetjenester til pasienter i alderen 0 – 18 år uten behov for hyppig tilsyn eller behandling. Rekruttering av pasienter er underlagt fastlagte kriterier for å ivareta pasientsikkerheten og krever en medisinskfaglig forsvarlighetsvurdering for hver enkelt pasient. Tilbudet er basert på frivillighet og omsorgspersonene må være i stand til å ivareta det syke barnet i eget hjem (Ponton 2015). I tillegg er kriterier som kapasitet og geografisk avstand mellom sykehus og hjem momenter for vurderingen før pasienten kan overflyttes til AHS.

Under piloten har fokuset vært å teste ut tjenestetilbudet til ulike pasientgrupper, diagnoser og behandlingsformer, med formål om å kartlegge muligheter og metoder innenfor hjemmebasert sykehusbehandling (Ponton 2015). Nyfødt ambulerende team (NAT) er ikke inkludert, da tilbud om tidlig hjemreise for premature er veletablert. Samarbeid med Avdeling for nyfødte om pasienter som faller utenfor inkluderingskriteriene til NAT har imidlertid vært intensjonen.

Staben i AHS består av sykepleiere med spesialisering eller med lengre erfaring fra akuttavdelingen på Barne- og ungdomsklinikken. I pilotfasen utgjorde staben fire sykepleieårsverk inkludert leder, fordelt på seks sykepleiere og 0,3 fagansvarlig overlege. Seksjonsoverlegen fordelte daglig ansvaret for pasientene til postlegene under previsitt. Under implementeringen har sykepleietjenesten økt til seks årsverk fordelt på åtte sykepleiere. Legetjenesten kontinuerte 0,3 fagansvarlig og med oppfølgingsansvaret hos legene i sengepostene hvor pasienten er overflyttet fra.

AHS har, til forskjell fra de døgnåpne akuttavdelingene åpningstid fra kl 07 – 23 hver dag inkludert helge- og helligdager. Det betyr at de ansatte har todelt skift og ikke tredelt. Enkelte har delte stillinger og arbeidssted både i akuttpostene og i AHS. Seksjonen er organisert under Avdeling for barn og ungdom, en av åtte avdelinger i klinikken.

Hvorvidt en endringsprosess er lokalt initiert eller kontrollert fra høyere hold er av betydning (Lægreid og Roness 2003, 152). Samlet tilkjenner informantene en positiv holdning og en lojalitet til driftsmodellen ved oppstart av pilotprosjektet. De fleste hadde hørt om driftskonseptet enten på grunn av modellen OUS benytter, hjemmesykehus modellene fra Sverige eller som følge av Hjemmesykehus konferansen i Stavanger i 2014, hvor to representanter fra klinikken deltok. Denne konferansen ble et kick-off for Barne- og ungdomsklinikken og skapte et lokalt initiativ til å kartlegge muligheten for et eget hjemmesykehus på Ahus og la grunnlaget for et pilotprosjekt i Avdeling for barn og ungdom.

Min oppfatning var at det kom til å bli et nyttig bidrag og et gode for pasientene fordi pasienten da vil kunne få en del av sin spesialistbehandling hjemme, med de godene det vil være for familien. Det vil også kunne avlaste inne på sykehuset i forhold til at pasienter som egentlig ikke trengte å være innlagt kunne være hjemme.

Det fremkom at informantene er kjent med at barn i mange faser av sitt sykdomsforløp har det bedre i sine egne omgivelser hjemme enn på sykehuset (Toften 2010; Hansson et al. 2012; European Association for Children in Hospital 2017). Ifølge informantene var engasjementet støttende fordi det var en tro på at behandling i hjemmesykehuset for enkelte kategorier av pasienter, er det beste tilbudet man kan gi i forhold til å være innlagt. Spesielt ovenfor de kronisk syke og de onkologiske pasientene.

Etter pilotfasen og ledergruppens beslutning om å implementere driftsmodellen, er spørsmålet hvilken oppfatning informantene har av hjemmesykehus nå. Hjemmesykehus har vært pilotert og bygd opp over en periode på 14 måneder når intervjuene gjøres, dette er kort tid men modellen har direkte påvirkning i alle de berørte informantenes avdelinger og alle har noen erfaringer. Det fremkommer at samtlige informanter fortsatt er positive, en informant sier: «Etter utprøvingen sees tydeligere fordeler og ulemper og hva som er styrkene og svakhetene samt hva et hjemmesykehus faktisk kan håndtere». Flere uttrykker at det er et naturlig, riktig og viktig tilbud en så stor barne- og ungdomsklinikk skal ha.

4.2 Operasjonelle effekter

Det var før oppstart av piloten en forventning om at modellen kunne bidra til effektivisering av pasientoppholdet med påfølgende kostnadsbesparelser, slik studier har vist på andre sykehus og klinikkens egen kartleggingsrapport viste til (Bergius et al. 2001; Ponton 2015).

Noen informanter er usikre på om hjemmesykehus er effektiv nok, har tilstrekkelig tilfang av pasienter og de riktige pasientene. Av åtte informanter uttrykker seks bekymring for at tilbudet fører til overbehandling ved å gi tjenesten lengre og i mer utstrakt grad enn hva behovet kanskje er, dette gir i tillegg økning i liggedager. Det er bekymring om pasientene i hovedsak ville vært fulgt opp på poliklinikken, og dermed får en utvidet tjeneste som er langt dyrere enn en poliklinisk konsultasjon i klinikkens lokaler. Alternativt om pasientene utgjør permisjonspasientene som ikke opptar en seng om natten, men ellers oppholder seg deler av døgnet i sengepostene. Geografiske avstander og reisetid fremheves som effektivitetshindre, med negative effekter på ressursbruk.

På den annen side sees en effektivisering i antall pasienter som skrives ut fra sengeposten tidligere, med frigjøring av senger og dermed både sengeplass og personalkapasitet til å ivareta de sykeste barna. Dette er dermed i tråd med målet om å frigjøre sengeplasser ved å gi behandling i hjemmet.

Jeg ser for meg at barna ville blitt inneliggende i post lenge, før vi hadde greid å skrive de ut. Jeg ser at hjemmesykehus intensiverer det samarbeidet og får folk på banen fordi man er hos pasienten hjemme på en annen måte enn hva vi greier. Det er kanskje den største effekten som virker inn på det jeg står i til daglig, samtidig ser jeg at dette med kompetanse har løst seg greit, det var et tap, samtidig så har det gjort at vi kan spille på hjemmesykehus med stor brede av pasienter, så det har absolutt vært en styrke at de gikk ut med så bred kompetanse. Fra sengepost har gjort at vi har jo testet ut omtrent alt mulig av pasienter alt fra LTMV² til diabetes, alt som har en spisskompetanse i sengepost. Det har vært bra å se. Veldig positivt, ser det avlaster, vi hadde ikke hatt plass til pasientene uten hjemmesykehus.

En annen utfordring er å skille ut pasientene som kan ivaretas i hjemmet fra de som må behandles i sykehuset. Samtidig med pilotering og etablering av hjemmesykehus har klinikken generelt og avdeling for barn og ungdom spesielt vært i en omstilling med sammenslåing av to seksjoner og avgivelse av arealer. Dette har medført færre sengeplasser til disposisjon inne på sykehuset, men delvis kompensert med senger i hjemmesykehus, altså i

² LTMV er forkortelse for langtids mekanisk ventilering

pasientens eget hjem. Omorganiseringen har åpenbart influert på implementeringen av hjemmesykehus og i bruktaking av tilbudet. Sengeplassene i hjemmet ble en nødvendighet for å ha plass til pasientene som trengte behandling på sykehuset, og dette kan ha bidratt positivt til økt bredde av pasienter til hjemmebehandling.

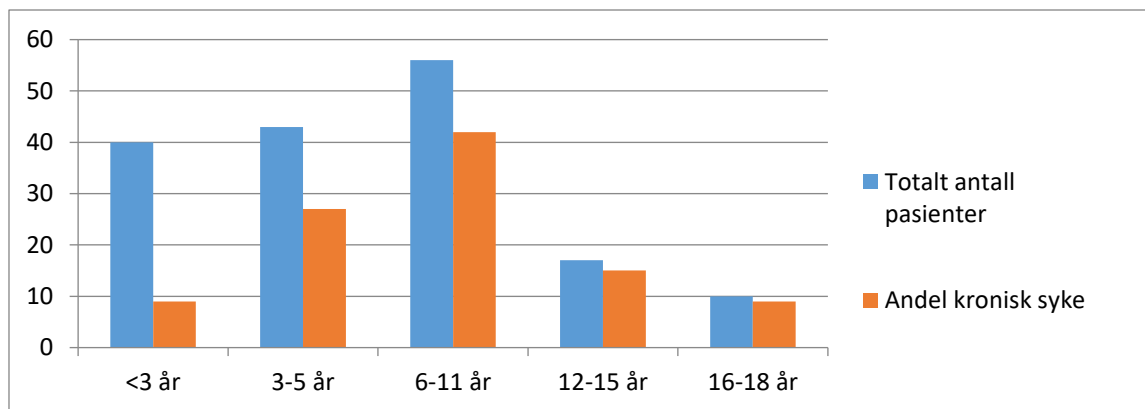
Videre sier flere av informantene at hjemmesykehus kan være noe mer ressurskrevende enn det man tenkte i utgangspunktet fordi: «Det er en komplisert aktivitet med stort geografisk område, mange komplekse pasienter og med behov for kompetente fagfolk med spisskompetanse». Budsjettrammen og tilgang på tilstrekkelig med kompetanse fremmes som utfordringer, men også motsatt: «Dersom man kommer til at dette er en rasjonell måte å drifte på som gir minst like god kvalitet, kan økonomi være en driver».

IKT løsninger, eller mangel på disse er effektivitetshindre. Det har vært mye plunder og heft for å ta i bruk journalsystemet på bærbare PCer utenfor sykehuset og fremdeles etter 14 måneder fungerer dette ikke. Konsekvensene er at pasientinformasjon må printes og tas med hjem til pasienten for å kvalitetssikre pleie og behandling, dokumentering i journal må gjøres på sykehuset og fører noen ganger til overtid for personale for å ferdigstille dokumentasjonen. Dette ville ellers blitt gjort fortløpende når sykepleier er i hjemmet til pasienten under den pågående behandlingen. Telemedisin nevnes av flere som et virkemiddel til å øke kapasitet, jobbe mer effektivt, få flere pasienter over til hjemmebehandling samt øke kvalitet og sikkerhet i arbeidsprosessene. Trang økonomi i avdelingen og liten kunnskap om telemedisinske løsninger internt samt tungroddede strukturer i Helse Sør-Øst er hindringer til å utvikle og teste ut dette.

4.2.1 *Aktivitetsmønster*

Indikatorer for hvordan hjemmesykehus virker kan være aldersfordeling, pasientdiagnoser og prosedyrer som gjøres i hjemmet.

AHS har 160 registrerte innleggelser i undersøkelsesperioden. De siste 6 månedene viser 790 pasientdøgn i hjemmet med gjennomsnittlig liggetid på 4,3 dager. Totalt er 1800 pasientkonsultasjoner registrert. Aldersfordelingen viser at pasienter under 6 år utgjør 50 %, 34 % er mellom seks og elleve år og 16 % eldre enn 12 år. Pasienter fra Avdeling for nyfødt har imidlertid utgjort et fåtall, det kan synes som organisasjonsstrukturen med plassering av AHS under Avdeling for barn- og ungdom har ført til lav rekruttering fra denne avdelingen.



Figur 1: Antall pasienter fordelt i aldersgrupper og antall kronisk syke

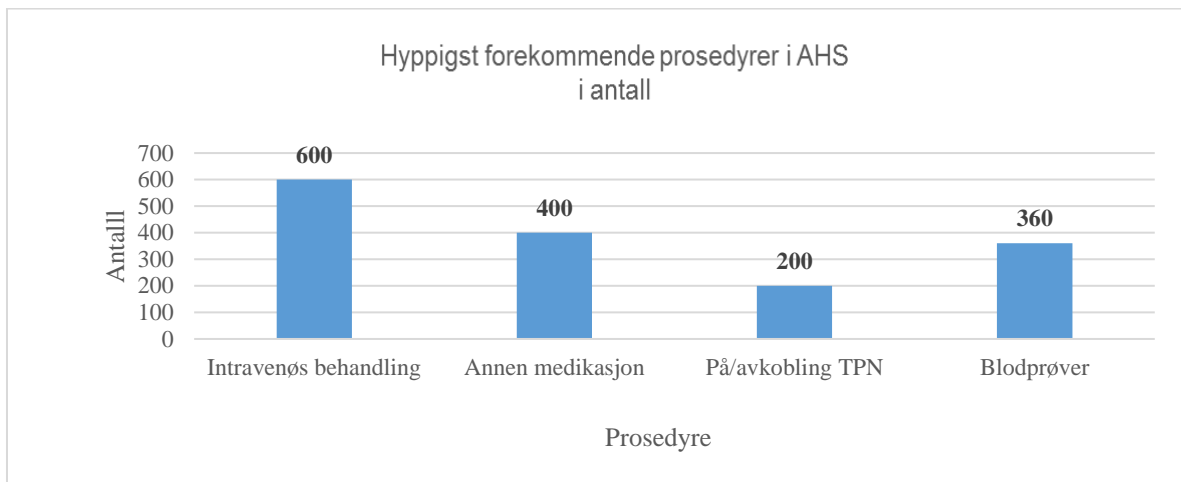
Etter småbarnsalder, fra 3 år og oppover er det i hovedsak pasienter med kroniske sykdommer som fyller tilbudet. Hovedgruppene er kreftpasienter som utgjør 30 % og deretter nyoppdaget diabetes type 1 med 15 %. I tillegg sees pasienter med ulike kroniske tilstander innenfor gastrologi som Morbus Chron og obstipasjon. Videre problematikk knyttet til inntak av ernæring til pasienter utenfor nyfødtp perioden. Premature barn med ernæringsproblematikk følges fremdeles opp av nyfødtafdelingens ambulerende team. Pasienter med syndromer eller multifunksjonshemninger har også en plass, men følges ofte poliklinisk.

I tillegg viser dataene flere andre tilstander behandlet utenfor sykehuset, eksempelvis behandlingstrengende infeksjoner, nevrologiske tilstander med krampeproblematikk og nyresykdommer. Ønsket om å bredde tilbudet istedenfor å spisse mot noen få enkeltgrupper ser ut til å gjennomføres. Ved å øke pasientgrunnet har dette innvirkning på målet om frigjøring av sengeplasser.

Barn i palliativ fase utgjør en liten andel, men har gjerne lengre innskrivningsperioder i hjemmesykehuset, noe de erfaringsmessig også ville hatt dersom de var innlagt i sengepostene. Her erfares ved flere anledninger konvertering av døgnopphold til polikliniske konsultasjoner i hjemmet enten med faste dager eller ved behov. Hjemmesykehuset har prioritert disse pasientene og søkt fleksible løsninger for at familien og barnet skal få dekket behovene i hjemmet. Fleksibilitet i driften fremholdes av flere informanter som en positiv effekt som gir mulighet for et mer tilpasset tilbud for noen pasienter, og kan løse problemer som oppstår mellom hjem og sykehus, ved at hjemmesykehus har polikliniske konsultasjoner i hjemmet eller inne på sykehuset.

Oppgaver som gjennomføres er hovedsakelig knyttet til administrering av intravenøse medikamenter, og da særlig antibiotika. Ulike metoder for å overvåke og administrere

ernæring samt opplæring, veiledning og justering av insulin hos diabetespasienter er en hyppig registrert aktivitet. Aktivitetene er imidlertid ikke registrert i tilstrekkelig grad til å kunne gi eksakte kvantitative talldata. I tillegg går en del kapasitet til insulinpumpestart over tre dager med tre pasienter og deres omsorgspersoner. Dette er en aktivitet som har avlastet sengeposten betydelig. Ellers sees administrering av TPN³ og blodprøvetaking. Figur 2 visualiserer de hyppigst forekommende prosedyrer i antall:

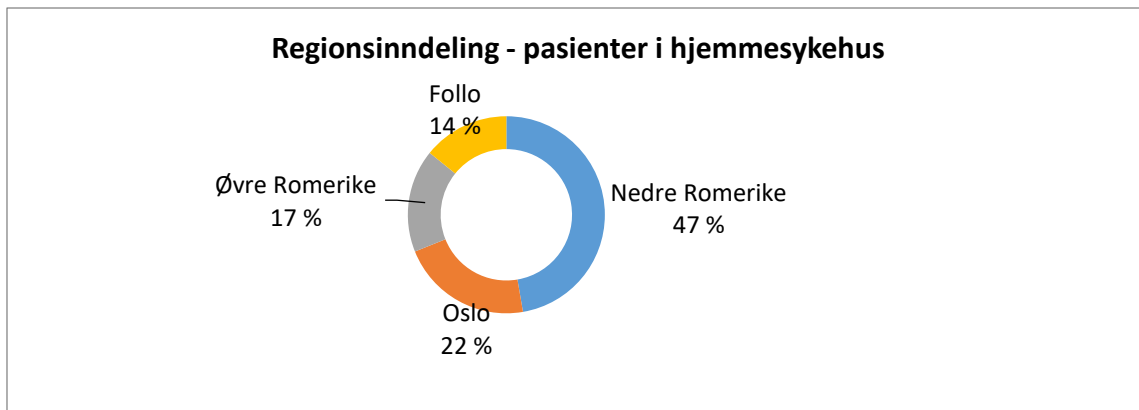


Figur 2: Hyppigst forekommende prosedyrer

Som tidligere skrevet er det omfanget av ulike oppgaver som beskriver hjemmesykehusets virkning, fordi angivelse av prosedyrer viser mulighetene i hjemmebasert sykehusbehandling. Dataene i oppgaven kan danne grunnlagt for evaluering på et senere tidspunkt og kan beskrive utvikling av AHS over tid.

Figur 3 viser fordelingen av pasienter innenfor regioner, med flest pasienter på Nedre Romerike og færrest pasienter i Follo. Figuren angir ikke fordelingen av konsultasjonene for pasienter i regionene. Datagrunnlaget har ikke gitt anledning til å analysere dette.

³ TPN er forkortelse for total parenteral ernæring og betyr tilførsel av alle nødvendige næringsstoffer, salter og vitaminer direkte inn i blodbanen



Figur 3: Regionstilhørighet

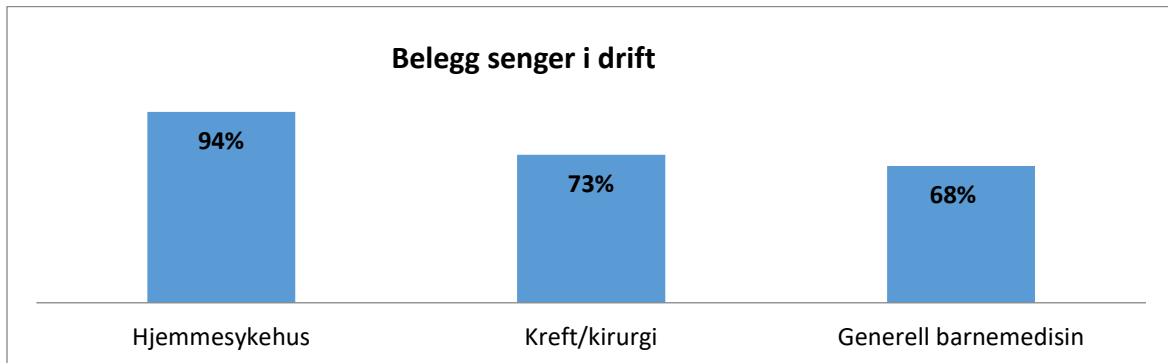
4.2.2 Ressursbruk

Ingen av informantene uttaler seg konkret om økonomiske konsekvenser, utover at tilbudet er forventet å koste mindre enn tradisjonell sykehusinnleggelse, og behovet for å gjennomføre en kostnadsanalyse. Utviklingen viser at hjemmesykehus går mot å behandle sykere pasienter, dette vil kreve noe mer ressurser og mer involvering fra legene, men kan være både gunstig og praktisk.

Det fremkommer at oppstartsperioden har vært en belastning på pleiepersonalet i AHS. I pilotperioden på 10 måneder var det fire sykepleieårsværk og fra implementeringstidspunkt 6 sykepleieårsværk, dette har ivaretatt bemanning av vaktplaner med to-delt skift inkludert helg og høytidsdager. Stillingene er dekket av 6 – 8 sykepleiere og har krevd høy grad av fleksibilitet for å gjennomføre drift. En informant uttaler: «Med perioder en sykepleier på hvert skift tenker jeg den ekstreme fleksibiliteten man har sett i oppstartsperioden ikke varer, og vil antakelig utfordres mer og mer over tid».

Strategisk rekruttering av høyt kompetente fagpersoner har gjort hjemmesykehuset i stand til å drifte med lite personell og samtidig hente ut bredden i pasientgruppen og dermed øke pasienttilfanget. På den annen side fremkommer det å ha vært krevende også i sengepostene når flere høykompetente fagpersoner ble tatt ut fra arbeidet fordi total kompetansen ble redusert. Motstanden i legegruppen knyttes til dels opp mot dette, hvor rasjonale er at kompetanse ble allokert for å ivareta pasienter som ikke er akutt kritisk syke.

Ved sammenligning av beleggsprosenten mellom de tre seksjonene i avdelingen utpekes hjemmesykehus med høye beleggstill, figur 4 viser fordelingen. Dette betyr at det driftes effektivt med tanke på planlagt aktivitet og bemanning. Barneavdelinger i Norge har en beleggnorm som tilsier full drift ved 75% belegg. Det kan synes som hjemmesykehus har kapasitet til å øke antall sengeplasser noe for å komme innenfor 75 % belagte senger. Dette utgjør 6 - 7 senger i drift.



Figur 4: Prosentvis belagte senger i 3 seksjoner i Avdeling for barn og ungdom

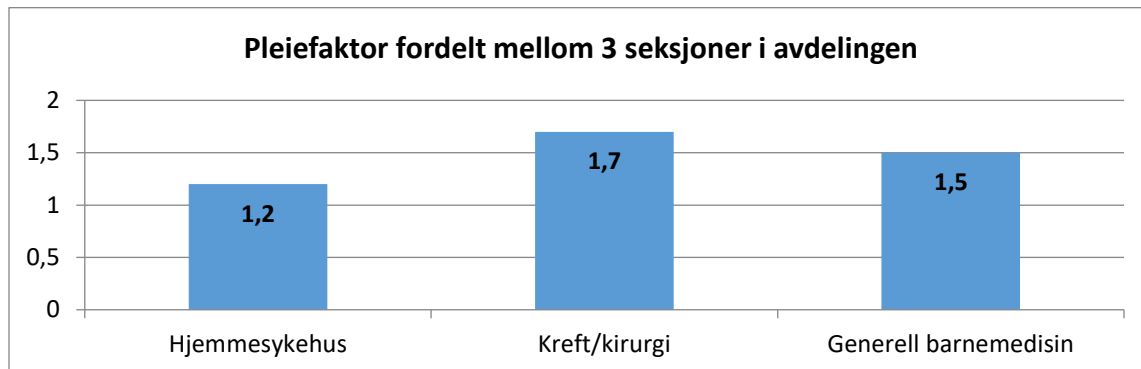
I AHS har sykepleierne overtatt legenes rolle i enkelte vurderinger av pasienten. Dette krever at legene stoler på at sykepleierne er kompetente og kan gjøre de riktige vurderingene. Enkelte uttrykker at vi underbraker høyt kvalifiserte sykepleierressurser med flere års høyere helsefaglig utdanning, og at overføring av ansvar og oppgaver er et riktig og viktig organisatorisk og strukturelt grep. En av informantene uttrykker det slik:

Pasientene skal være så avklart at det ikke er behov for en lege for å tilsees daglig. Jeg tror sykepleietjenesten kan ta mer ansvar og selvstendige avgjørelser enn det vi tenker i ren tradisjonell sykehusdrift i dag. Modellen er en spydspiss og det er helt klart en jobbglidning. Noen er engstelige for dette og uenige vil jeg tro, men jeg mener det er en riktig jobbglidning.

Legene sparer tid ved at de ikke går visitt på morgenen og heller ikke følger opp pasienten senere på dagen, slik rutinen er i sengepostene. «Det er åpenbart tidsbesparende, i og med man ikke går innom pasientene, men bare har previsitt».

Figur 5 viser pleiefaktoren i de tre seksjonene og synliggjør at hjemmesykehus har en lavere faktor enn sengepostene. Dette er interessant med tanke på vurdering av tidsbruk ved transport til og fra pasientene og om dette krever mer pleieressurser totalt sett enn å pleie pasienten i

sykehusets senger. Beregningene viser gjennomsnittlig mindre bruk av pleieressurser per pasientseng.



Figur 5: Pleiefaktor

I arbeidet med å pilotere og implemenere hjemmesykehus er det ikke tilført midler til prosjektet i avdelingen. Dette er opplevd krevende både kompetansemessig og økonomisk. Under den pågående implementeringen av tjenestemodellen, har avdelingen fått budsjettkutt for 2017 i forventet innsparte lønnsmidler. En av informantene sier det slikt:

Det har vært tøft å ta kuttene i personale og i økonomien og fortsatt klare og håndtere de inneliggende pasientene. Rekrutteringen til hjemmesykehus går også i perioder, og de periodene seksjonen ikke har pasienter som kan overføres til hjemmesykehus har vi ikke avlastningen vi trenger.

Budsjettkuttet har oppstått som en negativ sideeffekt for avdeling for barn og ungdom, men en positiv sideeffekt for klinikken.

4.2.3 *Innvirkning for brukerne*

Informantene uttrykker at det er unikt for pasientene og deres familie å få være i eget hjem, særlig i langtrukne sykeperioder. De opplever fornøyde foreldre og en god tone når det snakkes om hjemmesykehus. Tilbudet til onkologiske barn, deres foreldre og søsken er dramatisk endret fra lange opphold på sykehus, og da særlig i forbindelse med infeksjoner eller ernæringsproblematikk, til behandling og pleie i hjemmet. I enkelte tilfeller unngår pasientgruppen reise inn til poliklinikken for blodprøvekontroll, turer som for noen innebærer gråt, kvalme og utilpasshet, fordi AHS tar blodprøvene i hjemmet.

Diabetesomsorgen er tilsvarende endret med fortettet undervisning og fokus på å lære og leve med diabetes i trygge omgivelser i hjemmet. Palliativ behandling til barn i terminalfase er

forbedret ved at sykepleierne er tilstede for foreldrene i hjemmet. En av informantene har opplevd det slik: «Jeg snakker med pasientene og pårørende som benytter seg av tjenesten, de fleste kan ikke få fullrost både behandlingen og det å være hjemme, opp imot det å være på sykehus».

Det er også en trygghet for pasienten og pårørende at det er ubyråkratisk å komme tilbake til sykehuset, i og med hjemmesykehus er en del av klinikken og organisert under sengepostavdelingen. Organisasjonsstruktur viser seg i dette anliggende å være av betydning, slik teorien beskriver (Røvik et al. 2013, 174).

4.3 **Prosesseffekter**

I mange reformer er det knyttet forventninger til forbindelsene mellom de valgte løsningene og effekten på tjenesten og for brukerne (Christensen et al. 2008). Hjemmesykehus kan, som tidligere beskrevet sees i sammenheng med Samhandlingsreformen med de forventningene som ligger til utvikling av en bærekraftig helsetjeneste. Utflytting av spesialisthelsetjenester til eget hjem stiller krav til kvalitet og ivaretagelse av pasientsikkerheten. I kartleggingsrapporten er dette beskrevet utredet og definert som et hovedmål i hjemmesykehusets kvalitetsarbeid (Ponton 2015).

4.3.1 *Kvalitet*

Objektive mål for god kvalitet kan være vanskelige å definere og er en prosesseffekt som kan være utfordrende både å beskrive og måle. Samtlige informanter vektlegger imidlertid kompetent personell som den viktigste forutsetningen for og årsaken til levering av god kvalitet i tjenesten. I rekrutteringsarbeidet var kompetent personell både fra sykepleie- og legetjenesten en del av strategien. Videre er avviksmeldinger en kvalitetsindikator. Hjemmesykehus har få meldte avvik sammenliknet med sengepostene, dette kan indikere pasientsikker drift. Pasienttilfredshet er en annen indikator og en aktør uttaler: «Det har ikke vært episoder som gjør at det bør driftes annerledes». Dette eksemplifiseres ved det nye diabetesforløpet og den palliative kompetansen som er bygget i hjemmesykehuset, en uttaler: «Tidligere var det tilnærmet taushet rundt palliasjonspasientene».

Det er utarbeidet egne rutiner og prosedyrer gjeldene arbeidsprosessene i hjemmesykehus. Ut fra dette kan det se ut til at hjemmesykehus opererer i tråd med målet om kvalitet og sikkerhet i behandlingen. Oppfattelsen av at hjemmesykehus leverer tjenester med god kvalitet kan også være viktig for videreføring av driftsmodellen. En av aktørene sier det slik: «Mitt inntrykk er

at vi har kompetent personell i denne tjenesten og det er klart den viktigste forutsetningen for å levere kvalitet. Jeg mener kvalitet har bidratt til at vi kan gi et mer tilpasset tilbud. Det å ha et tilbud som er veldig godt for noen er en kvalitet i seg selv». En annen sier: «Det er viktig å ha fokus på kvalitet slik vi har, det vil sannsynligvis få større konsekvenser dersom det oppstår en stor feil i hjemmesykehus enn om det skulle skje inne».

Erfaringene rundt komplekse pasientsituasjoner er at disse håndteres bedre når pasientforløpet går via hjemmesykehus. Dette er vanskeligere å kvantifisere via talldata fra pasientregistret men flere av informantene trekker frem at overgangen fra sykehus til kommune er endret til det bedre. En informant uttrykker det slik: «Jeg ser at hjemmesykehus er en ressurs inn mot personale og da særlig inn mot kommunesamarbeidet. De er i ferd med å bygge en unik kompetanse som ikke er like sterk i organisasjonen ellers».

4.3.2 *Brukertilfredshet*

I lys av undersøkelsene fra andre sykehus og generelt oppfatningen av at syke barn har det best hjemme, er det knyttet høye forventinger til at brukerne opplever tjenesten som positiv. Det er gjennomført en brukerundersøkelse av AHS som foreløpig er upublisert, denne viser til fornøyde foreldre (Asen 2016).

Pasientens sykdomshverdag koordineres i noe grad av hjemmesykehus, og de opplever at foreldre tar kontakt med pleierne der istedenfor med andre instanser på sykehuset. En informant sier: «Pasientene har mange mennesker å forholde seg til og det kan være vanskelig å få tak i rett person på sykehuset. Tilgjengeligheten kan på den annen side være et effektivitetshinder, det kan bli hyppige avbrytelser i arbeidsprosessene pleierne står i». Det oppleves videre at barna som er store nok til selv å ønske hjemmesykehus fremfor poliklinikk eller innleggelse er med på å presse frem nye løsninger for tilbud i hjemmet. På den annen side er det fremdeles pasienter som kunne vært inkludert men allikevel ikke får tilbudet. Denne utfordringen vender jeg tilbake til i avsnittet om kulturelt perspektiv.

4.3.3 *Kultur*

En annen prosessrelatert utfordring som er nevnt av flere aktører er den kulturelle. Det er en bred enighet om at hjemmesykehus modellen er i tråd med Barne- og ungdomsklinikkens formelle og uformelle normer og verdier, men det fremkommer allikevel ulike meninger mellom faggruppene om hva som er mulig eller ønskelig å gjennomføre som

hjemmebehandling. Dette kan ha innvirkning på pasienttilfanget og målet om reduksjon av sengeplasser.

Informantene er delt om motstanden fra legegruppen er forsvunnet helt, og enkelte påpeker at den ikke var større enn forventet. Alle er imidlertid enige om at den tydelige motstanden i oppstartsfasen er borte. Noen er lojale og positivt pådrivere og andre mer skeptiske. En sier: «Ved å være skeptiske blir de motarbeidende selv om de ikke ønsker å være det. Noen av de mest skeptiske, bruker hjemmesykehus mest i dag». Motstanden fra poliklinikken har opplevdes krevende og ført til at rutiner ikke er utarbeidet etter intensjonen. Videre erfares at fagfolkene med tiden har blitt kjent med driftsmodellen, og fått mer innsikt og forståelse for at tilbudet skal bestå. En av informantene uttaler: «Det oppleves en endret kultur og tankegang rundt syke barn og hvordan de kan håndteres, tanken om at syke barn kan behandles hjemme er ganske langt fremme nå».

4.3.4 *Ansatt motivasjon og tilfredshet*

Motivasjonen og engasjementet til medarbeiderne i hjemmesykehus bemerkes av samtlige aktører. «Tilgangen på pleiere har ikke vært et problem til nå det har vært populært å jobbe der». Dette kan benyttes aktivt i arbeidet med å beholde arbeidskraften i avdelingene. En aktør sier: «Hjemmesykehus er en liten seksjon hvor den enkelte tilsynelatende har et eierforhold til arbeidsoppgavene og dermed drives seksjonen bedre». Flere informanter fremhever at andre typer utfordringer enn i sengepost, høy grad av selvstendighet, helhetstenkning og bredt spekter av arbeidsoppgaver er motiverende for enkelte. Det fremkommer at annen type vaktordning uten netter skaper tilfredshet hos noen. Videre erfares stolthet over å være delaktig i utviklingen av noe nytt.

På den annen side er det skapt høye forventinger og krevd ekstrem fleksibilitet av den enkelte, fordi det er knapt med personellressurser. Dette er en utfordring og kan virke stressende og demotiverende over tid (Christensen et al. 2008). Modellen er sårbar med tanke på bemanning, med kun en sykepleier på kvelder og i helger, tåles ikke sykefravær og i liten grad ferieavvikling. Det fremkommer som nødvendig å tenke seksjonen i større format i fremtiden og sørge for opplæring av personell i sengepostene slik at de kan alternere inn i hjemmesykehus ved behov. Dette vil bidra til en mer robust drift og mindre grad av stress hos personalet. En informant sier: «Det vil nok være enklere å drifte i større format enn i det lille

formatet det driftes i dag. Jeg tror rent praktisk er det bemanningen fra dag til dag som er den største utfordringen».

4.4 Systemeffekter

Ved oppstart av AHS var det en oppfatning at samhandlingen med primærhelsetjenesten var mangelfull og det var ønskelig å jobbe systematisk med å bedre dette. Ved å sette kompetanseoverføring som et hovedmål for hjemmesykehus var hensikten å få flere barnepasienter over til hjemmebasert behandling. Samhandlingsreformen var retningsgivende og det var avdelingenes erfaringer med motstand og utrygghet i kommunene for å overta barnepasienter som var driveren til å iverksette tiltak for å optimalisere samhandlingen. Ved å tilby kompetanseoverføring kunne dette være et lokalt insentiv og virkemiddel for å gjennomføre de strukturelle endringene som allerede ligger i Samhandlingsreformen med endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner. I tillegg var det et ønske om å teste ut ulike former for interaksjoner i systemene mellom sykehus og kommune, for om mulig å gi pasienten bedre vilkår under sykdomsperioder (Ponton 2015). Dette sammenfaller med det som Helse- og omsorgsdepartementet nå fremmer som «pasientens helsetjeneste» og tidligere «sømløs helsetjeneste».

4.4.1 Samordning

Samhandlingsreformen er rettet særlig mot den eldre pasienten i spesialisthelsetjenesten og lite mot barnepasienten. Hvordan foretaket kan utøve spesialisthelsetjeneste opp mot kommunehelsetjenesten og bygge videre i et samhandlingsperspektiv har informantene gjort seg tanker rundt. Samhandling mellom Barne- og ungdomsklinikken og kommunehelsetjenesten fremkommer som en utfordring, hvor skjevhet i kompetansen utpekes spesielt. Videre er det knyttet utfordringer til antall kommuner i opptaksområdet, ulik organisering og mange helsepersonell å forholde seg til. Samlet gir informantene uttrykk for at ulikheter i struktur, kultur og fagkompetanse kompliserer samhandlingen og ser ut til å øke utfordringene rundt hjemmebehandling. En av informantene sier det slik:

Det er mange kommuner, og soner i hver kommune. Det er så mange å ta tak i, tilbakemeldingene fra familier som har fått hjemmesykepleie er at de savner kontinuitet blant hjemmesykepleien, at de ikke kommer til tiden. Vi har forventning om en grunnleggende kompetanse hos hjemmetjenestene som er hos barna.

Funnet sammenfaller med Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, som oppsummerer med «Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen» (Riksrevisjonen 2016). En informant beskriver kompetansemangelen

slik: «Pasienten er nå på en arena hvor det like gjerne kunne vært kommunen som hadde ansvaret, dersom de hadde kompetansen. Hadde det vært voksen eller eldre var pasienten kanskje skrevet ut, men sånn er det ikke med barn».

Utarbeidelse av samarbeidsavtaler mellom sykehuset og kommunene kan drive prosessen fremover. Det må i tilfelle være en ønsket dreining fra kommunehelsetjenesten i kjølvannet av Samhandlingsreformen, men det sees ingen opplagt vilje til dette så langt.

Problemstillingene hos barnepasientene er gjerne mer spredt og gjelder i større grad enkeltpasienter, med færre kasus per kommune enn hos voksne. Dette er en av grunnene til at tidsbruken blir en hindring, det krever for mye ressurser å overbringe kompetansen til at dette er effektivt. En informant foreslår etablering av tverrkommunale barneteam for å opparbeide og bevare kompetansen. Det må anerkjennes at kompetanseoverføring generelt krever tid og spesielt når dette har vært preget av egne opplæringer i hver enkelt kommune. Hos enkeltpasienter med langvarig behandling eller større geografiske avstander, kan det likevel være fornuftig ressursbruk å lære opp helsepersonellet. En av informantene oppsummerer det slik:

Barnet har i stor grad nesten ikke vært berørt av samhandlingsreformen. Det er klart at ved en tettere dialog og ved at hjemmesykehus kan være en buffer mellom kommunen og sykehuset så vil samhandlingen bli bedre. De vil møtes hos pasienten. Dersom vi klarer å kombinere de individuelle treffpunktene med systematiske, repetitive rutiner i samarbeid med kommunen, så tror jeg vi har noe å hente, særlig for de kronisk syke og de som trenger mye hjelp. På sikt tror jeg kanskje at hjemmesykehus kan bidra til at en del barn får færre sykehusopphold fordi vi får til en bedre opplæring og dialog.

Det er imidlertid enighet om at AHS ikke skal ha en overordnet koordinatorrolle mellom sykehus og kommune, men i større grad bidra til koordinerte tjenester innenfor pasientforløpene hjemmesykehus er en del av, altså når pasienten er på vei ut av sykehuset og skal etableres hjemme.

4.4.2 *Strukturelle endringer*

Utfordringene som beskrives kan være krevende å løse. Det har vært et ønske fra prosjektgruppen å teste ut nye metoder for samhandling rundt pasientene, men uten økonomiske insentiver som stimulerer kommunene til et samarbeid har det gitt lite resultater. Hjemmesykehus er en Bottom-up endring, og da med fare for at strukturelle endringer i

systeminteraksjonen og kommunikasjonen mellom sykehus og kommuner mangler virkemidler som kan bidra til større effekter.

Det mangler også en finansieringsmodell som dekker utgifter pasienter har til legemidler, dette hindrer utskrivelse og overføring av pasienten til kommunehelsetjenesten. Eksempelvis kan pasienten i slutfasen av intravenøs antibiotikabehandling skrives ut av sykehuset og få administrert behandlingen av hjemmesykepleien. Pasienten må selv kjøpe medikamenter og engangsutstyr på utskrivelsesdagen. Dette har ført til at sykehuset har finansiert legemidler og utstyr ved de anledningene samarbeid med kommunen er etablert.

For å oppnå bedre samhandling avslører intervjuene nødvendigheten av å utvikle en rutinemessig og strukturert kommunikasjon. Det er behov for en felles plattform for pasientdokumentasjon, bedre digitale løsninger for overvåking og en felles prosedyredatabase. Hjemmesykehus må i større grad benytte den standardiserte kommunikasjonskanalen gjennom pleie- og omsorgsmeldinger, komme i tidlig dialog med kommunen og lære å etterspørre de riktige tingene. Det forventes at kommunen på sin side raskt kommer på banen når det meldes behov for kommunale tjenester. Funnene viser seg å sammenfalle med Riksrevisjonens konklusjon om at samarbeidet om pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er god nok, og informasjonsutvekslingen må bli bedre (Riksrevisjonen 2016).

4.4.3 *Kapasitetsbygging*

Samhandlingsreformen er retningsstyrende mot økt ansvar for befolkningens helsetjenester i kommunen, og hverdagen på sikt er i kommunen også for en del barnepasienter som foreløpig ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Det er mulig å bedre kapasiteten i sykehuset både ved at AHS gir sykehusbasert hjemmebehandling og ved at kommunehelsetjenesten blir i stand til å ivareta større del av en mer spesialisert behandling i grensesnittet mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Hjemmebasert sykehusbehandling kan dempe behovet for flere senger, optimalisere pasientgjennomstrømningen og bidra til bedre utnyttelse av pasientsengene i sykehuset. Hvilket betyr at befolkningsveksten i større grad kan ivaretas innenfor dagens sengekapasitet og forsinke behovet for å bygge nye arealer.

Under spørsmålet om kapasitetsbygging trekker to av informantene frem jobbglidningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen samt mellom spesialisthelsetjenesten og

foreldre. En sier «det kan frigjøre ressurser på sykehuset ved en jobbglidning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og i det kan muligheter for å bygge kapasitet finnes». En annen sier:

Vi kan håndtere flere pasienter ved at de bor hjemme, vi frigjør sengeplass og tid på tross av reisetiden, fordi man kun forholder seg til pasienten i det den trenger hjelp med. Den daglige omsorgen og pleie av barnet er allikevel ivaretatt av foreldre. Dette forsvinner helt ut og blir ikke en del av arbeidsoppgavene.

Hjemmesykehus er et virkemiddel fra sykehuset til å møte kommunehelsetjenesten på en arena som er gjenkjennbar og nær, og skape trygghet ved å gi opplæring hos den spesifikke pasienten. Informantene uttrykker at Barne- og ungdomsklinikken kan oppnå gevinster ved bedre samhandling med kommunene. Hvor mye tid og ressurser som kan prioriteres i et systematisk utviklingsarbeid må imidlertid vurderes mot forventede effekter.

4.5 Oppsummering av funnene

Funnene innenfor kategorien av operasjonelle effekter viser at det er flest barn under 12 år som mottar tilbudet og høyest antall i alderen 6-11 år. Pasienter med kroniske tilstander dominerer innleggelsesbildet. Fra 12 år har nesten samtlige som mottar behandling kroniske sykdommer, men de utgjør i antall den minste gruppen av pasienter. Oppgavene i AHS omhandler oftest intravenøs medikasjon, annen medikasjon, ernæringstilførsel samt blodprøvetaking. Ressursberegninger viser at AHS har høyest belagte senger med 93 % og lavest bemanningsfaktor på 1,2 pleiere per seng i avdelingen. For brukerne betyr hjemmebasert behandling tidligere hjemreise og enkelte unngår å reise inn til sykehuset for poliklinisk behandling eller blodprøver. AHS gjennomførte 400 polikliniske konsultasjoner og totalt 1800 pasientmøter i hjemmene.

Videre opplever informantene prosesseffekten kvalitet som god, dette begrunnes med kompetente medarbeidere. Brukertilfredsheten erfares som høy og etterspørsel av tilbudet virker som en driver til å finne nye hjemmebaserte løsninger. Effektene på kultur viser at det fremdeles er ulike holdninger mellom faggruppene og avdelingene om hva som er ønskelig å gjennomføre hjemme istedenfor på sykehuset. Motstanden som opplevdes i oppstartsfasen er mindre og kulturen har endret seg med tanke på hvordan syke barn kan håndteres i hjemmet. AHS' ansattes engasjement og motivasjon fremheves av samtlige informanter, men samtidig er det behov for flere med ambulant kompetanse for å redusere de ansattes opplevelse av stress.

Funnene innenfor kategorien systemeffekter handlet i hovedsak om utfordringene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Samlet ga informantene uttrykk for at ulikheter i struktur, kultur og fagkompetanse kompliserer samordningen rundt pasientene. Strukturelle forhold som finansiering, mangel på felles digitale løsninger og lite bruk av strukturert kommunikasjon gir utfordringer. En kultur for å ikke ta imot barnepasienter på lik linje som voksenpasienter er sterkt tilstede, hvor lite barnekompetanse fremheves spesielt. Samtlige informanter mener det er mulig å øke kapasiteten i sykehuset ved å benytte modellen for hjemmebasert sykehusbehandling og enkelte ved at kommunehelsetjenesten blir i stand til å ivareta pasienter som er i grensesnittet mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

4.6 Instrumentelt perspektiv

Hjemmesykehus for barn er etablert i flere land, eksempelvis England, Sverige og Danmark. Det er derfor sannsynlig at ideene til organisasjonsutformingen er hentet fra andre land etterhvert som denne er beskrevet både i litteraturen og presentert i fagmiljøene.

I Sverige har Astrid Lindgrens Barnsjukhus en utstrakt virksomhet med hjemmebehandling til pasienter i Stockholm, tilbudet er bygget opp over 17 år. Virksomheten viser til lavere kostnader for behandling av pasienten hjemme (Bergius et al. 2001). Det finnes en del nyere litteratur, også norske mastergradsavhandlinger som har undersøkt driftsformen og hvor brukertilfredshet er beskrevet (Bjørndalen 2013). Til dels beskriver litteraturen økonomiske beregninger med kostnader tilsvarende som ved innelagte pasienter eller kostnadsbesparelser (Bjørndalen 2013; Hansson et al. 2013; Bergius et al. 2001). Avansert hjemmesykehus på OUS viser at hjemmebasert sykehusbehandling er relevant i Norge, tilsynelatende til lavere kostnader og med frigjøring av sengeplasser (Grøgaard 2011). OUS viser imidlertid til utfordringer med å opprettholde økt effektivitet på grunn av at de ledige sengene enten fylles opp med andre pasienter eller de gir en slakk og mindre press på å skrive ut pasienter. De økonomiske analysene som er publiserte gir lite konsistente beregningsgrunnlag og kan derfor vanskelig oppsummeres og gi et entydig svar på kostnadseffektivitet (Bjørndalen 2013). Det er forøvrig flere hjemmesykehus i Norden som er lagt ned de senere årene, gjerne i forbindelse med budsjettkutt.

Med tanke på budsjettkuttet avdelingen har fått underveis i implementering av hjemmesykehuset på Ahus er det åpenbart knyttet forventinger til opprettholdelse av høy

kvalitet til lavere kostnad, helt i tråd med det instrumentelle synet på organisasjoner som redskaper til måloppnåelse (Røvik et al. 2013, 33). Det kan bety at modellen må levere effektiv pasientbehandling for å overleve som struktur i klinikken, og avdelingen den er organisert under fortsetter å levere gode helsetjenester for de inneliggende pasientene. For å sikre dette mener de fleste informantene at hjemmesykehus må være en naturlig del av klinikken, en integrert del av Avdeling for barn og ungdom og unngå at den organiseres som en parallell struktur. «Pleierne må fortsette å være tilstede og synlige i avdelingene, fordi dette fører til dialog mellom faggruppene og de fremstår som viktige diskusjonspartnere».

Budsjettkuttet viser til det teorien beskriver som begrenset rasjonalitet hvor beslutningsregelen er bygd på at tilfredsstillende men ikke optimale løsninger velges (Røvik et al. 2013, 36). Det er ikke tilstrekkelig med tid eller ressurser til å innhente all informasjon som gir full oversikt, verken for ledere eller ansatte i virksomheten. Litteraturen viser til lavere driftskostnader ved hjemmesykehus modellen i Stockholm og muligheter for kostnadsbesparelser ved OUS modellen (Bjørndalen 2013). Klinikkleidelsen har likevel valgt å redusere budsjettet til avdelingen som er i ferd med å implementere en ny struktur i organisasjonen. Rasjonaliteten ligger i en forventet lavere driftskostnad. Hjemmesykehus har blitt et virkemiddel til å oppnå målet om budsjettbalanse for klinikken.

Sykepleierne opprettholder kompetanse ved å jobbe delvis inn i sengepostene og tar med seg erfaringer fra den ambulerende virksomheten tilbake i sengepostene. I tillegg møter pasientene de samme pleierne både inne på sykehuset og hjemme, det anses som en fordel. Dette viser til troen på å styre organisasjonen gjennom formelle strukturer, rutiner og prosedyrer vil påvirke konkrete handlinger og skape resultater, og er i tråd med det instrumentelle synet på organisasjoner (Røvik et al. 2013, 33). Med krav om snarlige effekter tas det imidlertid ikke høyde for kulturelle utfordringer som motstand mot nye strukturer, dette kommer jeg tilbake til.

Avdeling for barn og ungdom må som sagt bevise at de kan håndtere pasientgrunnlaget som forblir innlagt i sykehuset, med tilstrekkelig bemanning og kompetent personell. Det er så langt ikke et styringskrav å ha hjemmesykehus i barneklippene og modellen måles på kvalitativ god drift og høyt antall pasienter overført fra sengepostene. Med mottakelsen AHS har fått fra eksterne omgivelser med utelukkende positive tilbakemeldinger og medieoppslag, kan det medføre negativ publisitet og dårlig omdømme dersom tilbudet nedlegges.

Interessen som finnes for hjemmesykehus kan også være på bakgrunn av at modellen delvis beskrives i dokumenter fra Stortinget og slikt sett skaper et naturlig interessefelt for administrasjonen. Hjemmebehandling er en politisk føring retningsbestemt av Samhandlingsreformen og videreført i Stortingsmeldingen «Fremtidens Primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Mld. St. 26 (2014-2015)). I en instrumentell kontekst gir dette insentiver til å styre mot beskrevne mål med forventning om å nå disse. Målet er spesialisert behandling i hjemmet og lederne styrer etter dette. Rasjonale i ledergruppen ligger i å utvikle et godt tjenestetilbud med fornøyde brukere innenfor en økonomisk ramme som tilsynelatende kan være mindre per pasient.

Instrumentelt sett kontrollerer leder måloppnåelsen ved å benytte formell struktur som verktøy (Røvik et al. 2013, 48). Tilstrekkelig rekruttering av pasienter sees på som en utfordring da pasientbelegget allerede er lavt i Barne- og ungdomsklinikken, om enn noe høyere beleggstill etter omorganiseringen og reduksjon av senger inne på sykehuset. Det er betimelig å vurdere om det er mulig å drifte øyeblikkelig hjelp avdelingen forsvarlig da dette krever et visst nivå av bemanning og kompetanse, og samtidig organisere inn en ny struktur med tilbud om behandling i hjemmet.

Hvordan AHS formelt er lagt i organisasjonskartet kan derfor ha betydning for samarbeidet mellom seksjonene, avdelingene og ivaretagelse av pasienttilbudet i klinikken. «Det er utfordrende med enda en struktur som skal inn i et pasientforløp. Innenfor de onkologiske pasientene har det vært litt problematisk». Tilbakemeldingene fra informantene er at organiseringen av seksjonen i Avdeling for barn og ungdom skaper fleksibilitet både i driften og ved at personale bistår i sengepostene. Fleksibiliteten ligger blant annet i rutinen hvor pasienten kan veksle mellom post og hjemmesykehus uten byråkratiske hindre og gi et mer dynamisk pasienttilbud og dermed økte muligheter for hjemmebehandling. «Hjemmesykehus må fortsette som en integrert og naturlig del av post, vi trenger fleksibiliteten på grunn av sesongvariasjon. Ikke en parallellstruktur, men en naturlig forlengelse av sengepost».

Ut fra teorien kan samarbeidet formaliseres og standardiseres ved rutiner og prosedyrer. I praksis er det mer komplisert enn dette. I lys av den kulturelle konteksten vil hva som oppfattes som rimelig og akseptabel atferd vise seg som systematiske, kulturelle holdninger og handlinger hos medarbeiderne (Røvik et al. 2013, 55). Dette er ikke nødvendigvis i tråd

med tiltakene leder velger i arbeidet med å nå målene. Det viser seg at bekymring rundt ivaretagelse av de inneliggende pasientene har gitt seg utslag som motstand i legegruppen. En av informantene begrunner motstanden slik «det var vel mer en redsel for at når vi drifter utenfor sykehuset så mister vi senger og dermed så blir vår virksomhet mindre, og mindre rasjonelt drevet. At vi skrumper inn, får dårlige lokaler, det tror jeg har vært den underliggende hovedmotstanden».

Fordi klinikken kan drifte uten hjemmesykehus kan tilbudet nedlegges, slik flere hjemmesykehus for barn både i Sverige og Danmark er rasjonalisert bort. Sykehusene har politiske krav om å tilby fulltidsstillinger, fagforbundene står hardt på at pleiere kun skal jobbe hver tredje helg og klinikkens budsjett tilfredsstiller ikke begge krav. Det kan derfor være krevende å opprettholde en struktur som ikke er en lovpålagt tjeneste. En av informantene formulerer det slik

Så er det dette med økonomi som alltid spiller inn. Det må vise seg å kunne forsvares, hvis tjenesten er altfor dyr og høyspesialisert mener noen at det er for kostnadskrevenende at sykepleiere skal bruke tid i bil å reise langt når de kunne løpt rundt og sett 4 pasienter samtidig. Men, så er jo det å ligge inne på sykehus kostbart, det er kanskje ikke så lett å se. Det trengs nok å fortsette å vises igjen i vår form for hjemmesykehus, at det er en benefit på alle organisatoriske og økonomiske nivå.

4.7 Institusjonelt perspektiv

Etter å ha beskrevet noen effekter kategorisert ut fra effektmodellen til Pollitt og Bouckaert, skal det sees på hvordan konteksten i kulturen og i omgivelsene kan forklare effektene.

Fra et institusjonelt perspektiv kan man forvente at reformen eller endringen kan spores tilbake til spesifikke handlinger og ulike aktører, og at effektene vil være begrenset ut i fra interne rammer og eksterne krefter (Lægreid og Roness 2003, 172). Det organisatoriske rammeverket muliggjør på et gitt tidspunkt enkelte handlinger eller endringer og andre vil være mer problematiske, rammeverk kan og endres som et resultat av politisk initiativ (Lægreid og Roness 2003, 151). Dette kan synes aktuelt for hjemmesykehuset på Ahus, hvor det over flere år ble snakket om etablering, men responsen og interessen i klinikken var liten. De siste årene, særlig fra 2015 er det vist politisk interesse og driftsformen er i større grad knyttet mot Samhandlingsreformen og på den måten gjort mer gyldig i diskusjonen om virkemidler. I tillegg har positiv medieoppmerksomhet under pilotperioden vært pådriver til endringer i det organisatoriske rammeverket.

4.8 Kulturperspektivet

Kulturperspektivet kan benyttes som en forklaringsmodell til å forstå hvorfor effektene eller endringene er blitt slik de er. På bakgrunn av logikken om passende atferd kan man på den ene siden anta at hjemmesykehus som en ny organisasjonsmodell kan tas inn i organisasjonen forholdsvis uproblematisk. Pasientene og behandlingen er den samme som i avdelingen, slik at gjenkjennelse av situasjonen er tilstede. Dette kan også sees i sammenheng med handlingslogikk og kulturelle normer hvor institusjonens identitet og handlingsregler består av et sett med stabile regler og identiteter (Røvik et al. 2013, 54). Koblingen til hjemmebasert sykehusbehandling kan dermed tenkes å være uproblematisk fordi dette er nært knyttet til klinikkens identitet om best mulig behandling til barnepasientene.

Når pasientbehandlingen flyttes ut av sykehuset og inn i hjemmene skjer det en tilnærming til pasienten på pasientens premisser. Dette er en endring fra en tilnærming som skjer på personalets premisser i sykehusets tilpassede lokaliteter. Hva som er passende handling ut fra et kulturelt normativ og institusjonelt grunnlag i Barne- og ungdomsklinikken vises i foretakets visjon «menneskelig nær – faglig sterk», slik at i utgangspunktet er modellen i tråd med klinikkens formelle verdigrunnlag. Dette bekrefter også samtlige informanter.

Likevel erfares en uformell norm hvor fagfolkenes tradisjoner er i konflikt med pasientens beste. Eksempelvis har sykepleietjenesten historie og tradisjon for å reise hjem til pasienter, som hjemmesykepleien i kommunehelsetjenesten. Legene har over flere tiår mottatt pasienter på sykehuset eller på legekantoret, og har ikke lenger tradisjonen med ambulerende virksomhet i sin arbeidsform. Jamfør den kulturelle logikken om å handle i samsvar med erfaringsbaserte regler som man historisk sett vet fungerer godt, kan det derfor være at legene viser motstand mot en struktur hvor de skal ambulere ut til pasienten, eller for den saks skyld foreta avgjørelser i pasientbehandlingen uten å ha pasienten fysisk tilstede. På denne måten utfordrer AHS hva som ansees en passende handling. En av informantene uttrykker det slik: «Årsaken til at legetjenesten ikke ambulerer ut bunner i en tradisjon, det er ikke legenes base å jobbe ute».

På den annen side trer den instrumentelle logikken inn hvor samtlige informanter viser til at det hverken er rammevilkår eller økonomi til at legene kan arbeide ambulant, «de er en knapphetsressurs og utnyttes mest effektivt når pasienten kommer til sykehuset», «det var heller ikke planlagt i hovedmodellen at legen skulle ambulere ut». Fem informanter mener at

dersom hjemmesykehus skal utvikles må legene være mer delaktige også ut mot pasientene i hjemmet. En sier: «Skal vi utvikle hjemmesykehus til å bli kvantitativt større og kvalitativt bedre så må nok legene involveres mer enn i dag». To av informantene uttrykker at legene i begrenset grad skal ambulere ut, og at man heller bør stramme opp strukturen legetjenesten har inn i virksomheten og fortsatt styre den fra sykehuset. For å øke legenes eierforhold til pasienter i hjemmebehandling foreslår en av informantene: «Det bør tas i bruk interaktive modeller som facetime eller skype, dette kan unngå at det utvikles en struktur ledet og drevet kun av sykepleiere».

Fra et kulturperspektiv kan det forventes at ulike organisasjons- og profesjonskulturer vil influere på prosessen og at økt samarbeid er nødvendig, men ofte utfordrende (Christensen et al. 2008). Under implementeringen av AHS i Barne- og ungdomsklinikken kan ulikheter i profesjonskultur være hindringer for effektiv måloppnåelse, og dersom hjemmesykehus skal levere etter intensjonen er det nødvendig å øke samarbeidet mellom profesjonene. På den ene siden rapporterer flere av aktørene at motstanden som ble erfart fra legegruppen i starten er tilnærmet forsvunnet. Andre uttrykker at motstand fremdeles erfares og gir seg utslag i at pasienter ikke blir overført til hjemmesykehuset, det letes etter feil i driftskonseptet og i arbeidet som utføres. Motstanden kan gi seg uttrykk i: «Legene selv ønsker å se pasienten, arbeidsprosessen med epikriseskriving og overføringsnotat til hjemmesykehuset blir ansett som en tidkrevende arbeidsprosess og det oppleves enklere å ha pasienten inneliggende».

Sykepleietjenesten ser i større grad nytteverdien for pasienten og familien og utgjør få hindringer i arbeidsprosessene for overføring til hjemmet. En aktør viser til revirtenkning i klinikken og sykehuset generelt og utfordringer ved å overføre pasientarbeid og ansvar til andre. En annen informant oppsummerer det slik: «Noen ganger føler jeg at vi må kjempe pasientens kamp om å få lov til å være hjemme. At vi er pasientens advokat utad når de ønsker å være hjemme, det er faglig forsvarlig og kvalitetssikkert. Jeg synes vi bruker mye tid på overbevisning».

Dersom de ulike faggruppene og avdelingene fortsetter å følge sine kulturelle- og strukturellespor, kan dette gi utslag som konflikter, økt kompleksitet i pasientforløpet og ineffektivitet, slik teorien beskriver (Christensen et al. 2008). Målet om å få flest mulig pasienter over til hjemmebehandling er tett knyttet til et kulturelt samarbeid mellom faggruppene og avdelingene og en optimalisert pasientflyt krever en felles kulturell utvikling

også avdelingene i mellom, spesielt ved utarbeidelse av gode forløp for kronisk syke pasienter. En beskriver det slik: «Det er særlig samhandlingsutfordringer fra poliklinikken mot hjemmesykehus, tidligere har det bare vært poliklinikk og post som jobbet med pasientene, men nå har man en tredje instans. Det er mange som trækker i samme bed».

Den kulturelle handlingslogikken legitimerer at nye mål ikke følges og nye strukturer i mindre grad anerkjennes, her sees på tross av et svært godt tilbud til pasientene er det ikke tilstrekkelig til å anse tilbudet som fullt ut passende, dette er i tråd med teorien (Røvik et al. 2013). En annen informant uttrykker det slik: «Vi har hatt noen runder, kanskje særlig med poliklinikken hvor det har blitt mange hindringer. Noen ganger har det vært vanskelig å samarbeide om enkelte pasienter». På den annen side oppleves også godt samarbeid mellom sengepostene, poliklinikken og legene: «Diabetespasientene har fått et fint pasientforløp, som har blitt til via hjemmesykehus. De har vært enklere å samarbeide om, det har kanskje noe å si at dette er pasienter man henter fra sengeposten, ikke bare fra poliklinikken».

For at hjemmesykehus skal nå målene og bidra til positive effekter for virksomheten, er det særlig betydningsfullt at barnelegene anser dette som en god organisasjonsmodell og et tilbud som oppfattes akseptabelt, da de står ansvarlige for behandlingen og for hvilke pasienter som kan konverteres til hjemmebehandling. En passende handling avgjøres ut ifra de dominerende uformelle verdier og normer i organisasjonskulturen, disse er primært rettet mot fortiden (Røvik et al. 2013, 55). Dette handler også om pasientsikkerhet slik at høy kompetanse på sykepleietjenesten vil være en avgjørende faktor for barnelegene. Målet om kvalitet i tjenestene handler i stor grad av kompetente leger og sykepleiere. En sier: «Hjemmesykehusbarna får topp kompetanse alltid, og det ivaretar kvalitet. Det har ikke vært noen episoder som tilsier at man skal tenke annerledes». Informantene er tydelige på at hjemmesykehus leverer kvalitetstjenester, og for å fortsette med dette må kompetansecykuset opprettholdes og holdningene ovenfor dette videreføres.

Røvik med flere viser til March og Olsens begrep om historisk ineffektivitet, hvor organisasjonen ikke klarer å tilpasse seg endrete handlingsbetingelser raskt (Røvik et al. 2013, 62). Hjemmesykehus har de samme pasienter og behandlingen er tilnærmet tilsvarende inne på sykehuset, men det er en fundamental endring å gjennomføre avanserte prosedyrer og behandling utenfor sykehuset og uten mulighet for rask støtte ved behov. Dette utgjør en

trussel mot modellen ut i fra en instrumentell kontekst, da det krever fleksibilitet og effektivitet dersom en så kompleks struktur skal lykkes ved implementering.

I den kulturelle logikken er ineffektiviteten uproblematisk, i og med sti-avhengigheten gir stabilitet og dybde og bidrar til enklere å avgjøre hva som er akseptabelt (Røvik et al. 2013, 62). Imidlertid beskriver teorien at dersom kobling av situasjon og identitet gir mening og sammenfaller med kulturelle normer og verdier man prioriterer sterkt, vil man intuitivt kategorisere dem som ønskelige og handle deretter (Røvik et al. 2013, 55). Det kan synes som hjemmesykehus modellen rører ved sentrale verdier i barnemiljøet på sykehuset, med tanke på høy aktivitet innenfor den korte historikken virksomheten har. Ved spørsmål om hjemmesykehus er i tråd med eller strider mot klinikkens uformelle normer og verdier mener samtlige informanter at de sammenfaller. En informant uttaler: «Selvsagt er hjemmesykehus i tråd med våre uformelle verdier. Det handler om å gi rett behandling på rett sted og med best mulig omsorg for barnet. Det at barnet kan få være i eget hjem og samtidig motta avansert behandling er helt i tråd med slik vi ønsker å drive».

De grunnleggende verdiene og normene om pasientens beste og kompetente medarbeidere sammenfaller med hjemmesykehusets mål om kvalitet og pasientsikkerhet og ser ut til å være førende for hvordan tilbudet er skreddersydd etter klinikkens behov og rammer, samt innenfor den kulturelle logikken om hva som er passende. Det viser seg at opplevelsen av kompetent personell i hjemmesykehuset er avgjørende for overføring av pasienter, og synliggjøres særlig i de operasjonelle effektene og i prosesseffektene.

Når det gjelder kompetanseoverføring til kommunen har hjemmesykehus lyktes i mindre grad. Store kulturelle forskjeller mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skaper utfordringer for en sømløs helsetjeneste. Der hjemmesykehus kan levere kontinuitet og spesialisert kompetanse til barn med ulike diagnoser og behandlinger har kommunene, fra flere av informantenes ståsted komplekse og ulike strukturer, mange personer å forholde seg til og svært lite barnekompetanse. Enkelte kommuner er positive til å etablere et samarbeid rundt behandling og pleie av barnet, men ofte møtes en skeptisk holdning og utrygghet ovenfor pasientgruppen. En av informantene uttrykker erfaringene slik:

Det er mye jobb å få pasientene hjem med kommunalinvolvering. Det er ikke som i voksenverden å sende en PLO⁴ melding om at pasienten kommer hjem om tre dager, så er det i orden. Det er nærmest en dagsjobb å få en pasient hjem. Dersom ikke pasientbehandlingen er så lang at vi vinner på det i lengden, er det enklere å utføre prosedyrene selv.

4.9 Omgivelsesperspektivet

Omgivelsene har en påvirkningskraft på virksomheten, slik Røvik med flere skriver, og er en medvirkende årsak til at hjemmesykehuset både er pilotert og besluttet implementert i Barne- og ungdomsklinikken (Røvik et al. 2013, 76). Som tidligere beskrevet har klinikken vist oppmerksomhet for organisasjonsutformingen ved deltakelse på konferanser og modellen har begeistret og overbevist flere fagfolk inkludert ledergruppen. Selv om informantene i mindre grad mener omgivelsene har hatt betydning for beslutningen om pilotering av hjemmesykehuset, uttrykker samtlige at positiv omtale har hatt betydning for implementeringsprosessen. Det kan derfor være interessant å se nærmere på hva som faktisk har skjedd underveis og hvordan omgivelsene kan forklare effektene.

Hjemmesykehuset har fra starten fått støtte fra brukerorganisasjoner til leasing av bil, innkjøp av arbeidsklær, kurs og noe medisinskteknisk utstyr. Brukerorganisasjonene har kjennskap til driftsmodellen fra Oslo Universitetssykehus og ønsket å bidra til oppstart på Ahus, slik at pasienter i opptaksområdet kunne få ta del i tilbudet. Allerede da var signalene positive fra flere brukerorganisasjoner og pasientene med deres familier (Sykehusbarn 2016).

Informantene var kjent med engasjementet fra brukerorganisasjoner med donasjoner til hjemmesykehus og positiv omtale i sosiale medier. En sier: «Det har vært viktig og flott med støtten de har bidratt med, vi har hatt noen på lag som har vært positive og promotert sammen med oss».

Medienes omfavelse av pasienttilbudet har skapt blest rundt tjenesten, og hatt betydning for organisasjonsutviklingen, slik Røvik beskriver (Røvik 2007, 196). Det ser ut til å påvirke pasienter til å etterspørre tilbudet, sykehusansatte i større grad til å anerkjenne tilbudet og helsepolitikere til å følge interessert med. Omgivelsenes positive omtale skaper interesse blant fagpersonene i organisasjonen og gir medvind i endringsarbeidet. En av informantene

⁴ PLO melding er forkortelse for pleie- og omsorgsmelding, en elektronisk samhandling mellom kommuner, fastleger og helseforetak.

ordlegger seg slik: «Etterhvert har media gjort seg gjeldende, de har nok bidratt til at å skape aksept hos dem som ikke helt aksepterte driftsmodellen i starten».

Fra politisk hold var det å spore en gryende interesse fra 2015, hvor det foreligger en innstilling til Stortinget om å utrede muligheten for etablering av Avansert hjemmesykehus for barn innen alle helseregioner, samt kartlegge behovet for styrking av det eksisterende hjemmetilbudet (Innst. 379 S (2014–2015)). I løpet av 2016 erfares en større politisk interesse for modellen og det erfares at hjemmesykehus blir omtalt på ulike arenaer. For eksempel på NSH's⁵ lederkonferanse 2017 sa statssekretær Lisbeth Norman «Å skape pasientens helsetjeneste betyr at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes» og benytter hjemmesykehus for barn som et eksempel (Normann 2017).

Den politiske styring mot å endre helsesektoren for å skape pasientens helsetjeneste trenger modeller. Hjemmesykehus modellen oppfattes foreløpig å være innovativ, den begeistrer, er tilsynelatende effektiv og har høy brukertilfredshet. Modellen har blitt en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme deler av en organisasjon, slik teorien omkring myter viser til (Røvik et al. 2013, 76).

Ved spørsmål om eksterne omgivelser har gjort seg gjeldene i piloteringen og etableringen av hjemmesykehus er det delt mellom informantene hvorvidt de har kjennskap til den politiske interessen rundt driftsmodellen. En av informantene uttaler imidlertid dette: «Det er vi som har åpnet øynene for media, det er vi som har åpnet øynene for kommunene og det er vi som har åpnet øynene for politikerne. Ikke de som har åpnet våre øyne». Det er stolthet å spore både i dette utsagnet og generelt det som fremkommer under intervjuene. Å skape noe nytt og lykkes med det skaper gode historier og fører til at arbeidet blir synliggjort. En annen informant uttaler følgende: «Hjemmesykehuset er Barne- og ungdomsklinikkens nye flaggskip».

Omdømmehåndteringen ser ut til å ha vært et moment i hvordan AHS anses som et virkemiddel. Tjenestemodellen er presentert på en måte som ser ut til å leve opp til samtidens normer for hvordan tidsriktige og effektive organisasjoner skal se ut, slik Røvik skriver og bygger dermed et positivt omdømme (Røvik 2007, 195). Den organisatoriske legitimiteten er

⁵ Norsk Sykehus og helsetjenesteforening

oppnådd ved aksept av virksomhetsformen og tillit fra relevante aktører i omgivelsene. I implementeringsprosessen kan det synes som det er rettet tiltak bevist og planmessig ved presentasjon av hjemmesykehus til omgivelsene med sikte på å styrke oppfatninger av og tillit til virksomheten, i tråd med Røviks teoretisering av temaet. Hjemmesykehus modellen er presentert internt på sykehuset ved flere anledninger og har fått flere eksterne henvendelser om presentasjon av virksomheten. Administrerende direktør etterspør resultater og følger med på utviklingen av modellen. En informant sier: «Media har spilt en rolle, både fordi prosjektet har jobbet med det og det har rullet noen baller etterhvert. Hjemmesykehus har blitt markert, har fått en posisjon helt til topps inne i sykehuset og positivt blant pasientene».

Informantene viser til utfordringer med begrensinger fra eksterne aktører, slik Lægreid beskriver (Lægreid og Roness 2003, 172). Likevel er kompetanseoverføring til kommuner erfart, med samhandling fokusert rundt enkelt pasienter. Eksempelvis har sykehuset stått ansvarlig for behandling og oppfølging, men behandlingen på natt er gjennomført av hjemmesykepleien og behandlingen på dag og kveld ivaretatt av AHS. Ved en slik ordning er pasienten og familien ivaretatt i hjemmet istedenfor på sykehuset og er et eksempel på nivåovergripende samarbeid til det beste for pasienten. Forventinger fra politikere ved samhandlingsreformen har vært insentivet for å jobbe frem slike samarbeid og legitimert og presset frem løsninger i enkeltsituasjoner.

På tross av reformen erfares likevel ulikhetene i struktur, kultur og fagkompetanse som såpass overgripende at det legitimerer mindre fokus på og arbeid med sammenhengende og helhetlige helsetjenester for barn mellom helsetjenestenivåene. På spørsmål om hvilken måte hjemmesykehus kan bidra til koordinerte tjenester mellom kommuner og sykehus svarer en informant følgende:

Helsetjenesten hjemmesykehus kan stå for en transisjon fra det å være innlagt i sykehus til å bli trygt forvart i kommunen. Transisjonen foregår mellom å være innlagt i sykehuset og mellomstasjonen i hjemmesykehuset med samtidig kompetansebygging inn mot pasienten i kommunal regi.

Oppsummert kan man si at oppmerksomheten rundt hjemmesykehus modellen så langt har ført til større grad av aksept for driftskonseptet internt i klinikken samt i sykehusets toppledergruppe. Legitimitet fra omgivelsene og i tillegg etterspørsel fra brukerne har bidratt til å finne nye løsninger for hjemmebehandling. Dette har påvirket rekruttering av pasienter

og dermed frigjøring av sengeplasser. Godt omdømme er en sideeffekt driftsmodellen har pådratt seg.

4.10 Oppsummering

I lys av det instrumentelle perspektivet er effektene påvirket av oppfattelsen av at formell organisasjonsstruktur har betydning for måloppnåelse (Røvik et al. 2013, 13). Organiseringen under Avdeling for barn- og ungdom har ført til rekruttering av pasienter fra samme avdeling og i liten utstrekning fra andre avdelinger. Videre viser budsjettkuttet avdelingen har fått under implementering hvordan ledere handler med begrenset rasjonalitet, hvor beslutningsregelen er bygd på at tilfredsstillende men ikke optimale løsninger velges (Røvik et al. 2013, 36). Syv av åtte informanter har beskrevet utfordringene ved et lite driftsformat og seks av åtte viser til bekymring for ivaretagelse av inneliggende pasienter når kompetent personell er rekruttert fra sengepostene.

Det fremkommer at virksomhetsmodellen sammenfaller med både de formelle og uformelle verdier og normer, og den kulturelle handlingslogikken om hva som er passende adferd for pasientens beste kan ha fremmet resultatene. Den instrumentelle handlingen ser ut til å forsterkes av kulturelle tradisjoner (Røvik et al. 2013, 201). Likevel har flere av informantene erfart motstand i legegruppen og fra poliklinikken, hvilket gir indikasjon på færre rekrutterte pasienter og dårligere tilpasset tilbud for enkelte. Motstanden knyttes blant annet til at virksomhetsformen med hjemmebaserte spesialisthelsetjenester bryter med tradisjoner og oppfatninger som er forankret i organisasjonen og kan sees i sammenheng med stivhengighet (Røvik et al. 2013, 62, 174).

Utfordringene knyttet til samarbeid med kommunehelsetjenesten tilskriver informantene ulikheter i struktur, kultur og fagkompetanse, hvor strukturelle hindringer med lite bruk av kommunikasjonsverktøyet PLO i AHS, manglende felles digitale plattformer, samt mangel på barnekompetanse i kommunene fremheves. Kulturell motstand erfares ved at barnepasienter er krevende å samarbeide om og ser ut til å legitimere mindre fokus på og arbeid med sammenhengende og helhetlige helsetjenester for barn mellom helsetjenestenivåene.

Hjemmesykehus er presentert som virkemiddel for effektiv måloppnåelse internt og er av omgivelsene ansett som moderne og tidsriktig, dette er i tråd med Røviks beskrivelse av hvordan konteksten kan påvirke resultater (Røvik et al. 2013, 77). Omgivelsene har

utelukkende påvirket effektene positivt med etterspørsel fra brukerne om hjemmebehandling og press på å finne løsninger for hjemmebasert sykehusbehandling, med påfølgende frigjøring av senger i sengepostene. Positiv omtale har redusert motstanden ved å bidra til aksept av organisasjonsmodellen internt.

5 Diskusjon og konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å undersøke hvordan den nye virksomhetsmodellen Avansert hjemmesykehus for barn påvirker klinikken. Problemstillingen er todelt og lyder: Hva er effektene av Avansert hjemmesykehus for barn og hvordan har konteksten påvirket effektene? Materialet er teoretisert etter Pollitt og Bouckaerts effektmodell hvor operasjonelle-, prosessuelle og systemeffekter er kategorisert. (Bouckaert og Pollitt 2004). Deretter er funnene belyst ut ifra de instrumentelle og institusjonelle organisasjonsperspektivene beskrevet av Røvik (Røvik et al. 2013). For å konkretisere den todelte problemstillingen formulerte jeg forskningsspørsmål ut ifra effektkategoriene og de tre organisasjonsperspektivene. I undersøkelsen har jeg tatt utgangspunkt i et kvantitativt datamateriale og gjennomført semistrukturerte intervjuer med åtte ledere eller fagansvarlige i Barne- og ungdomsklinikken på Ahus.

Driftsmodellen med ambulerende spesialisthelsetjenester fra Barne- og ungdomsklinikken på Ahus er så langt tatt vel imot av så vel politikere som brukere. Modellen viser til måloppnåelse med kvalitet i tjenestene, høyt pasientbelegg, lavere bemanningsfaktor enn i sengepostene samt høy grad av fleksibilitet. AHS har i løpet av pilot- og oppstartsfasen på 14 måneder registrert 160 innleggelser og 400 polikliniske konsultasjoner i hjemmet. Pasientbelegget domineres av kronisk syke. AHS har håndtert flere pasientgrupper med ulike diagnoser. De siste 6 månedene har 790 liggedøgn, dette utgjør 20 % av liggedøgnene i avdelingen. Intravenøs behandling særlig relatert til infeksjonsbehandling, annen medikasjon og blodprøvetaking er de hyppigste aktivitetene. Det er registrert 1800 konsultasjoner totalt, hvilket har gitt AHS en unik kompetanse innenfor hjemmebasert sykehusbehandling på relativt kort tid.

Hjemmebaserte sykehustjenester viser til positive effekter for brukerne, frigjør sengekapasitet på sykehuset og har i denne analysen vist til 25 % lavere bemanningsfaktor per seng. Utfordringene internt er i hovedsak knyttet til få ansatte og marginal drift samt en persisterende motstand mot driftskonseptet, selv om den er mindre enn ved oppstart. En økning av bemanningen til sengepostnivå kan tilsynelatende gi en utvidet og robust tjeneste. Med mulighet for stedlig kompetanseoverføring til kommunene indikerer modellen å være et virkemiddel for å sikre kvalitet i pasientbehandling til barn i kommunene. Dette anses allikevel av flere informanter som tidkrevende og dermed kostnadsdrivende.

Den instrumentelle logikken om måloppnåelse gjennom formalisert struktur, rutiner og prosedyrer fremstår tydelig og vises i de høye aktivitetstallene AHS har levert. Samtidig har det fremkommet at resultatene er påvirket både av kulturellkontekst og konteksten i omgivelsene, hvor særlig den kulturelle handlingslogikken virker både hemmende og fremmede på blant annet rekruttering av pasienter. AHS som virkemiddel er omfavnet av omgivelsene, hvilket har gitt godt omdømme og bidratt positivt til å redusere motstand internt. Analysen viser at konteksten enten den er instrumentell, kulturell eller knyttet til omgivelsene bidrar til å forklare resultatene i AHS. På bakgrunn av hjemmesykehusets høye aktivitetstall synes likevel den instrumentelle forklaringsmodellen å ha særlig innflytelse.

Som kjent kan resultatene være påvirket av at hjemmesykehuset er nyetablert og dermed kun effekter i tidlig fase som sees, hvor det normalt er motstand, usikkerhet og uklarheter (Røvik et al. 2013, 182). En metodesvakhet kan også være at informantenes svar er påvirket av min rolle i etableringen av hjemmesykehuset, og være for positive eller preget av egne interesser. Likevel er det god grunn til å tro at svarene er oppriktige og til å stole på og resultatene fra undersøkelsen troverdige.

Barne- og ungdomsklinikkens identitet ligger i høykompetent personell og utgjør i tillegg til en formell norm «menneskelig nær – faglig sterk» en uformell norm hvor faglig dyktighet søkes gjennom praktisk erfaring og øvelse. Her møtes den instrumentelle logikken hvor leder styrer måloppnåelsen med virkemidler som strategisk rekruttering, tilpassede og standardiserte prosedyrer, rutiner og opplæring og den kulturelle logikken hvor forventning om utvikling av både bredde og spisskompetanse «sitter i veggene». Det kan synes som den instrumentelle og kulturelle logikken forsterker hverandre. Kompetent personell i AHS indikerer å være avgjørende for rekruttering av pasienter til hjemmebehandling og mangel på kompetent personell utgjør sådan en hindring. De uformelle normene kan da virke begrensende for organisasjonsutviklingen slik teorien beskriver, og hindre at hjemmesykehuset oppnår de forventede effektene.

Målet om kompetanseoverføring til kommunene for å gi flere pasienter tilbud om hjemmebasert behandling har AHS i mindre grad lykkes med, selv om det finnes eksempler på hvordan løsninger er mulig ved samarbeid mellom nivåene. Problematikken med kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er reell med 21 kommuner og 3 bydeler i

opptaksområdet hjemmesykehuset må forholde seg til. Likevel er det en klar forventning at mer behandling og ivaretagelse av innbyggerne skal skje i egen kommune.

I Stortingsmeldingen «Fremtidens Primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» beskrives ytterligere hvordan arbeidet med å utruste primærhelsetjenesten til å overta spesialisthelsetjenestens oppgaver skal foregå (Mld. St. 26 (2014-2015)). I dette beskrives en tilpasning av den britiske helsetjenestemodellen «hospital at home» eller «intermediate care» hvor primærhelsetjenesten skal rustes til å ivareta oppfølging av pasienten (Parker 2014). Helsetjenestesatsningen til barn og unge er i samme Stortingsmelding innenfor forebyggende og helsefremmende karakter, men beskriver ikke hvordan kommunene kan overta ansvaret for flere av de hospitaliserte barna (Mld. St. 26 (2014-2015), 95). Samtidig er Solberg regjering opptatt av at utviklingen og endringen i helse- og omsorgstjenestene skal fokusere på brukerens behov, og hjemmesykehus modellen ser ut til å treffe godt innenfor tankegangen rundt «pasientens helsetjeneste».

Undersøkelsen gir indikasjon for at formalisering av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og AHS har betydning for utvikling av driftsmodellen etter de nasjonale føringene. Videreutvikling av AHS bør også ta sikte på utvidelse og inkludering av flere pasientgrupper, standardisere flere pasientforløp, etablere telemedisinske løsninger eksempelvis for observasjoner, målinger og samtaler mellom helsepersonell og brukere samt involvering av legetjenesten i større grad. I tillegg kan det være på tide å tenke nytt rundt sykepleietjenestens ansvarsområde i spesialisthelsetjenesten. Med høykompetente sykepleiere kan arbeids- og ansvarsforskyvningen fra leger til sykepleiere tenkes utviklet ytterligere.

For å få flere svar på effektene av driftsmodellen med sykehusbasert hjemmebehandling bør det utføres en metodevurdering med kost-nytte-analyse. Sykehuset er en komplisert virksomhet med mange avhengigheter både internt og eksternt og konsekvensene av modellen kan med fordel utforskes grundigere for å gi ytterligere svar på effektene. Det kan være behov for dette i videre vurdering av hvorvidt helsetjenestetilbudet er bærekraftig i fremtidens helsevesen, med pasienten i sentrum.

6 Litteraturliste

- Asen, Line. 2016. Hospital-based home care for children in Norway; parents perceptions and lived experiences. Upublisert brukerundersøkelse. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Askim, Jostein, Tom Christensen, Anne Lise Fimreite og Per Lægreid. 2010. "How to assess administrative reform? Investigating the adoption and preliminary impacts of the Norwegian welfare administration reform." *Public Administration* 1:232-246. doi: 10.1111/j.1467-9299.2010.01809.x.
- Bergius, H., A. Eng, M. Fagerberg, T. Gut, U. Jacobsson, B. Lundell, Y. Palmquist og E. Rylander. 2001. "Hospital-managed advanced care of children in their homes." *Journal of telemedicine and telecare* 1:32-34. doi: 10.1177/1357633X010070S113
- Bjørndalen, Hilde Johanne. 2013. "Hjemme – borte - uavgjort? Erfaringer fra avansert hjemmesykehus " Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn. <http://hdl.handle.net/10852/38371> (27.02.2017).
- Bouckaert, Geert og Christopher Pollitt. 2004. *Public management reform : a comparative analysis*. 2. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, Tom, Anne Lise Fimreite, Per Lægreid og Jostein Askim. 2008. *Challenges and effects of administrative reform - Reorganizing the Norwegian welfare administration*. Working paper 10-2008. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies
- European Association for Children in Hospital. 2017. *EACH Charter/The 10 articles of the EACH Charter*. <https://www.each-for-sick-children.org/each-charter/the-10-articles-of-the-each-charter.html?highlight=WyJob3NwaXRhbCIsIidob3NwaXRhbCIsImF0IiwiaG9tZSIsImhvc3BpdGFsIGF0IiwiaG9zcGl0YWwgYXQgaG9tZSIsImF0IGhvbWUiXQ==> (20.4.17).
- Grøgaard, Jens. 2011. "Avansert hjemmesykehus " *Paidos. Tidsskrift for Den Norske Barnelegeforeningen* 1:5-8.
- Hansson, Helena., Kjaergaard H., Johansen C., Hallstrom I., Christensen J., Madsen M. og Schmiegelow K. 2013. "Hospital-based home care for children with cancer: feasibility and psychosocial impact on children and their families." *Pediatric blood & cancer* 5:865-872.
- Hansson, Helena., Kjærgaard H., Schmiegelow K. og Hallström I. 2012. "Hospital-based home care for children with cancer: a qualitative exploration of family members' experiences in Denmark." *European Journal of Cancer Care* 1:59-66.

- Helsenorge.no. 2016. *Antall korridorpasienter på sykehus*.
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/antall-korridorpasienter-pa-sykehus> (27.2.17).
- Innst. 379 S (2014–2015). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Hans Olav Syversen og Line Henriette Hjemdal om en plan for å sikre retten til livshjelp ved livets slutt*. Helse- og omsorgskomiteen.
- Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen og Per Arne Tufte. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lægreid, Per og Paul G Roness. 2003. "Administrative Reform Programmes and Institutional Response i Norwegian Central Government." I *Paradoxes in public sector reform : an international comparison*, redigert av B. Guy Peters, Joachim Jens Hesse og Christopher Hood. Berlin: Berlin, Duncker & Humblot.
- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Normann, Lisbeth. 2017. *Hvordan sikre integrerte helse- og omsorgstjenester*. NSHs lederkonferanse 2017, 3. februar 2017.
<http://img5.custompublish.com/getfile.php/3748851.2445.ccwxcfecyf/Lisbeth+Normann.pdf?return=www.nsh.no> (26.02.2017).
- Parker G., Bhakta P., Lovett CA., Paisley S., Olsen R., Turner D., Young B.,. 2003. "A systematic review of the costs and effectiveness of different models of paediatric home care." *Health Technology Assessment* 35:1-108. doi:
<https://dx.doi.org/10.3310/hta6350>.
- Parker, Gillian. 2014. *Intermediate Care, Reablement or Something Else? A Research Note about the Challenges of Defining Services*. University of York: Social Policy Research Unit. <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/social-work-care-services/spru/169316ICR.pdf>
- Pollitt, Christopher. 2013. "The Evolving Narratives of Public Management Reform: 40 years of reform white papers in the UK." *Public Management Review* 6:899-922. doi: 10.1080/14719037.2012.725761.

- Pollitt, Christopher og Geert Bouckaert. 2011. *Public management reform : a comparative analysis : new public management, governance, and the neo-Weberian state*. 3. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Ponton, Irene Gynnild. 2015. *Avansert hjemmesykehus, en kartleggingsrapport*. [Internt dokument åpent for offentligheten]. Lørenskog: Akershus Universitetssykehus HF, Barne- og ungdomsklinikken.
- Riksrevisjonen. 2016. *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, Kristen. 2013. *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlag.
- Røvik, Kjell Arne. 2007. *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, Kjell Arne, Paul G. Roness, Per Lægred og Tom Christensen. 2013. *Organisasjonsteori for offentlig sektor : instrument, kultur, myte*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, Tina. 2011. "Bringing Children Home: Bridging the Gap Between Inpatient Pediatric Care and Home Healthcare." *Home Healthcare Nurse* 2:108-117.
- Spiers, Gemma, Kate Gridley, Linda Cusworth og Suzanne Mukherjee. 2012. "Understanding care closer to home for ill children and young people: families prefer a child to be nursed at home, but there are still difficulties at organisational and practice levels that need to be overcome.(Community nursing)." *Nursing Children and Young People* 5:29-35.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sykehusbarn. 2016. *Sykehusbarn : en stiftelse for barn på sykehus*. <http://sykehusbarn.no/category/besok-pa-sykehus/ahus/> (13.3.17).
- Tiberg, Irén, Björn Lindgren, Annelie Carlsson og Inger Hallström. 2016. "Cost-effectiveness and cost-utility analyses of hospital-based home care compared to hospital-based care for children diagnosed with type 1 diabetes; a randomised controlled trial; results after two years' follow-up." *BMC pediatrics*:94. doi: 10.1186/s12887-016-0632-8.
- Toften, Irene. 2010. "Syke barn har det best hjemme." *Sykepleien* 5:66-69.

Appendiks

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Utfordringer og effekter av administrative reformer –

Endring av tjenestemodell i spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Irene Gynnild Ponton og jeg er barnesykepleier og seksjonsleder ved Barne- og Ungdomsklinikken (BUK), Akershus Universitetssykehus (Ahus) og masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultetet for samfunnsfag, i masterprogrammet «Styring og ledelse». I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave som vil være ferdigstilt senest 29.12.17.

Masteroppgaven og studiens overordnede målsetting er å bidra med kunnskap om hvilke effekter tjenestemodellen «Avansert hjemmesykehus for barn (AHS)» har for virksomheten i BUK, og hva som har påvirket disse.

Høsten 2015 startet et pilotprosjekt ved BUK, Ahus. Dette kvalitative prosjektet utforsket oppstart av tilbudet avansert hjemmesykehus ved BUK. Hjemmesykehuset skal være et tilbud til barne- og ungdomspasienter i alderen 0-18 år. BUKs ønske er å teste denne modellen for organisering av behandling til syke barn fordi barn i hovedsak har det best i eget hjem. Pilotering av Avansert hjemmesykehus er i tråd med Ahus' målsetting om å stimulere til tiltak som kan forbedre helsetilbudet i sykehusets opptaksområde.

Forskningsprosjektet gjennomføres ved HiOA i masterstudiet «Styring og ledelse». Problemstillingen er todelt og skal undersøke effektene av organisasjonsformen Avansert hjemmesykehus for barn på Ahus samt hvordan konteksten har påvirket effektene av organisasjonsendringen. Dette gjøres ved å studere hvordan og i hvilken grad konteksten i et instrumentelt- og institusjonelt organisasjonsperspektiv forklarer de foreløpige effektene av

modellen. Videre undersøkes om tjenesteformen har mulige side-effekter. For å få mest mulig kunnskap om hjemmesykehus på Ahus, er utvalget av informanter strategisk. Det vil si at du er i målgruppen og at et intervju med deg er viktig for å få samlet inn nødvendige data.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Din deltakelse i studien vil være å delta i et semistrukturert intervju. Annen relevant data om hjemmesykehus er hentet fra interne registreringer, talldata fra «datafangst» og måleparametere som publiseres i ledelsesinformasjonssystemet Qlicklis på Ahus interne nettsider. Spørsmålene vil omhandle kvalitative effekter som ikke er målt eller registrert. Intervjuet vil vare ca 45 minutter, og vil bli gjennomført på et møterom hvor vi ikke blir forstyrret

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som intervjuer og masterstudent som har tilgang til dine personopplysninger, disse vil lagres i en Safe eller på forskningsserveren på Ahus. Alle data er avidentifisert, men det vil skrives inn at informantene har sentrale posisjoner i Barne- og ungdomsklinikken som ledere eller fagansvarlige.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke ytes noe form for honorar for å delta i studien, men studien kan bidra til mer kunnskap om hvordan hjemmesykehus virker på BUK og kan komme klinikken til gode.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet tas opp på en lydopptaker og den direkte transkriberte teksten vil bli slettet 5 år etter prosjektslutt 31.12 2022. Innholdet blir skrevet ut i tekst og anonymiseres ved at ingen direkte personidentifiserbare opplysninger fremgår. De sitatene som blir brukt i publiseringen får du anledning til å lese gjennom og godkjenne.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 29.12.17. Personopplysninger, det vil si den enkeltes besvarelse under intervjuet er avidentifisert og vil ikke kunne sammenkobles når studien er avsluttet. En kodenøkkel oppbevares elektronisk i forskningsserver. Det er kun avidentifiserte og sammenstilte data som oppbevares etter avsluttet studie.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli aidentifisert. Dersom du ikke ønsker å delta i studien eller trekker ditt samtykke vil dette ikke få innvirkning på videre arbeidsforhold

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder Irene Gynnild Ponton 95727695 eller per mail irgy@ahus.no. Alternativt kan veileder førsteamanuensis ved Samfunnsfaglig fakultet Kristoffer Kolltveit ved HiOA kontaktes på mail Kristoffer.kolltveit@hioa.no.

Studien er eldt til NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og Personvernombudet på Ahus.

Samtykke til deltakelse i studien

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

SIGNATUR OG NAVN i BLOKKBOKSTAVER
Signert av prosjektdeltaker

DATO
dato

Jeg har gitt informasjon om studien

SIGNATUR og NAVN i BLOKKBOKSTAVER

DATO

Informasjonsskrivet skal forbli festet til signert samtykke

Intervjuguide

- 1) Hva var din oppfatning av Avansert hjemmesykehus med levering av ambulerende spesialisthelsetjenester når det ble startet i vår klinikk?
- 2) Hvilken oppfatning har du av tjenesten nå?
- 3) Hvilke effekter/endringer av hjemmesykehus ser du?
- 4) Hva tenker du er viktig for at avansert hjemmesykehus skal være en del av virksomheten i Barne- og ungdomsklinikken i fremtiden?

- 5) Internasjonale og nasjonale studier viser at kvaliteten på tjenestene som hjemmesykehus leverer er like gode som på sykehus. På hvilken måte har kvalitet gjort seg gjeldene ved hjemmesykehuset på BUK?
- 6) Hvilke hindringer/utfordringer er mest fremtredende med driftsformen hjemmesykehus etter ditt syn?
- 7) På hvilken måte påvirker avansert hjemmesykehus samordning av behandlingen til pasientene i BUK?
- 8) Er samordningen blitt dårligere enn forventet fordi det er motstand mot tiltakene for å gi behandling til pasientene hjemmet?
- 9) Et av målene er å bidra til kompetanseheving i kommunene. Hvordan har du opplevd dette?
- 10) Hva skal til for at samordning av tjenesten kan fungere bedre mellom sykehus og kommunen?

- 11) Har du reflektert over hvorvidt en ambulerende spesialisthelsetjeneste som hjemmesykehus kan bidra til utvikling av helsetjenesten med tanke på kapasitetsbygging?
- 12) På hvilken måte mener du at hjemmesykehus (ambulerende spesialisthelsetjeneste) kan bidra til å koordinere helsetjenester mellom kommunen og andrelinjetjenesten?

- 13) Legetjenesten har i liten grad ambulert ut til pasienten, hva mener du er årsaken til det?
- 14) Hvilke tanker har du gjort deg om hjemmesykehus er i tråd med eller strider mot BUKS uformelle normer og verdier?
- 15) Har du erfart at det har vært motstand mot driftsmodellen Avansert hjemmesykehus? På hvilke måter har dette gjort seg gjeldene?
- 16) Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes?
 - Hvordan kunne dette påvirket effektene av hjemmesykehus?

- 17) På hvilken måte har de eksterne omgivelsene gjort seg gjeldene i piloteringen og etableringen av hjemmesykehus I BUK?