

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i **Organisasjon og ledelse - helse- og velferdsledelse**

Hjemmesykepleien og fastleger på samme lag. Et robust tverrfaglig team med pasienten i fokus?

Et studie av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten

Av

Solveig Margrethe Dale

Juni 2014

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

Masteroppgave i:

Organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse

Tittel:

Hjemmesykepleien og fastleger på samme lag. Et robust tverrfaglig team med pasienten i fokus?

Engelsk tittel:

Home health care and primary care doctors as collaborators. A productive interdisciplinary team with the patient in mind?

Forfatter:

Solveig Margrethe Dale

Emnekode og emnenavn:

MR 690
Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandidatnummer:

2

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JAX Nei__

Dato for innlevering:

13.06.2014

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire): Samhandling, kommunehelsetjenesten, hjemmesykepleien, fastleger.

Tittel og sammendrag: Hjemmesykepleien og fastleger på samme lag. Et robust tverrfaglig team med pasienten i fokus? En studie av samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten.

Bakgrunn: Samhandling er nøkkelen til gode helsetjenester for pasienten. Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012 legger nye føringer på kommunene om at de skal ha større ansvar over de samlede helsetjenestene. Kommunene må derfor drive forebygging, behandling og oppfølging, slik at det helhetlige pasientforløpet forgår innenfor beste effektive omsorgsnivå. En viktig og helt avgjørende relasjon i dette arbeidet er etter mitt syn samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene i kommunehelsetjenesten.

Målet: for studien er å få en forståelse for hvordan samhandlingen mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og fastleger oppfattes og foregår. Jeg ønsker også å se på hvilke forhold som påvirker denne samhandlingen og ut fra dette får frem hvordan samhandlingen kan forbedres.

Metode: Det er benyttet kvalitativ metode med casestudie, hvor 4 sykepleier informanter fra hjemmesykepleien og 3 fastleger med driftsavtale med Bergen kommune er intervjuet. Dataene er analysert i en temasentrert analyse.

Resultat: Funnene viser at mye av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene kjennetegnes av det uformelle samarbeidet mellom aktørene. I arbeid med mennesker kan situasjoner endre seg raskt og en trenger da å være fleksibel i forhold til å finne gode løsninger for pasienten. Til tross for dette trenger en likevel klare strukturer i form av IKT løsninger som viser hvordan samhandlingen mellom aktørene skal foregå. Dette viser seg vanskelig å innføre så lenge fastlegene er organisert utenfor den kommunale organisasjonen. Faktorer som skal til for at samhandlingen skal lykkes, er gjensidig tilpassing mellom aktørene, og en opplevelse av gjensidig nytte. Aktørene som skal samhandle står i ulike kontekster. De er bærere av ulike kulturer, og verdiene og normene påvirker aktørenes prioriteringer og handlinger. Dette kan skape barrierer i samhandlingspraksisen.

Title and Abstract: Home health care and primary care doctors as collaborators. A productive interdisciplinary team with the patient in mind? A study of cooperation between home health care and primary care doctors in the municipal health service.

Context: The key to good health care is cooperation, and the Coordination Reform that was implemented January 1st 2012 has given the municipalities more responsibility for the combined health care services. The municipalities must therefore now provide preventive care and treatment as well as future follow-ups, so that the overall patient care will be as coordinated and efficient as possible. It is my view that the correlation between home health care and primary care doctors is essential for the work of the municipal health service.

The goal: for the study is to get an understanding of how the nurses in the home health care service and the primary care doctors cooperate, and how this interaction is perceived.

I also want to examine which conditions influences the cooperative relationship and from this information propose how the interaction can be enhanced.

Method: The qualitative method with case studies has been used, where 4 nurses from home health care and 3 primary care doctors with operation agreement with Bergen municipal have been interviewed. The datas have been analyzed in a thematic analysis.

Results: The findings of my investigation show that much of the interaction between the primary care doctors and home nurses is characterized by the informal cooperation between the parties. As a patients situation can change abruptly, one needs to be flexible when it comes to finding solutions that will benefit the patient. Despite of this, it is also crucial to have distinctive structures as ICT solutions that show how the interaction between the operators should occur. This has been showed to be difficult as long as the primary care doctors are organized outside the municipal organization. For the interaction to be successful, the different operators must mutually adapt and experience that they benefit from this. The operators that have to interact are bearers of different cultures, and their values and norms affect their priorities and actions. This can create barriers and make the interaction difficult.

Forord:

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på et 4 års langt deltidsstudie i organisasjon og ledelse - helse og velferdsledelse. Målet er endelig nådd.

Når jeg startet på dette studiet for over 4 år siden, beveget jeg meg inn i et terreng hvor jeg fra tidligere hadde lite kunnskap. Jeg hadde bare vært sykepleier i 3 år da studiet startet og hadde derfor lite erfaring relatert til organisasjon og ledelse. Læringskurven i studiet har derfor vært bratt. Men studiet har gitt meg en unik mulighet til å få innsikt og ny kunnskap rundt et eller ukjent terreng. Dette har fått meg til å se sektoren jeg jobber i med nye øyner.

Jeg vil bruke muligheten her til å takke de som har gjort det mulig for meg å komme i mål med dette studiet. Først og fremst vil jeg takke Høyskolen i Sogn og Fjordane ved studieansvarlig Øyvind Glosvik. Organiseringen av studiet har vært lagt opp på en flott måte, med gode og inspirerende forelesere. Videre vil jeg takke min veileder i denne oppgaven Olina Kollbotn. Du har gitt meg gode og gjennomtenkte tilbakemeldinger, og vært svært grundig i dine veiledninger. Takk for gode innspill, og at du på en fin måte med dine kunnskaper har veiledet meg i havn.

Videre vil jeg takke mine 7 informanter. Uten dere hadde ikke denne studien blitt til. Takk for at dere har gitt av deres tid i en ellers hektisk arbeidshverdag. Gjennom deres kunnskap og engasjement har jeg fått frem gode svar, dette har gitt meg mange nye tanker til refleksjon.

En stor takk rettes også til min medstudent Linn Dale Bergsma. Vi har fulgt hverandre siden begynnelsen av studiet. Takk for gode diskusjoner underveis, og ikke minst mange oppmuntrende telefon samtaler.

Sist men ikke minst vil jeg takke min familie. Først og fremst, en stor takk til min mann Andreas. Takk for du har tatt i et ekstra tak hjemme og holdt ut med meg under eksamenstider. Du har også hjulpet meg med å holde motivasjonen oppe når motbakkene har vært bratte. Takk til mine kjære barn Eirik, Amalie og Marie. Dere har vært tålmodige når mamma har gjort lekser. Nå skal mamma få bedre tid til dere.

Jeg vil også takke min far Jan Helge for gode innspill og diskusjoner underveis i oppgaven. Ditt enorme engasjement rundt samhandling i helsesektoren har vært til uvurderlig hjelp. En stor takk rettes også til øvrig familie for hjelp med barnevakt og gode tanker når det har stormet som verst.

Innhold

Kapittel 1: Innledning.....	4
1.1 Samhandling nøkkelen til gode helsetjenester	4
1.2 Samhandlingsreformen.....	5
1.3 Kommunehelsetjenesten.....	5
1.4 Lovverket som viktige rammefaktorer	7
1.5 Egen bakgrunn for valg av tema og formål.....	8
1.6 Problemstilling	10
1.7 Kunnskapsstatus/ tidligere forskning	10
1.8 Oppbygging av oppgaven.....	13
Kapittel 2: Teori	14
2.1 Hva er samhandling?.....	14
2.1.1 Samarbeid.....	15
2.1.2 Samordning	15
2.2 Interorganisatorisk koordinering	16
2.2.1 Utvekslingsperspektivet	17
2.2.2 Mandatperspektivet	17
2.3 Strategier for å oppnå bedre samhandling.....	18
2.4 Organisasjoner.....	21
2.5 Organisasjonsstruktur.....	22
2.5.1 Endring av formelle strukturer	24
2.6 Organisasjonskultur.....	25
2.7 Profesjonsperspektivet	27
2.8 Oppsummering av teori.....	31
Kapittel 3: Metode.....	32
3.1 Valg av metode.....	32
3.2 Forskningsdesign.....	33
3.3 Forskningsintervju.....	33
3.4 Valg av informanter	35
3.5 Tilgang på forskningsfelt og utvalgets størrelse	38
3.6 Min for forståelse av studiens tema.....	39
3.7 Gjennomføring av intervju	40
3.8 Transkribering og analyse	41
3.9 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet	42

3.9.1 Reliabilitet	42
3.9.2 Validitet	43
3.9.3 Generaliserbarhet	43
3.10 Forskningsetikk	43
Kapittel 4: Presentasjon av data	45
4.1 Presentasjon av informantene.....	45
4.2 Samhandling.....	46
4.2.1 Samhandling gjennom elektroniske meldinger	46
4.2.2 Samhandling gjennom direkte dialog ved komplisert problematikk	47
4.2.3 Oppfølging av elektroniske meldinger	48
4.2.4 Forventninger i samhandlingssituasjoner.....	48
4.2.5 Pasientgrupper som krever samhandling.....	49
4.2.6 Individuell plan som verktøy for samhandling	52
4.3 Struktur	54
4.3.1 Etablerte avtaler og rutiner for samhandling.....	54
4.3.2 Hvordan har Bergen kommune lagt til rette for samhandling?.....	55
4.3.3 Manglende strukturer for kontakt gjennom telefon.....	56
4.3.4 Utfordringer knyttet til rapport- og dokumentasjonssystemet til hjemmesykepleien	57
4.3.5 Utfordringer knyttet til informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten	58
4.3.6 Hvordan kan utfordringene løses	59
4.3.7 Felles arena for samhandling.....	59
4.4 Kultur for samhandling	63
4.5 Profesjonsperspektivet.....	64
4.6 Oppsummering av funn	66
4.6.1 Samhandling.....	66
4.6.2 Struktur.....	68
4.6.3 Kultur	69
4.6.4 Profesjonsperspektivet	70
Kapittel 5: Drøfting	71

5.1 Hva kjennertegner samhandlingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger?	71
5.1.1 Formell samordning, men bare for sykepleiere.....	71
5.1.2 Uformelt samarbeid basert på gjensidig avhengighet	74
5.1.3 Samhandling når det er alvor.....	76
5.1.4 S sammensatte problemer med vage symptom.....	77
5.1.5 Individuell plan som samhandlingsverktøy.....	79
5.2 Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene	79
5.2.1 Strukturelle samordninger mellom hjemmesykepleien og fastlegene.....	80
5.2.2 utfordringer knyttet til informasjonsutveksling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten	81
5.2.3 Møtearena for samhandling.....	82
5.2.4 Samhandling mellom profesjoner	83
5.2.5 Ligger nøkkelen til god samhandling i å skape felles kultur?.....	84
Kapittel 6: Konklusjon, og forslag til videre forskning	87
6.1 Konklusjon	87
6.2 Forslag til videre forskning	89
Litteraturliste	90
Vedlegg	93
Vedlegg1: Forespørsel om deltagning i forskningsprosjekt.....	93
Vedlegg 2: Informert samtykke.....	95
Vedlegg 3: Søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i Bergen kommune.....	96
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	99
Oversikt over figurer	103
Figur 1: Oversikt over koordineringsstrategier og deres siktemål	103
Figur 2: Organisasjonskart over byrådsavdelingen for helse og omsorg Bergen kommune	103
Figur 3: Organisasjonskart over hver enkelt hjemmesykepleiesone	103

Kapittel 1: Innledning

1.1 Samhandling nøkkelen til gode helsetjenester

I denne masteroppgaven i organisasjon og ledelse - helse og velferdsledelse ønsker jeg å rette søkelyset mot samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten.

Samhandling og helhetlige behandlingsskjeder er gjennom flere år satt på dagsorden som viktige satsingsområder fra politikere, myndighetene og helsetjenestens side. Samhandling er nøkkelen til gode tjenester for pasienten. Dette er grunnleggende og helt nødvendig for å forhindre at pasienten faller mellom ”tjenestestolene”. Helsetjenesten er kjennetegnet med mange aktører og forskjellige forvaltningsnivå. God samhandling og et lovverk som understøtter dette, vil kunne bidra til å sikre optimal behandling, og sikrere ressursbruk. Det skal særlig vises til NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial og helsetjenestene, NOU 2005: 03 Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste og St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted til rett tid. De legger alle føringer for hvordan samhandling kan brukes til verktøy for å oppnå gode helsetjenester. De viser også til en rekke konkrete tiltak for å kunne oppnå samhandling på tvers av forvaltnings og profesjonsnivå.

Til tross for at det de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse og omsorgstjenestenes samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er for dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen helse og omsorgstjenesten står ovenfor(St.meld. nr 47(2008-2009)).

De senere årene har det skjedd en markant økning av antall pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan forklares ut fra en rekke endringer som har hatt konsekvenser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det kan delvis forklares ut fra reformer og endringsprosesser i andre deler av helsevesenet som for eksempel mer poliklinisk behandling på sykehus og kortere liggetid på sykehus. Det kan også forklares ut ifra demografiske forhold. Det at befolkningen i Norge blir stadig eldre og at vi står ovenfor en stor vekst i antall eldre innbyggere.

1.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen som tredde i kraft 1. januar 2012 og som gradvis innføres, legger nye føringer på kommunene om at de skal ha større ansvar over de samlede helsetjenestene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenking, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at det helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) (St.meld. nr 47(2008-2009)).

Kommunene blir dermed gjennom Samhandlingsreformen pålagt å behandle sykere pasienter i kommunehelsetjenesten. Reformen legger også opp til en finansieringsordning som skal fungere som insentiv for oppbygging og styrking av kommunehelsetjenesten. Fra 1. januar 2012 skal kommunene bidra til å betale for innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Ordningen kalles kommunal medfinansiering. Hensikten med en slik finansieringsordning er å gi kommunen insentiv til å ta større vare på innbyggerne sine. Insentiv tenkingen tar utgangspunkt i en forutsetning om at kommunen kan spare penger til betaling for sykehusopphold, dersom deres egne tilbud forbygger bruken av spesialisthelsetjenester. Jo mer kommunene selv gjør for pasientene, jo større andel av midlene vil de beholde. Derfor vil det bli viktig å bygge opp gode lokale tilbud og arbeide på tvers av sektorer for å fremme helse og forebygge sykdom(St.meld. nr 47(2008-2009)).

På bakgrunn av dette vil det bli stilt store krav til kommunene, både på organisatorisk og utøvende nivå. Et viktig tiltak vil være å bygge robuste tverrfaglige miljø innenfor kommunen. Dette kan være utfordrende for kommunene på grunn av at tjenestene oftest er organisatorisk fragmentert. En viktig og helt avgjørende relasjon i dette arbeidet er etter mitt syn samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger.

1.3 Kommunehelsetjenesten

Kommunen har det overordna ansvaret for å tilby nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette er hjemlet i lov om kommunale helse og omsorgstjenester (2011). Denne loven ble revidert og vedtatt i juni 2011 som en oppfølging av Samhandlingsreformen. Loven tydeliggjør ny kommunerolle med overførte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det er gjennom loven stilt konkrete krav til hvilke tjenester kommunen plikter å tilby eller yte, men loven gir rom for at kommunene innenfor de rammer lov og forskrifter setter kan organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Kommune velger derfor selv hvordan de organiserer sine helsetjenester så lenge de oppfyller kravene loven stiller.

En kan derfor si at kommunen er et redskap for statlig styring, men også en arena for lokal myndighetsutøvelse. Felles for alle kommunene er at det er kommunen sitt ansvar at befolkningen får dekket grunnleggende velferdstjenester og innfridd de samme lovmessige rettighetene som for eksempel helse og sosialtjenester. Tradisjonelt organiserer kommunene tjenestene sine i ulike etater og virksomheter.

Kommunale helse og omsorgstjenester består mellom annet av å tilby hjemmesykepleie til innbyggerne, en fastlegeordning og plass i institusjon herunder sykehjem og avlastning.

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemme boende som på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan oppsøke helsehjelp, og som er avhengig av at denne hjelpen gis i eget hjem for å få dekket grunnleggende pleie og omsorgsbehov. Det er ingen begrensninger knyttet til alder eller sykdom, men det er et tilbud til alle som har behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet (Fjørtoft, 2012).

Hjemmesykepleie skal gi helsehjelp som bidrar til å forebygge sykdom og funksjonssvikt, og gi deg hjelp til å leve med den helsesvikten du har. Dette kan være hjelp til personlig hygiene, måltider, medisiner med videre. Målet er å bidra til at du kan klare deg selv i størst mulig grad med god tilrettelegging i hjemmet. Brukergruppen som mottar denne tjenesten er sammensatt, og selv om det hovedsakelig er eldre mennesker som trenger hjelp til dagligdagse gjøremål, ser en sterk vekst i yngre brukergrupper. I følge Meld. St.16 (2010-2011) er det sterk vekst i brukere som mottar hjemmesykepleie. Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig samhandling for mottakere av hjemmesykepleie. Det gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske lidelser.

Fastleger er en av de viktigste samhandlingspartene for hjemmesykepleien. Pasienten har ofte flere diagnoser og sammensatte problemstillinger, og det er fastlegen som har ansvaret for den medisinske oppfølgingen. Alle personer som er bosatt i Norge skal ha nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og en har rett på å få en fast allmennlege å forholde seg til. Dette er regulert gjennom forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012 § 1, med hjemmel i helse - og omsorgstjenesteloven, 2011.

Videre i følge fastlegeforskriften § 8 første og andre ledd står det at det er kommunen som skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. ”Kommunen skal legge til

rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud ”(Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012).

Fastlegene er tilknyttet kommunene gjennom driftsavtaler mellom den enkelte lege og kommunen. Legene er ofte organisert i små enheter hvor en eller flere leger samarbeider. De er selvstendig næringsdrivende og har ingen annen organisatorisk tilknytning til kommunen enn driftsavtalene. Selvstendig næringsdrivende fastleger lønnes etter honorering for utført arbeid etter gjeldende forskrift om støtte til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. I tillegg får de et tilskudd fra kommunen for hver person på fastlegelisten. Dette jf § 8 i forskrift om fastlegeordning. Kommunen skal jf § 30 i forskrift om fastlegeordning i kommunene inngå individuelle avtaler med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. I Bergen kommunen som jeg velger å studere er det etat for helsetjenester som har ansvar for fastlegeordningen.

Hjemmesykepleien samhandler tett med fastlegene om hjemmeboende pasienter i kommunen. Det er midlertidig viktig å merke seg at fastlegene i tillegg til hjemmesykepleien også har andre samhandlingspartnere som de følger opp. Dette i tillegg til pasienter som kommer til legekantoret for konsultasjon.

1.4 Lovverket som viktige rammefaktorer

Lovene som regulerer og legger føringer for oppbyggingen av kommunehelsetjenesten er viktige rammefaktorer i arbeidet for å nå målet om god samhandling mellom de ulike tjenestene. Den nye helse- og omsorgstjenesteloven stiller flere krav til hvordan samhandlingen kan bedres. I følge loven er det kommunen sin plikt til å legge til rette for samhandling mellom de ulike deltjenestene innad i kommunen. Dette jf § 3-4 i helse- og omsorgstjenesteloven. Ett annet punkt i helse- og omsorgstjenesteloven jeg syns er viktig å fremme i forhold til min problemstilling er kapittel 7 som omhandler individuell plan. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har i følge lovverket rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette skal være et verktøy om en metode for samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. I kommunene er det egne koordinerende enheter som har ansvaret for å lage rutiner for arbeid med individuell plan. De har også ansvar for opplæring av den enkelte ansatte. Det er midlertidig den tjenesteenheten som er mest involvert i brukerens tjenestetilbud som i de fleste tilfeller har ansvar for å finne en person som kan være koordinator. I en rapport om

kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011, gjort på bestilling av Helsedirektoratet blir det påpekt at det å få ansatte til å påta seg rollen som koordinator oppleves utfordrende i enkelte kommuner (Helsedirektoratet, 2011). Ut ifra konteksten om at kommunene skal kunne være i stand til å ta imot sykere pasienter, vil det i dette studiet være interessant å se i hvilke grad hjemmesykepleien og fastlegene bruker individuell plan som verktøy for å oppnå helhetlige helsetjenester for pasienten. Øgard og Hovland (2004, s.172) sier at det er viktig at den utøvende helsetjenesten selv tar initiativet og ansvaret for å gi disse lovbestemmelsene et fornuftig og praktisk innhold. Dette for å unngå at de ender opp som overdrevne byråkratiske øvelser.

Våren 2013 la byrådet i Bergen kommune frem en sak om kommunenes erfaringer fra det første året i samhandlingsreformen. Det ble påpekt at en av de store utfordringene i det videre arbeidet med innføring av reformen vil være en sterkere integrering av fastlegeordningen i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Fastelegene er en svært viktig del av primærhelsetjenesten, og det er en utfordring av fastlegene er organisert utenfor den kommunale organisasjonen. Skal samhandlingsreformen lykkes trenger vi en kommunerolle hvor samhandling fungerer på tvers av etater, sektorer, fagmiljø og fagfolk. I åpningstalen til tidligere helse og omsorgsminister Jonas Gahr Støre på helsekonferansen i Oslo, 7.5.2013, påpekte også han at det er denne dimensjonen av samhandlingsreformen som har den største utfordringen. For å løse disse utfordringene må de ulike faggruppene samhandle. Disse momentene understreker viktigheten at hjemmesykepleien og fastleger spiller på samme lag og de spiller hverandre gode. Det er kun på denne måten det kan utvikles en helsetjeneste av god kvalitet og som setter pasienten i fokus.

1.5 Egen bakgrunn for valg av tema og formål

Jeg har vært ansatt som sykepleier i hjemmesykepleien i Bergen kommune siden 2007. Gjennom disse årene har jeg sett stadig endringer i sammensetningen av pasienter som mottar kommunale helse og omsorgstjenester. Det har vært en stor økning i pasienter med kroniske lidelser og antall eldre som mottar hjemmesykepleie. Det har også vært en økning i pasienter i palliativ terminal fase, som ønsker å være hjemme ved livets slutt. Pasientene har ofte sammensatte problemstillinger og som en del av det utøvende leddet innenfor kommunehelsetjenesten ser jeg stadig mangel på samhandling på tvers av omsorgsnivåene. Dette gjelder samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, så vel som samhandling på tvers av yrkesprofesjonene innenfor kommunehelsetjenesten. Det er flerfoldige aspekter med samhandling som kan og bør utforskes. Men ut fra mitt ståsted som

sykepleier i hjemmesykepleien, ser jeg at den relasjonen vi er mest avhengig av og oftest knytte til i utøving av vårt arbeid er fastlegene. På bakgrunn av dette og sett i kontekst av Samhandlingsreformen ønsker jeg i denne masteroppgaven å få en forståelse for hvordan samhandlingen mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og fastleger oppfattes og foregår. Målet for studien er å sette fokus på hvilke forhold som påvirker denne samhandlingen og ut fra dette prøve å få frem noen tanker om hvordan samhandlingen kan forbedres. For å få frem hvorfor jeg synes dette er en viktig problemstilling, ønsker jeg å skissere et eksempel fra egen arbeidshverdag hvor samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlege er avgjørende for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester for pasienten. Jeg velger i dette eksempelet og anonymisere pasienten og sykepleieren ved å gi de fiktive navn som "Kjersti" og "Janne".

"Kjersti har diagnosen brystkreft med spredning til skjelettet. Hun har i lengre tid vært innlagt på kreftavdelingen. Kreftavdelingen har informert Kjersti at kurativ behandling ikke lenger er mulig, og at de nå vil ha fokus på smertelindrende behandling. Kjersti har et sterkt ønske om å komme hjem til egen bolig, og få dø hjemme. Kreftavdelingen kontakter dermed hjemmesykepleien i kommunen og ber de følge opp Kjersti. Kjersti får åpen retur mulighet til kreftavdelingen og kan komme tilbake dersom det ikke fungerer hjemme. Kjersti kommer hjem til egen bolig. Hun er plaget med mye smerter sover dårlig, og har liten matlyst relatert til kvalme. Hjemmesykepleien gjør en kontinuerlig vurdering av situasjonen og hjelper Kjersti ut fra deres muligheter, men hjemmesykepleien er også avhengig av fastlegen for behandling av smerter og andre ubehaglige symptomer. Janne er primærsykepleier hos Kjersti og kontakter fastlege for å informere om Kjersti sin tilstand. Fastlege tar Kjersti sin situasjon på alvor og ønsker å komme på hjemmebesøk hos henne etter kontortid samme dag. Ved hjemmebesøk øker fastlege opp de smertestillende medikamentene, og ordinerer kvalmestillende. Fastlege ringer hjemmesykepleien dagen etter og informerer om iverksatte tiltak, samtidig som han oppfordrer sykepleier til å ta direkte kontakt med han når det skjer endringer i Kjersti sin situasjon. Sykepleier får oppgitt et direkte nummer som fastlege kan nås på. Dagene går og Kjerstis situasjon blir stadig forverret. Janne ser at det går mot slutten for Kjersti. Det har i løpet av disse dagene vært en kontinuerlig dialog mellom hjemmesykepleien og fastlege. Til tross for at livet går mot slutten for Kjersti, opplevte hun å være tilfredsstillende smerte og symptom lindret. Kjersti sovner stille inn i eget hjem noen dager senere med sine nærmeste rundt seg. Janne er også der og støtter de pårørende i denne vanskelige fasen. Etter at Kjersti er død, kontakter Janne fastlegen, som kommer hjem og erklærer henne død. Pårørende formidler at Kjersti var svært takknemlig for å få være hjemme ved livets slutt og hun følte seg trygg og ivaretatt til tross for sin sykdomssituasjon".

Dette eksempelet viser hvordan samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger kan fungerer i praksis. I dette tilfelle følte pasienten seg ivaretatt, en god dialog og samhandling mellom tjenesteyterne bidrog til dette. Som sykepleier har jeg også opplevd tilsvarende situasjoner som eksempelet viser hvor samhandlingen ikke har fungert. I noen av disse tilfellene har pasienten måtte benytte seg av den åpne returen til sykehuset, til tross for et ønske om å dø hjemme. Ut fra dette skisserte eksempelet og tidligere presenterte kontekst, ønsker jeg å finne ut hva som kjennetegner samhandlingen mellom aktørene på grasrotnivå og hvilke faktorer som påvirker samhandlingen, i målet om å nå helhetlige tjenester for pasienten.

1.6 Problemstilling

Hva kjennetegner samhandlingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger, og hvilke faktorer påvirker denne samhandlingen?

1.7 Kunnskapsstatus/ tidligere forskning

Det er gjort mange studier på feltet samhandling innenfor helsesektoren. Jeg har foretatt søk etter tidligere forskning på feltet i Bibsys Ask, Bibsys Brage og SveMed. Jeg har benyttet meg av søkeordene ”samhandling”, ”hjemmesykepleie”, ”fastlege” og ”kommunehelsetjeneste”. Ordene er brukt både alene og i kombinasjon med hverandre. Søkene i overnevnte databaser gav mange treff som omhandlet tverrsektoriell samhandling innenfor helse. Hovedvekten av studiene jeg fant omhandlet samhandling på tvers av 1. og 2.linjetjeneste, jeg fant også en del studier som tok for seg hvordan Samhandlingsreformen blir implementert i kommune. Her var det skissert en del utfordringer og ulike tiltak kommunene har gjort for å gjennomføre reformens intensjon. Jeg vil videre presentere forskning som jeg mener er relevant i forhold til min studie, dette fordi det på ulike måter belyser temaet «Samhandling mellom sykepleier og leger».

Høgskolen i Vestfold ved Fakultetet for Helsevitenskap har i samarbeid med flere kommuner, utviklingscenteret for hjemmetjenester og sykehusapoteket i Vestfold utviklet en pilotstudie(Næss, Bing-Jonsson & Gyltnes, 2011). Studien ønsket å teste ut en modell/verktøy for å formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av iverksatt behandling og helsetilstand hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk. Prosjektet ble ledet av høyskolelektor Gro Næss. Bakgrunnen for studiet var økningen i pasienter som mottar hjemmesykepleie. For å kunne møte denne utfordringen må en samhandle på tvers av

sektorene. Metoden som ble brukt i studiet var å prøve ut en ny samarbeidsform mellom fastlege, sykepleier og farmasøyt i kommunehelsetjenesten. Den nye samarbeidsmetoden inkluderte bruk av en oppfølgingsplan og en sjekklister for innsamling av opplysninger om pasienten. Det ble i prosjektet innhentet kvalitative data for å beskrive erfaringer fra fastleger, sykepleier og farmasøyt. Resultatet av prosjektet var at oppfølgingsplanen bidro til bedre samhandling mellom fastlege og sykepleier, dette ved at de systematisk fulgte opp pasientens helsetilstand og iverksatte medisinske tiltak. Sykepleiere fikk også gjennom samhandlingen tilgang til mer informasjon rundt pasientens sykdomstilstand, slik at en kunne bedre ivareta pasientens behov. Fastlege fikk gjennom en slik samhandling i større grad beskjed ved ”små endringer” hos pasienten, og ikke bare dersom det oppstod akutt funksjonssvikt eller krise. Samhandlingen medførte og at fastlegen fikk bedre kjennskap til pasientens hjelpebehov (Næss, Bing-Jonsson & Gyltnes, 2011)

Det neste funnet jeg vil referere til er en kartlegging av legetjenester til brukere av pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon. Denne er utarbeidet av Sosial og helsedirektoratet etter bestillingsbrev fra Helse og omsorgsdepartementet fra 25.02.04. Hensikten med denne kartleggingen var å gi en vurdering av hvordan legetjenesten fungerer for brukere av pleie og omsorgstjenesten utenfor institusjon og om hvordan samarbeidet med den øvrige helsetjenesten fungerer. Konklusjonen i denne undersøkelsen var at fastlegens oppfølging av pasienter som mottar hjemmetjenester og fastlegens samhandling med hjemmetjenesten, er mer systematisert i de mindre kommunene. En sentral funksjon som rutiner for å oppdatere hverandre på medikamentendringer der hjemmesykepleien har ansvar for medisin håndtering, er mangelfull, til dels fraværende i mange kommuner, spesielt i store kommuner. Ventetid på hjemmebesøk er lengst i de store kommunene. I praksis synes det å være en gråsoner mellom fastlegens oppfølgingsansvar for egne pasienter og bruk av legevaktslege, noe som sannsynligvis har konsekvenser for kontinuiteten og kvaliteten av tjenestene, ikke minst da legevaktslegene i mange kommuner ikke har tilgang til nødvendige medisinske opplysninger om brukerne (Sosial og helsedirektoratet, 2006).

Den tredje studien jeg vil referere til er en rapport som gjør greie for et forprosjekt som avdeling for helsefag ved Høyskolen i Sogn og Fjordane har gjennomført i sammen med Vestlandsforskning (Kyrkjebø, Strand, Torjesen & Romøren, 2013).

Prosjektet bygger på intervju med helsesjefer og rådmenn i 25 av 26 kommuner i Sogn og Fjordane. Formålet med dette forprosjektet var å kartlegge hvordan kommunen forberedte nye

oppgaver innenfor helse og omsorgstjenesten i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen. Dette forprosjektet skulle danne grunnlaget for et videre hovedprosjekt om Samhandlingsreformen i Sogn og Fjordane. Med hensyn til min oppgave trekker jeg kun frem det som gjelder samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene. I denne studien blir det påpekt at i de aller fleste kommunene mente informantene at samarbeidet med fastlegene fungerer godt. I 23 av de 25 kommunene var legene samlokaliserte med en eller flere av de andre helsetjenestene. Fordelene med samlokaliseringen med andre helsetjenester er mange, og informantene trekker blant annet frem at liten fysisk avstand mellom samarbeidspartene er positivt når en skal arbeide sammen med pasient saker. Det påpekes at det er lettere å ta kontakt partene i mellom og det vil kunne være enklere å bygge robuste fagmiljø når en har flere som arbeider sammen. Halvparten av kommunene så ikke behov for store endringer i samarbeidet med fastlegene, mens resten vurderte endringer. Dette for å møte de nye utfordringene som kommer med reformen (Kyrkjebø, Strand, Torjesen & Romøren, 2013).

De forskningsstudiene som jeg presenterte over belyser at kommunene har store utfordringer relatert til å finne nøkkelen til gode samhandlingsrutiner mellom sykepleier og leger. Likevel viser den første studien at ved å ta i bruk nyttige verktøy kan samhandlingen bedres. Slik samhandling er positivt for pasienten og for kvaliteten på tjenesteytingen, og slike prosjekter oppfordrer derfor til flere verktøy for å styrke samhandlingen ytterligere. Denne type samhandling har mange positive effekter for profesjonen som inngår i samhandlingen. Studie to og tre viser at hovedutfordringene ofte ligger i de store kommunene, der de ulike tjenesteyterne som skal samhandle er organisatorisk fragmentert. I Sogn og Fjordane fins det mange mindre kommuner og helsetjenestene i mange av kommunene er samlokaliserte, likevel tror mange av informantene i studien at det vil være behov for endring av samhandlingsrutinene når kommunen skal ta imot dårligere pasienter.

Til tross for at det er gjort mange studier om samhandling i helsesektoren, er ennå lite forskning knyttet spesifikt til samhandling mellom sykepleiere og fastleger i kommunehelsetjenesten, basert på aktørenes (grasrotmedarbeiderne) egne opplevelser. En slik studie vil derfor være relevant i en tid det der kommunene skal ha større ansvar for de samlede helsetjenestene.

Forskningen som er presentert i dette kapittelet blir kun en liten del av det vitenskaplige arbeidet som blir benyttet i studiet. Både metode og teori vil bygge på andre forskeres vitenskaplige arbeid.

1.8 Oppbygging av oppgaven

I dette innledende kapitlet har jeg presentert konteksten for denne studien, samt bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

I kapittel to presenterer jeg teorien. Innledningsvis i dette kapitlet avklarer jeg noen begreper, og hvordan begrepene er brukt i studiet. Videre presenterer jeg ulike teorier om mulige faktorer som kan påvirke samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger. Ulike utfordringer knyttet til koordinering av samhandlingen mellom organisasjoner, organisasjonsstruktur, ulike profesjoner og kultur forskjeller mellom aktørene som skal samhandle kan alle være medvirkende faktorer til å påvirke samhandlingen.

Kapittel tre omhandler valg av metode, design og utvalg. Videre presenterer jeg utforming og gjennomføring av studien.

I kapittel fire presenterer jeg de empiriske data, og i kapittel 5 blir aktuelle funn drøftet opp mot tidligere forskning og kontekst som er presentert i kapittel 1, og mot teori som er presentert i kapittel 2.

I kapittel fem blir oppgaven avsluttet med en konklusjon og forslag til videre forskning.

Kapittel 2: Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere teorier som jeg mener kan bli til hjelp i analysen av hvordan samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger foregår og hvilke faktorer som kan påvirke denne samhandlingen. Innledningsvis i dette kapitlet definerer jeg noen sentrale begreper som er brukt i oppgaven. Dette for at lesere skal kunne få forståelse for hvordan begrepene er brukt i denne studien. Videre vil jeg trekke frem teori om ulike strategier for hvordan en kan oppnå god samhandling mellom ulike organisatoriske enheter. For å finne frem til mulige faktorer som kan påvirke samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger vil det være naturlig å presentere generell organisasjonsteori og så på hvordan formelle og uformelle deler av en organisasjon kan være med å påvirke samhandlingspraksisen.

2.1 Hva er samhandling?

I litteraturen og i dagligtalen benyttes mange ulike ord som innbefatter at vi gjør noe sammen. Samhandling, koordinering, samarbeid og samordning er eksempler på dette. Begrepene har i litteraturen ulikt innhold. Det vil derfor være nødvendig gjør greie for disse begrepene og hvordan de blir brukt i denne studien.

Knudsen (2004 s. 24-25) sier at ordet samhandling avspeiler at ytelse utveksles mot motytelse. I Samhandlingsreformen blir samhandling definert som helsetjenesten evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles mål, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s.13).

Orvik (2004) på sin side beskriver samhandling som et forpliktende samarbeid med en norm for handlingene, en "måte" å organisere arbeidet på/å handle sammen i fellesskap (op.cit., 2004, s.41,257). Dette forutsetter at enkeltpersoner er koordinert for å få flyt i arbeidsprosessene. Samhandling innebærer en gjensidig forståelse og tilpassning mellom egne og andre fagfolks arbeidsoppgaver. Hensikten med å samhandle er å sikre flyt i arbeidsprosessene slik at pasienter og pårørende opplever sammenheng i tjenester og tiltak. Denne samhandlingen baserer seg på tillit, gjensidighet, likeverd samt en forståelse om hva som skal samhandles om (op.cit., 2004).

Felles for alle disse tre tilnærmingene er hvordan aktørene er avhengig av hverandres handlinger for å oppnå et felles mål. Arbeidsprosessene må derfor tilpasses hverandre for å oppnå dette målet.

I flere av disse definisjonene på samhandling står koordineringsbegrepet sentralt. Koordinering kan forstås som en eller annen form for styring av samhandlingen (Knudsen, 2004). Begrepet samhandling kan derfor ikke ses alene uten å knyttes opp mot begrepene samarbeid og samordning.

2.1.1 Samarbeid

I tilfeller hvor koordineringen skjer som følge av frivillig innsats brukes begrepet samarbeid. Et samarbeid kan skje når det er klart for de involverte partene at de er gjensidig avhengig av hverandre, og at begge partene vil tjene på å koordinere sin virksomhet (Jacobsen, 2004). Gjennom Sagatun og Zahl (2003) sin definisjon på samarbeid blir det påpekt at et samarbeid har i seg ønske og tro på å bedre kunne oppnå et mål i fellesskap enn hver for seg. Innsatsen må derfor være målrettet og ha et nytte/hygge aspekt for aktørene (op.cit., 2003, s.243). Samarbeid kan i følge Mulford og Rogers (referert til i Sagatun og Zahl, 2003) forstås som et begrep knyttet til personer på utøvernivå. Et samarbeid foregår gjennom uformell kontakt og er ikke basert på formelle regler. Samarbeidet har begrenset varighet, involverer lite ressurser og er ikke styrt av ytre avtaler eller pålegg. Det er derfor personavhengig (Sagatun og Zahl, 2003). Sagatun og Zahl (op.cit) viser til Hansenfeldt som understreker at den beste formen for samarbeid er basert på tillit. Tillit kan i en samarbeidssituasjon være en av de sentrale utfordringene, siden samarbeidet er avhengig av gjensidighet.

2.1.2 Samordning

Dersom et frivillig samarbeid setter begrensninger for måloppnåelsen må man ofte innføre regler og rutiner og gjennom dette få til en mer tvungen koordinering (Jacobsen, 2004). Dette er det vi kaller samordning. Samordning knyttes ofte til organisasjonsnivå. Mulford og Rogers i Sagatun og Zahl (2003) definerer samordning ut fra omfattende prosesser hvor to eller flere organisasjoner skaper og bruker gjeldende regler som er etablert. Dette for å bedre klare å håndtere oppgaver innenfor fellesområdet. Felles forpliktelser på organisasjonsnivå bringer partene sammen. I motsetning til samarbeid kommer initiativet ikke fra instansene selv, men fra utenforstående krefter. I en samordningsprosess er det viktig for hver part å ivareta og videreføre sine interesser.

Samhandling vil være det begrepet som blir brukt i den generelle omtalen i denne studien. Dette fordi det er målet for helsetjenestene at aktørene kan samhandle for oppnåelse av helhetlige tjenester til gode for pasienten. Jeg vil likevel i drøftingsdelen bruke omgrepene samarbeid og samordning for å få frem hvordan koordineringen gjennom uformelle og formelle deler kan påvirke samhandlingen.

For å kunne lykkes med samhandling vil uformell og formell koordinering mellom aktørene stå sentralt. Dette vil gjelde både internt i organisasjonen og eksternt mellom de ulike organisasjonene som skal samhandle. Knudsen (2004) påpeker at det i mange sammenhenger kan være vanskelig å skille hva som er internt og hva som er eksternt. Både hjemmesykepleien og fastlegene hører til under kommunehelsetjenesten. Likevel er ikke den enkelte fastlege tilknyttet kommunen sin hierarkiske organisasjonsstruktur. Legene er selvstendig næringsdrivende og har bare inngått individuelle avtaler med kommunen om deltakelse i fastlegeordningen. Ut fra dette blir samhandlingen mellom aktørene å betrakte som eksternt anliggende.

2.2 Interorganisatorisk koordinering

Knudsen (2004) viser til at en i faglitteraturen bruker fellesbetegnelsen interorganisatorisk koordinering på fenomener som samhandling, samarbeid, samordning og nettverksbygging mellom organisatoriske enheter. Omgrepet viser til at organisasjoner har andre organisasjoner i sine omgivelser, og at vi studerer samhandlingen mellom dem. Omgrepet får også frem at det er de organisatoriske rammene som påvirker samhandlingen mellom organisasjoner. Alle former for interorganisatorisk koordinering har som siktemål å effektivisere samhandlingen. Interorganisatorisk koordinering kan skje gjennom markeder og konkurranse eller gjennom samarbeid mellom institusjonelt atskilte enheter. Koordineringen kan styres av en overordnet enhet eller av partene selv. Når koordineringen skjer "lokalt" mellom enhetene, uten påtrykk ovenfra eller nedenfra er ofte problemet at politikere, klienter og ansatte føler det er utilstrekkelig. Koordineringen kan også styres ovenfra. Problemet med dette er at det krever et administrativt hierarki. Resultatet ved dette blir sentraliseringsproblemer, med dette menes køproblemer, lange beslutningsprosesser og manglende oppfølging på grunnplan (op.cit., 2004 s.26) Knudsen (2004) presenterer to perspektiver på koordinering, utvekslingsperspektivet og mandatperspektivet.

2.2.1 Utvekslingsperspektivet

Utvekslingsperspektivet handler om koordinering uten ordre ovenfra. Et av premissene i dette perspektivet er at enhetene, i erkjennelse av gjensidig avhengighet, og ut fra ønske om å realisere sine mål, vil komme frem til enighet om en fornuftig oppgavefordeling. Vi kan se utvekslingsperspektivet som et samarbeidsperspektiv. utfordringer i et slikt utvekslingsperspektiv kan oppstå når partene inngår i et mer langvarig samarbeid, der dominans og avhengighetsforhold kan true likeverd i utvekslingen, og der interesse og maktforholdene mer enn den direkte nytteeffekten er med på å bestemme partenes vilje og evne til å samarbeide (op.cit., 2004).

2.2.2 Mandatperspektivet

Sentralt i mandatperspektivet er det at høyere myndighet ser behov og muligheter for totalforbedring gjennom økt koordinering og samhandling. Ved utvekslingsperspektivet blir det lagt til grunne at partene har en vilje til å samarbeide og de ser nytten av et slikt samarbeid. Dette er ikke alltid tilfelle og da trenger man en overordnet instans som griper inn og pålegger samordning mellom de ulike partene. Det er dette som er mandatperspektivet. Mandatperspektivet kan ses på som et samordningsperspektiv. Koordineringen kan skje enten som et resultat et overordnet initiativ eller etter initiativ utenfra eller fra en underordnet enhet. Ved koordinering av enheter som befinner seg innenfor en hierarkisk struktur vil mest rasjonelt kunne gjennomføres ved at enheter som er gjensidig avhengig av hverandre, grupperes mest mulig nær hverandre. Derimot når enhetene som skal koordineres ikke befinner seg under samme hierarkiske struktur, men som likevel gjøres til gjenstand for et koordineringsmandat, kan man tenke seg at den mandatansvarlige følger samme prioritering og rekkefølge som for en hierarkisk struktur. Hovedspørsmålene da blir om de underordnede enhetene finner seg i den overordnede instansen sitt koordineringsframstøt, eller om den overordna instansen må ty til tvang, eventuelt "kjøpslå" for å få partene til å akseptere koordineringen. I dette tilfelle kan man si at mandatperspektivet blir en forlengelse av utvekslingsperspektivet, der den overordnede selv må gå inn som part i saken, og gjerne inngå en eller annen form for hestehandel (op.cit., 2004). Enhetene vegrer seg ofte mot koordineringsmandat, det kan være flere grunner til dette. Overordnet interorganisatorisk koordinering kan ofte forbindes med større konflikt og spenning enn spontan frivillig koordinering. Det kan være flere grunner til dette. Koordineringen krever planlegging og forhandlinger, omskolering, trening av personell og møtevirksomhet. Knutsen (2004) hevder at direktiver som kommer ovenfra, i seg selv kan være nok til å skape motstand. Dersom enhetene som skal koordineres oppfatter at "investeringskostnaden" ikke står i forhold til hva de vil få igjen vil det således være enklere å sabotere. Partene kan ikke forventes å inngå

frivillig i et samarbeid som er asymmetrisk fordelt, tvang medfører at minst en av partene oppfatter konsekvensen uheldig for seg selv. Vedkommende vil da gjøre motstand eller eventuelt sabotere overordna koordineringsframstøt, slik at det blir enda større behov for formalisering og tvang (op.cit., 2004).

Interorganisatorisk koordinering vil være sterkt avhengig av historiske tilfeldigheter og av personlige egenskaper til den som står for koordineringen og likeledes av valg av koordineringsstrategi. Man kan nærme seg oppgavene ut fra at det dreier seg om felles problemløsning, eller at det dreier seg om forhandlinger, overbevisning eller bruk av tvang (op.cit., 2004).

2.3 Strategier for å oppnå bedre samhandling

Når man skal skape samhandling på tvers av etats og organisasjonsgrenser, må man i følge Jacobsen (2004) prøve å påvirke både den frivillige (utvekslingsperspektivet) og den tvungne koordineringen (mandatperspektivet). Han har derfor laget en oversikt over ulike koordineringsstrategier.

Arbeidsdeling	Formell og fysisk struktur	Spesialisert utdanning og kultur
Minske behov	Avklare grenser mellom enheter Privatisering	Opprette ny enhet
Øke frivillig samarbeid	Øke avhengighet mellom enheter	Innføre belønningssystem som oppmuntrer til samarbeid
Bygge ned barriere for samarbeid	Kortere fysisk avstand mellom enheter. Bygge ned legale grenser for informasjonsflyt Felles informasjonsbaser	Felles utdanning på tvers av enheter. Personellutveksling mellom enheter. Felles rekrutteringspolitikk.
Samordne tvungen koordinering	Felles ressursavveing	Felles regler for flere enheter. Tverrgående planer. Møter, prosjektgrupper o.l Sammenslåing.

Figur 1: Oversikt over koordineringsstrategier og deres siktemål (Jacobsen, 2004 s. 84).

En av strategiene går på å oppmuntre til å øke det frivillige samarbeidet. Som vi har vært inne på må aktørene se nytten av et samarbeidet for at dette skal ha mulighet til og lykkes.

Jacobsen (2004) påpeker i denne sammenheng at mange ikke er klar over hvor avhengig de er av hverandre. Det vil derfor være viktig at den enkelte aktør får økt bevissthet om hvordan de ulike deloppgavene henger sammen. Det vil her være sentralt å ha kjennskap til de andre aktørene og ha kunnskap om hvilke hovedoppgaver de har. På denne måten kan en få en virkelighetsoppfattning om hvordan sine egne oppgaver henger sammen med andres oppgaver. Det vil dermed bli lettere å se hvilke konsekvenser manglende koordinering vil ha for den som mottar tjenesten (op.cit., 2004).

En annen strategi som Jacobsen (2004) viser til er å minske behovet for koordinering. Dersom avhengighet mellom de enkelte deloppgavene er et problem kan en prøve å minske denne avhengigheten. Dette kan gjøres ved å avklare den enkeltes organisasjon virkeområdet og domene. På denne måten kan en avklare ansvarslinjene mellom de som samhandler. Dette krever ofte en detaljert oversikt over oppgaver og ansvar, ofte i form av en kontrakt. I en slik oppgavefordeling kan de lett oppstå gråsoner der det ligger oppgaver som ingen løser. Tiltaket i denne sammenheng kan være å opprette en enhet som kan ta seg av de uløste oppgavene.

En tredje strategi vil være å bygge ned barrierer for koordinering. En strategi i denne sammenheng er og bedre rutiner for informasjonsutveksling mellom partene som skal samhandle. Jacobsen (2004) betegner dette som å styrke horisontal informasjonsutveksling. Fokuset i en slik strategi er i hovedsak rettet skriftlig informasjon. Både St. meld. nr. 47 (2008-2009), og Meld. St.16 (2010-2011), trekker frem informasjonsteknologiske arenaene som viktige arena for samhandling. Internett og telemedisin blir stadig viktigere verktøy i samhandlingen. En sentral forutsetningene for å kunne nå målene om en helhetlig helse og omsorgstjeneste i tråd med Samhandlingsreformen, er å ta i bruk hensiktsmessige IKT. IKT vil være et viktig virkemiddel for å kunne realisere målene. St. meld. nr. 47 (2008-2009) har satt seg som mål at alle aktørene innenfor helse og omsorgstjenesten skal være tilknyttet ett sikkert nett, og elektronisk kommunikasjon skal være den vanlige måten og kommunisere skiftlig på. For at elektronisk samhandling skal kunne foregå er det avgjørende at alle aktørene bruker det samme standardiserte meldingsformatet og har de samme versjonene.

Likevel påpeker Meld. St.16 (2010-2011) at det pr i dag er frivillig for aktørene å bruke de standarder som er utviklet, og at det heller ikke er satt frister for når en bestemt standard skal tas i bruk. På grunn av dette påpekes det at utviklingen går saktere enn ønsket. Det foreslås

likevel på sikt lovendringer i lov om kommunale helse og omsorgstjenester som gir hjemmel til å bestemme at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk.

Det å skape en felles kultur mellom aktørene som skal samhandle, kan også på sikt være med å minske behovet for koordinering. Jeg kommer nærmere inn på denne strategien når jeg senere i kapittelet presenterer teori om organisasjonskultur. Den siste strategien som Jacobsen (2004) viser til er ulike samordningsmekanismer. Selv om ulike tiltak kan minske behovet for koordinering og være med å redusere barrierer for koordinering på sikt, vil det alltid gjenstå et behov for å koordinere noen deler av virksomheten. Det er nemlig vanskelig å tenke seg at alle vil tilpasse seg andre dersom man bare legger til rette og bygger ned de formelle og personlige hindringene for informasjonsutveksling. En må derfor i tillegg bruke en del tvangsmiddel for å oppnå ønsket koordinering. Jacobsen (op.cit.) påpeker i denne sammenheng at en vanlig måte å koordinere virksomheten på er å utarbeide regler og rutiner. Disse definerer hvordan den enkelte skal gå frem i enkelte saker. En regel sier noe om hvem som skal gjøre hva, når og hvor. I helse og omsorgssektorene kommer slike regler ofte fram i utarbeidingen av standardprosedyrer som også angir hvordan man skal gå frem. Etablering av regler og prosedyrer medfører at en ikke trenger å behandle alle saker som om de var nye. Morgan (1988) referert i Jacobsen (2004, s.99) sier at viss alle hadde fulgt regler og rutiner ville en ikke ha behov for å ta kontakt med andre og vite hva de hadde gjort. Denne måten å bruke regler på har vist seg umulig i praksis. I kommunehelsetjenesten som er caset i denne studien vil det i enkelte tilfeller være nødvendig å avklare arbeidsdelingen mellom aktørene på stedet. Dette fordi at i pleie og behandling av mennesker vil ingen situasjon være lik. Brukere og deres problem er ikke faste. Lauvås og Lauvås (2004) understreker gjennom sin teori at dette ikke skal forstås slik at ansvarsforhold skal være løst definert, eller at arbeidsrutiner skal diskuteres i hvert enkelt tilfelle. Men at i tverrfaglig samhandling må en ta utgangspunkt i den faktiske situasjonen i hvert enkelt tilfelle og organisere seg slik at de samlede ressursene utnyttes best mulig (Lauvås & Lauvås, 2004, s.100). Regler og rutiner må derfor betraktes mer som en beskrivelse av hvordan ulike saker i grove trekk skal behandles, og hvem som skal delta i behandlingen.

Videre trekker Jacobsen (2004) og frem faste møter som et tiltak for tvungen koordinering. Han påpeker at faste møter er en av de meste effektive og fleksible formene for koordinering i organisasjoner. Gjennom møter får en etablert en arena for informasjonsutveksling. I

kommunehelsetjenesten påpeker Øgard og Hovland (2004) at møter er en helt nødvendig arbeidsform, for oppgaver som krever samhandling og tverrfaglig innsats. Men det er viktig at møtene har helt klare formål, og gjennomføres slik at formålet ivaretas på en effektiv måte.

Hvilke strategier som blir brukt for å koordinere samhandlingen er avhengig av hva som er årsaken til koordineringsbehovet, det kan være arbeidsfordelingen, formaliseringen eller spesialiseringen (Jacobsen, 2004, s. 78).

I lys av dette vil det være interessant å belyse bruken av utvekslingsperspektivet og mandatperspektivet. Det at hjemmesykepleien og fastlegene på mange måter er gjensidig avhengig av hverandre, og gjerne har noen overlappende arbeidsoppgaver er det med på å gjøre den interorganisatoriske koordineringen enklere (utvekslingsperspektivet)? Er det etablert formelle samordningsrutiner for koordinering mellom hjemmesykepleien og fastlegene (mandatperspektivet)? Har disse forholdene endret seg etter innføringen av Samhandlingsreformen.

2.4 Organisasjoner

Siden hjemmesykepleien og fastlegene representerer ulike organisasjoner som har ansvar for ulike oppgaver i en samhandlingsprosess, vil jeg i den videre fremstillingen presentere organisasjonsteori. Dette for å få frem hvor de ulike årsakene til koordineringsbehovet mellom hjemmesykepleien og fastlegene kan ligge. Samhandling innebærer som vi har sett både formell samordning og uformelt samarbeid. Det vil derfor nødvendig å skille hva som kjennetegner de formelle sidene ved en organisasjon og hva som kjennetegner de uformelle sidene. På denne måten kan en danne seg en forståelse hvilke betydning disse ulike sidene har i en samhandlingssituasjon.

Begrepet organisasjon kan bli brukt om mange ulike ting. En organisasjon kan være en kommune, en bedrift, politiske organisasjoner eller idrettslag. Felles for alle organisasjonene er at de blir definert som et sosialt system, som er konstruert for å realisere bestemte mål (Øgar og Hovland, 2004, s. 31) En organisasjon kan ikke ses på som selvforsynt og innelukket, den lever ikke isolert og for å kunne produsere og nå bestemte mål er organisasjonen avhengig av et utvekslingsforhold og samspill med andre system. Dette vil være av betydning for organisasjonens suksess (Strand, 2001).

En organisasjon blir karakterisert av en rekke forhold, organisasjonens oppgaver og mål, struktur, arbeidsprosessene, menneskene som arbeider i organisasjonen, kultur/verdigrunnlaget og organisasjonens relasjoner til omgivelsene. (Øgar og Hovland, 2004, s.31). Adferden i organisasjoner formes av konteksten organisasjonen befinner seg i. Forholdene jeg her har listet opp er derfor viktige faktorer for å skjønne hva som påvirkes adferden i organisasjoner. Jacobsen og Thorsvik (2007) deler organisasjoner inn i 2 hovedelementer. De kaller dette gjennom sin teori for formelle elementer og uformelle elementer (op.cit., 2007, s.16). De formelle elementene i en organisasjon består mellom annet av organisasjonens struktur. Dette vil si hvordan arbeidsdelingen og spesialiseringen i organisasjonen er. Strukturen skaper rammene i en organisasjon. Innenfor disse rammene er det også flere uformelle trekk som påvirker adferden i organisasjonen. Kulturen og menneskene som jobber i en organisasjon er og av stor betydning for aktørenes adferd. For å kunne forstå hvor samhandlingsutfordringene mellom sykepleierne i hjemmesykepleie og fastlegene ligger vil det være viktig å gå nærmere inn på både de formelle elementene og de uformelle elementene i organisasjonene.

2. 5 Organisasjonsstruktur

Organisasjonens formelle struktur vil være viktig å studere, da dette sier oss noe om hvordan samhandlingen foregår i organisasjoner. Organisasjonsstruktur er en fremstilling av en organisasjonens oppbygging. I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) kan organisasjonsstrukturen sies å være organisasjonens arkitektur. Organisasjonsstrukturen gir organisasjonen form, samtidig som den angir hva slags krav som formelt blir stilt til medlemmene av organisasjonen.

Strukturen blir ofte framstilt gjennom organisasjonens organisasjonskart, og beskriver hvordan den ser ut og hvordan menneskene skal fungere både innenfor og utenfor rammene av den. Organisasjonskartet antyder hvordan organisasjonen har fordelt og gruppert oppgavene slik at en får en arbeidsdeling, hvordan den hierarkiske oppbygningen er, det vil si hvem som leder hvem, og hvordan fordeling av ansvar og beslutningsmyndighet ser ut. I tillegg vil det være stillings beskrivelser, skiftlige regler og bestemmelser som angir hvordan den enkelte aktør skal opptre og hva den forventes og gjøre. På denne måten er organisasjonsstrukturen med på å skape stabilitet og regulere adferd hos den enkelte aktør, samtidig som den gir klarhet og forutsigbarhet. Gjennom formelle roller skal strukturen i en organisasjon si noe om hvilke oppgaver som må løses for å kunne realisere målene, og hvordan oppgavene skal fordeles(Jacobsen og Thorsvik, 2007).

I større organisasjoner må en tydelig struktur for hvem som skal samarbeide med hvem, hvordan og når, være etablert. Det kan være vanskelig for den enkelte selv å finne ut av dette, eller manglende vilje til samarbeid selv om behovet er der. Strukturer og systemer skal sørge for at mennesker som enten ikke vil, eller ikke ser behovet for samarbeid likevel samarbeider, og mål utformes og etableres. Dersom atferden ikke lar seg styre i ønsket retning, må dette fanges opp av regler og rutiner i organisasjonen, og en person med makt og myndighet må fatte en beslutning (op.cit., 2007).

Utforming av den formelle organisasjonsstrukturen skjer ved ulike grader og former for spesialisering og samordning. Hvordan en organisasjon er spesialisert og samordnet må ta hensyn til forholdet mellom posisjoner og underenheter som organisasjonen er sammensatt av, hvordan forholdet til større enheter som organisasjonen inngår i er, og til forholdet til andre organisasjoner den har forbindelse med (Christensen, Lægreid, Roness & Røvik, 2004).

Den formelle organisasjonsstrukturen skal ikke bare bestemme arbeidsdelingen og inndelingen i en organisasjon, men skal også inneholde element som skal sikre at nødvendig koordinering kan finne sted. En organisasjon kan ikke baser seg på såkalt frivillig koordinering, det må derfor opprettes formell strukturelle ordninger.

Mintzberg (1983) viser i denne sammenheng til fem ulike koordineringsmekanismer; gjensidig tilpassing, direkte tilsyn, standardisering av arbeidsoppgaver, standardisering av resultater, standardisering av kunnskap. Sett i lys av tema for min masterstudie vil det være lite hensiktsmessig å gi en utvidet beskrivelse av alle disse koordineringsmekanismene, men jeg vil kort gjengi 3 av mekanismene jeg mener vil ha betydning for min avhandling.

- Gjensidig tilpassning skjer når mennesker automatiske tilpasser sin adferd til den andre man er avhengig av.
- Standardisering av arbeidsoppgaver. Sentralt i denne koordineringsmekanismen står bruken av regler, skriftlige rutiner og prosedyrer. Hensikten med denne mekanismen er at arbeidsoppgaver blir utført likt fra gang til gang.
- Standardisering av kunnskap. Det settes krav til hvilke kunnskaper og ferdigheter de ansatte i en organisasjon skal ha.

Gjensidig tilpassing er en uformell koordineringsmekanisme mens de to andre jeg nevner er mer formelle. Den første koordineringsmekanismen kan ses i sammenheng med

utvekslingsperspektivet interorganisatorisk, mens de to andre kan ses i sammenheng med mandatperspektivet.

Det som vil være interessant å studere i forhold til samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene er om disse tre koordineringsmekanismene blir brukt i hjemmesykepleien og hos fastlegene slik at aktørene får gjennomført sine oppgaver. Samtidig vil det være interessant å se hvilke utslag det har på samhandlingen mellom aktørene dersom disse koordineringsmekanismene ikke er etablert eller fungerer. Slik jeg ser det er det grunnleggende at samhandlingen fungerer innad i organisasjonen for å få det til å fungere mellom ulike organisasjoner

2.5.1 Endring av formelle strukturer

Dersom arbeidsdelingen og koordineringen i en organisasjon ikke gir de forventede resultatene og/eller at andre måter å organisere seg på kan gi større gevinst, bør dette være drivkrefter til strukturelle endringer. Organisasjoner må stadig være villig til å endre seg. Endring er viktig for å holde tritt med konkurrenter, teknologiske nyvinninger eller nye føringer fra myndigheter (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Samhandlingsreformen er et eksempel på føringer fra myndighetene som definerer en ny kommunerolle og som stiller nye krav til kommunehelsetjenesten. Slik reformen er lagt frem vil dette kunne stille krav om økt omfang av samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger. I denne sammenheng vil det være nødvendig at kommunene går gjennom sine formelle strukturer innenfor helse- og sosialsektoren og se om de strukturene som eksisterer er hensiktsmessige i forhold til å nå målet om bedre samhandling. Endringene kan være knyttet til å endre ledelsesform, arbeidsprosesser, beslutningsmyndigheter, system, rutiner, ansvarsområder og relasjoner. Dersom Bergen kommune som er caset i dette studiet, ser at samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene ikke er godt nok, bør dette være drivkrefter til strukturelle endringer. Viser her tilbake til de ulike formelle koordineringsstrategiene som Jacobsen (2004) nevner.

Selv om en organisasjonsstruktur skal være med å skape stabilitet i organisasjonen, er det likevel viktig at strukturen utformes på en slik måte at den oppmuntrer til innovasjon og nytenking. Jacobsen og Thorsvik(2007) sier at dette ofte er en av hovedutfordringene en står ovenfor når organisasjonsstrukturen skal utformes.

Sett i lys av dette vil det i studiet være interessant å stille spørsmål om Bergen kommune har gjort strukturelle endringer forbindelse med realisering av Samhandlingsreformen. Hvordan har disse endringene virket inn på samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene? Har endringene hatt ønsket effekt i målet om bedre samhandling?

2.6 Organisasjonskultur

De uformelle elementene ved en organisasjon vil også kunne påvirke samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Organisasjonskultur er et begrep som nettopp fanger opp de uformelle sidene ved en organisasjon. Organisasjonskulturen skapes gjennom et samspill mellom mennesker som arbeider tett sammen. Gjennom et kulturperspektiv kan vi se hvordan mennesker kan utvikle felles mønster av meninger og holdninger som gir seg utslag i en bestemt måte å handle på (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Flere organisasjonsteoretikere har utarbeidd ulike definisjoner av begrepet organisasjonskultur. Det som har blitt den mest innflytelsesrike og mest referert i organisasjonslitteraturen er sosialpsykologen Edgar Schein sin definisjon av organisasjonskultur. Både Jacobsen og Thorvik (2007) og Bang(2011) viser til denne definisjonen gjennom sin litteratur.

”Et mønster av grunnleggende antakelser - skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tiltrekkelig bra til at det blir å betrakte som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene” (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 120).

I Scheins definisjon referert i Jacobsen og Thorsvik (op.cit.) er det flere grunnleggende poeng. Han deler diss inn i fem. For det første mener han at vi ikke kan snakke om organisasjonskultur uten å knytte begrepet kultur til en eller annen gruppe i organisasjonen som deler et sett av grunnleggende antakelser. *”Det er slik vi gjør det her”*, er et uttrykk for dette. Videre påpekes det at kultur er basert på læring. Læring er i denne definisjonen knyttet til to forhold. At kultur utvikles etter hvert som man lærer å mestre problemer med ekstern tilpasning i forhold til omgivelsene. Ekstern tilpassing menes at man prøver å skape en enighet om hvem omverden er og hvordan organisasjonen er plassert i forhold til denne

omverden, videre utvikles kultur etter hvert som en lærer å mestre problemer med intern integrasjon. Med intern integrasjon sikter man til hvordan man skal kommunisere og samarbeide i organisasjonen, slik at en i fellesskap bidrar til å realisere målene som er satt. For det tredje sier Schein at kulturen opprettholdes bare så lenge den oppfattes som riktig. Videre legges det vekt på at kulturen i en gruppe vil bli lært bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til spesifikke problemer. På denne måten blir nye medlemmer sosialisert inn i gruppens meningsverden. Schein presiserer og at organisasjonskultur er basert på følelser. Følelsene påvirker hvordan vi danner oss meninger om handlingsmiljøet som vi daglig beveger oss innenfor (op.cit., 2007).

Videre refererer Jacobsen og Thorsvik (2007, s.123) at Schein mener at kultur eksisterer på tre nivåer: grunnleggende antakelse, verdier og normer og artefakter. Det første nivået er grunnleggende antakelser, dette er kjernen i en organisasjonskultur. Grunnleggende antakelser er det vi tar for gitt og betrakter som sant. Disse blir til ved at en løsning på et problem viser seg gang på gang å gi gode resultater, etter hvert tar man for gitt at denne løsningen vil fungere. Dette utvikler seg dermed til en sannhet som preger folks tenkning, selv om den enkelte ofte ikke er seg bevisst hva man tar for gitt. Dette utgjør mennesker "bruksteori" det vil si oppfatninger som preger vår adferd og forståelse av virkeligheten. Slike antakelser er vanskelig å avdekke og studere. Men de reflekteres i våre verdier og adferdsnormer (op.cit., 2007).

I følge Schein gjennom Jacobsen og Thorsvik (2007) kommer verdier til uttrykk når mennesker tar bevisste valg om at noe er godt og noe annet er feil. Bang (2011) viser til at verdier kan ha ulike funksjoner i organisasjonen. Verdier fungerer for det første som standard, det vil si at verdiene er med på å veilede organisasjonsmedlemmene hvordan vi skal forholde oss i ulike situasjoner. I situasjoner der ulike verdier står i konflikt med hverandre kan et system der verdiene er sett i en hierarkisk ordning virke retningsgivende for hvordan en skal løse konflikten mellom de ulike verdisyne. Et slikt system kan hjelpe en å fatte en beslutning når man står i situasjoner som aktiverer motstridende verdier. For det tredje tjener verdier motivasjonsfaktoren. Viss vi oppfører oss i henhold til verdiene vil vi oppnå målet verdiene beskriver. Det siste punktet som blir beskrevet er at verdiene bidrar til selvaktelse hos medlemmene. Med dette menes at selvfølelsen til medlemmene i organisasjonen øker fordi vi handler i tråd med verdiene (Bang, 2011).

Normer er tett knyttet opp mot organisasjonens verdier. En norm sier noe om hvordan en konkret skal handle i bestemte situasjoner for og virkeliggjør en eller flere verdier (op.cit., 2011). Normer spiller en viktig rolle i samhandlingen mellom mennesker, dette fordi det reduserer usikkerheten om hva man skal gjøre i ulike situasjoner. Det er for eksempel klare forventninger til at en lege har andre oppgaver enn en sykepleier i møte med en pasient (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Det siste nivået på kultur som Schein gjennom Jacobsen og Thorsvik (2007) viser til er artefakter. Artefakter er uttrykk for kultur som kan observeres. Dette kan være i form av fysiske gjenstander, språk, tekst og adferd.

Går vi tilbake til de ulike koordineringsstrategiene som tidligere presentert ser vi at det å skape en felles kultur mellom aktørene som skal samhandle kan være med å minske barrierene for koordinering. I arbeidet om å skape en felles kultur er det viktig å merke seg at kultur dannes over lang tid, og på flere arena (Jacobsen, 2004) Det er også viktig å merke seg at både sykepleiere og leger representerer ulike profesjoner. Jeg gjør nærmere greie for profesjoner i neste kapittel. Profesjonene forvalter en kulturfelleskap gjennom felles erfaringer, identitet og verdi syn. Selv om den profesjonelle medarbeider også er bærer av ulike verdier knyttet til samfunnsverdier, spesifikke offentlige verdier og spesifikke organisasjonsverdier, så vil alltid profesjonsverdiene stå i en særstilling. Disse verdiene er som regel koblet til oppgaver innenfor egen profesjon. De fungerer som profesjonelle standarder og gir retningslinjer for profesjonsutøvelsen. Innenfor sykepleie har vi for eksempel Norsk sykepleierforbund som organiserer norske sykepleiere. På hjemmesiden finner vi ”yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere”. Disse representerer en sentral del av deres profesjonskultur (Busch, 2012).

I lys av kultur perspektivet ønsker eg å finne ut om det er en kultur for samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Er det en spesiell samhandlingskultur innen og mellom de ulike organisasjonene som skal samhandle?

2.7 Profesjonsperspektivet

Profesjonalisering blir ofte pekt på som en forklaring på samhandlingsproblem. Aktørene som samhandler i denne studien er medlemmer av ulike profesjoner. Gjennom et

profesjonsperspektiv kan man få frem ulike interesseaspekt ved samhandlingen, og aktørene som skal samhandle kan ha ulike interesser og verdi som er motstridene.

Det finnes ingen entydig definisjon på hva en profesjon er, men Busch(2012) trekker frem en del dimensjoner som normalt må være til stedet for at vi skal kalle det en profesjon.

Profesjonen representerer en spesiell kompetanse, hvor profesjonen har eksklusiv kontroll over et avgrenset fagfelt. Profesjonen står videre i en beskyttet situasjon på arbeidsmarkedet. En profesjon bygger sin kunnskap på et spesifikk høyere studium og det bygger på en ideologi med fokus på kvalitet.

Profesjonsperspektivet er utviklet gjennom tre historiske faser, jeg vil her gi en fremstilling av de tre fasene dette for å forklare profesjonene sin status og posisjon i samfunnet. Erichsen (1996) skiller de tre teoretiske retningene i det klassiske legefokuserte perspektivet, maktperspektivet og det historisk- sosiologisk perspektivet. I det klassiske legefokuserte perspektivet ble profesjoner sett på som organiserte sammenslutninger av eksperter. De hadde velutviklet ordninger for opplæring, og de hadde formell adgangsregulering til yrket. Listen av egenskaper ble senere kjernen i definisjonen av profesjoner. Legene ble sett på som den sentrale og positive kraften i helsetjenesten, og det ble sett på som naturlig at sykepleierne var underordnet legen (Erichsen, 1996). Maktperspektivet fokuserte på relasjonene mellom profesjoner og profesjonelle på den ene siden, og samfunnet og brukeren på den andre siden. I dette perspektivet stod profesjonens subjektive interesser mer enn objektive allmennhensyn i sentrum for deres virke (op.cit., 1996, s. 25). Den siste teoretiske retningen som blir nevnt er det historisk- sosiologiske perspektivet. Dette perspektivet fokuserer mer på arbeidsdelingen mellom profesjonene, og kobler dette til profesjonsstrategier og politikk. Med dette perspektivet får en ei kobling mellom mikro- og makro nivå. Profesjonene kobles med hverandre gjennom arbeid på mikronivå og med makronivået gjennom profesjonsstrategier og politikk. I følge Erichsen (1996, s. 28) er det dette som er kjernen i profesjonssystemet. Det vil være mikronivået jeg er mest opptatt av i dette studiet for å få frem samhandlingen som foregår mellom sykepleie og lege profesjonene.

Ulike profesjoner former den norske helsetjenesten. Profesjonene må forholde seg til hverandre. Det vektlegges i denne sammenheng samspill og konkurranse mellom profesjonene. I den sammenheng står begrepet jurisdiksjoner sentralt. Dette dreier seg om hvilke rett ulike profesjoner har til å utføre arbeidsoppgaver. Abbott referert i Erichsen (1996,

s. 46) uttrykker det som forbindelsen mellom en profesjon og dens arbeid Abbott skiller mellom seks ulike former for jurisdiksjoner som jeg her vil presentere kortfattet, men med spesiell referanse til yrkesutøverne i denne studien.

1. Full jurisdiksjon: Dette er arbeidsområder som profesjonen i kraft av lovgivning av entydig kontroll over. Dette gjelder for eksempel legen som er medisinsk behandler.

I et system med mange profesjoner er ofte full jurisdiksjon unntaket, og Abbott i Erichsen(1996) opererer videre med fem typer begrensede jurisdiksjoner

2. Underordning: Her er det klassiske eksempelet selvfølgelig forholdet mellom lege og sykepleier. Underordning er typisk innenfor yrker som ble etablert med den forutsetning at de skulle ha en hjelpende funksjon ovenfor et overordnet yrke. Slike yrker har plikt til å la seg instruere. De pålegges taushetsplikt og informasjonsplikt ovenfor sine "overordnede" yrker. Den overordna profesjonen kan midlertidig være helt avhengig av den underordnede for å få utført sine oppgaver, og dette kan innebære at hjelpeprofesjonen har stor innflytelse.
3. Arbeidsdeling eller teigdeling er en arbeidsdeling mellom funksjonelt forskjellige, men strukturelt likeverdige profesjoner. For å oppnå teigdeling mellom legene og sykepleie må en skille mellom at sykepleiernes særegne kunnskapsområde er sykepleie og sykepleievitenskap og legene har det diagnostiske og behandlingsorienterte kunnskapsgrunnlaget. De to kunnskaps- og arbeidsområdene må betraktes som selvstendige i forhold til hverandre samtidig som de er supplerende.
4. Intellektuell jurisdiksjon: I dette tilfellet beholder en profesjon kontroll over kunnskapene på et område, men overlater til andre å stå for utførelsen av arbeidet.
5. Rådgivende jurisdiksjon: Dette er tilfelle når en profesjon søker eller mottar råd fra andre profesjoner.
6. Klientdifferensiering: Er den siste formen. Dette er en form for teigdeling hvor arbeid deles, ikke etter innhold men etter egenskaper ved klientellet.

Som vi har sett over er det legene som har vært den dominerende profesjonen i helsetjenesten, mens de aller fleste andre yrkesgruppene har vært underordnet legen. Dette er hva Elstad (1991) betegner som det medisinske hierarkiet. Medisin er helsepleiens sentrale fag og legene helsetjenesten sentrale yrke. Mange av helseyrkene er oppstått ved at deler av legens virksomhet er overført til andre. Helsetjenestens arbeid har derfor i betydelig grad vært

modellert etter det medisinske hierarkiet. Beslutninger om diagnose og behandling har i overveiende grad vært legens monopol. De andre yrkenes underordnede stilling fremgår på forskjellige måter. Tradisjonelt sett har sykepleierne tatt seg av pasienten i henhold til legens bestemmelser. Dette har derfor markert en lagdeling i helse – og sosialsektoren som har representert legens autoritet og overordning i faglige spørsmål i forhold til andre helse og sosialarbeidere(Elstad, 1991).

I dagens helsetjeneste kan flere forhold imidlertid tyde på at det medisinske hierarkiet er mindre fastlåst enn før. Elstad (1991) trekker frem 2 forhold for og understreker dette. Den tidligere kommunehelseloven i sin opprinnelige form som ble vedtatt i 1982 understreket det medisinske hierarkiet med bestemmelse om at ”en lege ansatt i kommunene skal ha det medisinsk faglige ansvar for helsetjenesten” (§3-4). Det har vært mange lovendringer siden den gang, og ansvaret for faglig forsvarlige helsetjenester har gjennom flere lovendringer blitt flyttet fra legen over på kommunene. Elstad (1991) viser til at disse endringene er med på å avgrense legens autoritet. Det andre forholdet han nevner er at mer kollektive arbeidsformer over tid har kommet til i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen som nevnt er et eksempel på dette. Det medisinske hierarkiet faller ikke bort når slike arbeidsformer innføres. Men med mer kollektive organisasjonsformer som omfatter parter fra ulike profesjoner vil rollene kunne bli mer lik og deltakelsen i beslutningene mer jevn. På denne måten blir ikke samhandlingen så ensidig preget av det medisinske hierarkiet. Dette viser at medisin er fortsatt helsetjenestens hoveddisiplin, men legene er ikke så enerådige som før. Det er i helsevesenet større tendens til autonomi hos enkelte faggrupper og flere deltakende samarbeidsformer gjør at en bryter ned enveiskommunikasjonen og skaper større faglig likestilling mellom de ulike faggruppene (op.cit., 1991).

I lys av dette vil det være interessant å se på hvordan arbeidsfordelingen mellom profesjonene i dette studiet foregår. Det vil også være av interesse å se om innføring av Samhandlingsreformen har medført endringer i arbeidsfordelingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastlegene. Reformen kan ha gitt nye betingelser for arbeidsdeling og dette kan gi endring i jurisdiksjonforholdene. Hvordan påvirker dette samhandlingen?

2.8 Oppsummering av teori

Jeg har i dette kapittelet presentert teori som jeg mener er relevant for min studie av samhandlingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger. Konteksten for studiet er at Samhandlingsreformen legger større ansvar over de samlede helsetjenestene over på kommunene. Dette blir dermed stilt større krav til samhandling mellom de ulike aktørene i kommunehelsetjenesten for å oppnå helhetlige helsetjenester for pasienten. Samhandling mellom ulike organisatoriske enheter kan koordineres gjennom uformelt samarbeid og formell samordning. Det blir gjennom teorien skissert ulike tiltak for hvordan samhandlingen mellom organisasjoner kan koordineres. Aktørene som skal samhandle er organisert innenfor ulike organisatoriske enheter med sine formelle og uformelle elementer som i stor grad være med å påvirke samhandlingen. Aktørene som skal samhandle må overskride formelle organisasjonsgrenser, dette kan ha innvirkning på samhandlingen. Uformelle element i en organisasjon som organisasjonskultur og at aktørene som samhandler er medlemmer av ulike profesjoner kan også være med på å utfordre samhandlingspraksisen.

Kapittel 3: Metode

I denne metoddelen ønsker jeg å belyse hvilke metode og forskningsdesign jeg har benyttet meg av. Videre vil jeg si noe om innsamling av data som danner grunnlaget for svar på min problemstilling. Hvordan jeg har valgt ut informanter og hvordan jeg har gått frem for å få tilgang på forskningsfeltet. Avslutningsvis vil jeg i denne delen komme inn på min forforståelse av problemstillingen, diskutere oppgavens reliabilitet og validitet, muligheten for generalisering av funnene i studien og drøfte studiens forskningsetikk.

3.1 Valg av metode

Det er to hovedretninger innenfor samfunnsvitenskaplig forskning: Kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative forskningen bygger på en metode der hensikten er å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det som kan telles, veies eller måles. Metoden undersøker ”hvor mange”, ”hvor mye” og ”hvor ofte”. Målet for denne metoden er eksakt kunnskap om harde data (Aadland, 2011). Den kvalitative metoden derimot er forbundet med forskning som innebærer nær kontakt mellom forsker og de som studeres, som eksempelvis ved deltagende observasjon eller intervju. I kvalitativ forskning er det en viktig målsetting og oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Fortolkning har derfor særlig stor betydning i den kvalitative forskningen (Thagaard, 2011). Det er også mulig å kombinere både kvalitativ og kvantitativ metode. Dette kalles i litteraturen for triangulering. Dette kan skje ved at den ene metoden er underordnet, eller ved at de er likestilte (Ringdal, 2001).

Jeg ønsker å få innsikt og en helhetlig forståelse i hvordan samhandlingen mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og fastleger forgår, og hvilke faktorer som påvirker denne samhandlingen. Jeg er ute etter erfaringer, tenkemåter, ulike oppfattninger og motiver i samhandlingsprosessen. Det blir derfor i dette studiet naturlig å benytte seg av det kvalitative forskningsdesignet.

Ut fra målsettingen om å oppnå forståelse for de fenomener vi studerer har fortolkning en sentral plass innenfor den kvalitative metoden. En kvalitativ tilnærming kan derfor knyttes til fortolkene teorier som fenomenologi og hermeneutikk.

Både fenomenologien og hermeneutikken legger vekt på forståelse og tolking. Fenomenologien på sin side tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. Mens hermeneutikken fremhever å fortolke

folks handlinger gjennom fokus på et dypere meningsinnhold. Hermeneutikken bygger på at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av (Thagaard, 2011).

3.2 Forskningsdesign

Ringdal (2001, s.103) sier at design eller forskningsopplegg er forskeren sin plan eller skisse for en undersøkelse. Han mener at for å kunne planlegge et forskningsprosjekt må mulighetene og spennvidden i typer av design være kjent. Videre sier han at samfunnsforskeren må se på valg av forskningsopplegg i første omgang som et spørsmål om hensiktsmessighet. Forskningsspørsmålene og de fenomen som skal undersøkes, peker ut forskningsdesignet eller teknikken for datainnsamling (op.cit., 2001).

Et viktig poeng i kvalitativ forskning er at prosjektets design må gi grunnlag for fleksibilitet. Fremgangsmåten må kunne endres på grunnlag av den informasjonen som informanten gir. Forskeren må i løpet av prosjektet vurdere om dataene er relevante i forhold til problemstillingen og om analysen kan føre til interessante resultat. Fleksibilitet og åpenhet er derfor særlig viktig i kvalitative studier.

Case studier er et eksempel på kvalitativt design. En casestudie blir kjennetegnet ved at undersøkelsesopplegget er rettet mot å studere ett eller få tilfeller der en går i dybden og gjør en helhetlig analyse. Det som er med på å særprege casestudier, er at fokus for analysen rettes mot en eller flere enheter som representerer studiens case. Enheter slike studier fokuserer på kan være personer, grupper eller organisasjoner (Thagaard, 2011).

I min studie ønsker jeg å studere på organisasjonsnivå. Dette ønsker jeg og gjør ved å studere samhandlingen mellom sykepleier i hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten. I dette tilfellet blir Bergen kommune caset jeg velger å studere.

3.3 Forskningsintervju

Jeg har valgt å bruke individuelle intervju for å få tilgang på de data jeg ønsker. For meg var det viktig å få informantene til å skildre samhandlingen og hvilke utfordringene som ligger i relasjonen mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og fastleger. Intervjuundersøkelse egner seg i følge Thagaard (2011) godt til å gi informasjon om personers opplevelse, synspunkt og

selvforståelse. Dermed ble intervjuundersøkelse en naturlig metode til forskjell fra observasjon, dokumentanalyse eller større skriftlige spørreskjema. Samtaleintervjuet gir stor grad av nærhet, lav standardisering og større muligheter for fleksibilitet (Ringdal, 2001).

Skal en avdekke intervjuobjektet sine egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåter krever det en undersøkelse der deltakerne kommer til ordet. Det må være rom for at de kan gjengi sine tanker så korrekt og upåvirket som mulig. Dette skjer i følge Aadland (2011) best i et halvstrukturert eller ustrukturert intervju. På bakgrunn av problemstilling har jeg i denne studien valgt å bruke halvstrukturert intervju. I en halvstrukturert intervjuguide er temaene jeg ønsker å spørre om fastlagt på forhånd, men rekkefølgen bestemmes underveis. På denne måten får informanten fortelle sin historie uten at jeg avbryter med spørsmål.

Jeg utarbeidet på forhånd en intervjuguide som ble brukt som et hjelpemiddel for meg underveis i intervjuene, for å kunne finne svar på min problemstilling (Vedlegg nr 4). I utarbeidningen av intervju guiden var problemstillingen sammen med teorikapitelet utgangspunktet for utvikling av guiden. Jeg valgte å dele inn i tema med flere underspørsmål. Spørsmålene er så enkle som mulig, dette for at det kunne åpne for informantens egne meninger. Under utarbeidningen av intervjuguiden foretok jeg noen prøveintervju med både sykepleier og lege. Dette var informanter jeg kjente på forhånd. Hensikten med slike prøveintervju var å teste ut om spørsmålene jeg hadde formulert var hensiktsmessige i forhold til problemstillingen, og om spørsmålene lot seg besvare. Dette var en svært nyttig erfaring i utformingen av intervjuguiden. Informantene var svært ulike og det var veldig positivt for meg i denne utprøvingen. En av informantene hadde svært mange tanker rundt tema og hadde reflektert gjennom en del problemstillinger. Det jeg opplevde i denne intervju situasjonen var at jeg stilte spørsmålene som var formulert innledningsvis, men etter hvert ble informanten mer selvgående. Informanten kom selv inn på spørsmålene som kom videre i guiden uten at jeg slapp å spørre. Jeg stilte noen oppfølgingsspørsmål underveis der jeg ba informanten konkretisere litt mer og komme med eksempler. Den andre informanten trengte litt mer hjelp for å komme i gang, her erfarte jeg at alle spørsmålene jeg hadde utarbeidet i guiden kom til nytte. Jeg fikk også således dannet meg noen momenter for å holde samtalen i gang og for å få informanten inn på rett spor, og det viste seg som svært nyttig å ha utarbeidet noen slike moment når jeg skulle foreta de virkelige intervju. En annen viktig erfaring jeg gjorde meg under prøveintervjuene var at jeg merket flere ganger i intervjusituasjonen at jeg hadde lyst å diskutere temaet med informanten ut fra mine egne erfaringer, og at informantene ved flere tilfeller spurte om jeg var enig i fremstillingen de gav. Det ble i denne situasjonen viktig for meg å gjøre meg bevisst rollen jeg var i som forsker rundt tema og ikke som sykepleier i

hjemmesykepleien. Det var derfor en viktig erfaring å ta med i intervjusituasjonen at jeg var varsom og ikke identifiserte meg for mye med informanten som innehadde samme profesjon som meg selv.

Informanten fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd. Dette var et bevisst valg for å kunne sikre spontanitet i svarene. Intervju guiden ble brukt som et utgangspunkt for alle intervjuene, men jeg supplert med spontane oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å utdype og forklare der de selv kom med aktuell informasjon utover det jeg spurte om.

Det vil være avgjørende at jeg som forsker greier å skape en fortrolig og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen. Det er viktig å ta regi over intervjusituasjonen å utforme en kontakt slik informanten føler seg trygg og har lyst til å fortelle om seg selv. I følge Thagaard (2011) vil en god start på et intervju være spørsmål og informanten sin bakgrunn, utdanning og yrkeserfaring. Etter hvert som informanten opparbeider tillit til meg som forsker vil det være naturlig at emosjonelle tema introduseres. Jeg hadde derfor et ønske om å prøve både for min egen del og for informanten sin del at intervjuet skulle gå som en naturlig samtale, hvor jeg som forsker var bevisst i min rolle for å oppnå tillit og få kvalitet og innhold i samtalen.

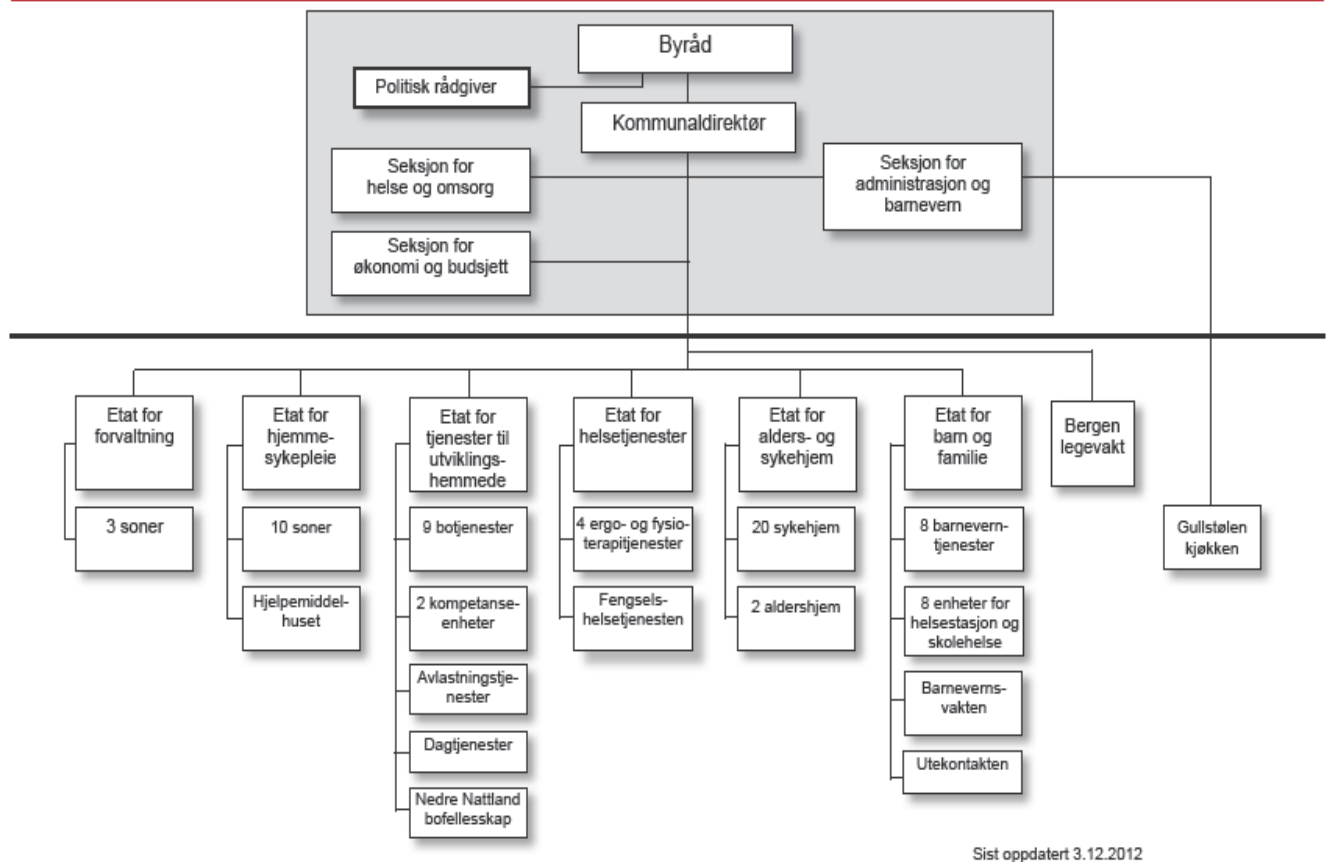
Intervjuene ble tatt opp på lydfil, dette for at jeg som forsker skulle få med meg alt og sikre at viktig informasjon ikke gikk tapt. Samtidig fikk dette meg til å ha fullt fokus på informanten. Jeg informerte informanten om dette i informasjonsskrivet som jeg sendte den enkelte informant i forkant av intervjuet.

3.4 Valg av informanter

I studien ønsket jeg å intervju sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger som hjemmesykepleien samhandler med. Byrådsavdelingen for helse og omsorg i Bergen kommune er organisert etter følgende organisasjonskart.



Byrådsavdeling for helse og omsorg

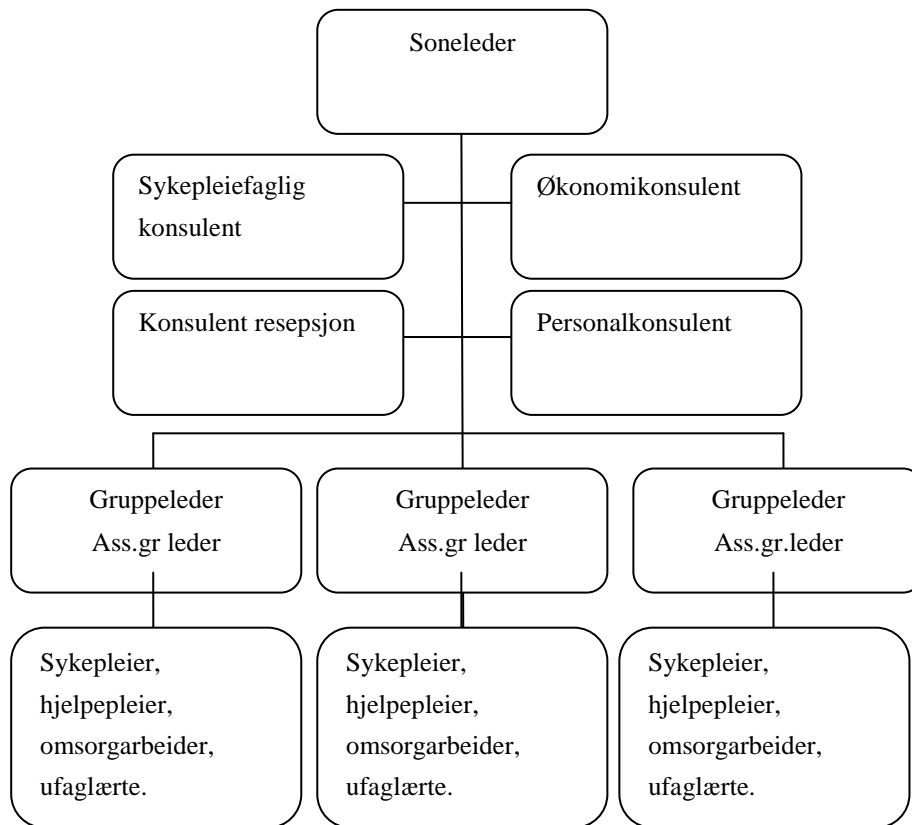


Sist oppdatert 3.12.2012

Figur 2: Organisasjonskart over byrådsavdelingen for helse og omsorg Bergen kommune.

Videre er hver enkelt sone i etat for hjemmesykepleie organisert etter denne modellen.

Variasjonen i dette organisasjonskartet vil være at det varier mellom 1- 4 grupper i noen av sonene. Jeg har her tatt utgangspunkt i gjennomsnittet som har 3 grupper.



Figur 3: Organisasjonskart over hver enkelt hjemmesykepleiesone.

I hjemmesykepleien jobber det sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte. Det er også organisert slik at noen av sykepleierne innehar administrative stillinger som gruppeledere, assisterende gruppe ledere og sykepleiefaglig konsulent stillinger. Soneleder er øverste leder innefor hver sone. Bakgrunnen for ønske om å intervju sykepleiere fremfor de andre faggruppene som nevnt, er at sykepleierne har et overordnet ansvar for pasienten og de har hovedansvaret for at viktig informasjon vedrørende pasienten blir videreformidlet til fastlege. Et annet kriterium jeg la til grunn når sykepleieren skulle velges ut var at sykepleieren kontinuerlig samhandler med fastleger. I framstillingen har jeg kalt disse informanter. Begrepet informanter er innarbeidet i kvalitativ forskning og benyttes av de personene forskeren får sin informasjon av (Thagaard, 2011). Valget av informantene baserer seg på deres egenskaper, kunnskaper, erfaringer og kvalifikasjoner som sykepleier og leger, og karakteriseres dermed som strategisk utvalg, noe som er typisk for kvalitative studier (op.cit., 2011).

3.5 Tilgang på forskningsfelt og utvalgets størrelse

På forhånd hadde jeg sett for meg å intervju rundt 7-8 informanter. Derav 4 sykepleiere i hjemmesykepleien og 3-4 fastleger. Dette antallet så jeg først og fremst for meg ut fra den kvalitative metoden sin egenart, som søker dybde og ikke bredde. Thagaard (2011, s.60) sier at en retningslinje for kvalitative utvalg er at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dybdepløyende analyser. Ut fra rammen på denne masteroppgaven ser jeg for meg at dette antall var stort nok, dette fordi informasjon jeg har fått av informantene gjennom intervjuene må bearbeides på en god måte om en skal få frem de viktige elementene i besvarelsen til informantene.

For å få tilgang til forskningsfeltet som i denne studien er Bergen kommune, måtte jeg i følge retningslinjene til kommunen sende en søknad til kommunaldirektøren for helse og omsorg for å få godkjenning av forskningsprosjektet mitt. Jeg sendte dermed en skriftlig forespørsel pr e-post til kommunaldirektøren, hvor jeg presenterte prosjektet mitt (Vedlegg 3). Jeg måtte også i følge retningslinjene legge ved utkast av intervjuguiden samt kopi av søknad og godkjenning av prosjektet fra NSD. Prosjektet ble godkjent av byrådsavdelingen for helse og omsorg 24. oktober 2013. Videre tok jeg kontakt pr telefon med etatssjefen i etat for hjemmesykepleie med forespørsmål om etaten kunne være behjelpelig med rekruttering av informanter til studiet. Etatssjefen viste interesse for prosjektet og ønsket svært gjerne å være behjelpelig med det. Jeg sendte etter avtale en e-post til henne med skriftlig informasjon om prosjektet og hvilke informanter jeg ønsket for å få belyst problemstillingen min. Jeg beskrev i ønsket til etatssjefen at jeg ønsket å intervju sykepleiere tilknyttet minst to ulike hjemmesykepleiesoner. Bakgrunnen for at jeg ønsket å studere minst to ulike soner var for å få frem en eventuell variasjon. De ulike sonene kan ha kulturelle forskjeller og interne strukturelle tiltak som kan ha innvirkning på hvordan samhandlingen mellom sykepleier og fastlege foregår. Få dager senere fikk jeg tilbakemelding fra henne om å kontakte sonelederne i 3 forskjellige bydeler i Bergen kommune, som ville være behjelpelig med å rekruttere informanter. Jeg tok kontakt med sonelederne i de forskjellige bydelene og fikk oppnevnt informanter til studiet. Videre kontaktet jeg informantene direkte pr telefon og gjorde individuelle avtaler for gjennomføring av intervju. Alle informantene fikk tilsendt informasjonsskriv pr e-post i forkant av intervjuene. I forespørselen til informantene informerte jeg om tema for studien, formål og hvordan jeg så for meg å gjennomføre intervjuet.

Når det kommer til utvalget av fastleger, hadde jeg i utgangspunktet en formening om hvordan jeg skulle skaffe meg informanter. Dette ved at jeg selv jobber i hjemmesykepleien,

og hadde tenkt meg ut noen fastleger som eventuelt kunne være villig til å stille opp til intervju. I tillegg informerte byrådsavdelingen for helse og omsorg meg om at jeg kunne kontakte en rådgiver i etat for helsetjenester som kunne være behjelpelig med tips om eventuelle informanter. Jeg fikk her oppnevnt noen navn i tillegg til de jeg selv hadde tenkt ut. Til å begynne med startet jeg å ringe rundt på de ulike legekantorene. Jeg presenterte meg for sekretærene og presenterte i korte trekk studien min og sa at jeg ønsket å rekruttere en av deres fastleger. I samtlige tilfeller fikk jeg ikke snakke med fastlegen direkte men beskjed om å kontakte fastlegen pr brev. Jeg sendte ut brev til 7 fastleger. Grunnen for at jeg sendte ut brev til så mange fastleger var for å være sikker i forhold til tilgang på informanter. Etat for helsetjenester hadde forbredt meg på at det kunne være vanskelig å rekruttere fastleger til en slik studie. I brevet skrev jeg at jeg på nytt tok kontakt pr telefon en uke etter brevet var ankommet. Da jeg tok kontakt igjen hadde 3 av fastlegene gitt beskjed til sekretærene at de ikke ønsket å delta i denne studien. De begrunnet det med at de ikke hadde arbeidskapasitet til å delta, og at slike prosjekt ikke var honorerte og at de dermed ikke ønsket å prioritere det. En av fastlegene fikk jeg ikke tak i, til tross for gjentatte forsøk ringte vedkommende meg aldri tilbake. De 3 gjenstående fastlegene ringte meg opp igjen og ønsket å delta i prosjektet. Det ble gjort individuelle avtaler for gjennomføring av intervju.

I denne oppgaven har jeg valgt å studere egen kommune. Bakgrunnen for dette valget er av praktiske årsaker. Jeg har tre små barn på 5, 2 og 0 år, og det ville være utfordrende for meg å reise bort for å foreta intervjuene. Kommunen jeg jobber i er en forholdsvis stor kommune som er delt inn i flere bydeler, med tilhørende hjemmesykepleie soner. Jeg valgte derfor å studere andre hjemmesykepleie soner enn den jeg selv jobber i. Dette fordi at kjennskap til informantene i denne studien kan slå negativt ut. Dette begrunner jeg med at jeg i samhandling med mine kolleger i hjemmesykepleien gjerne har utviklet en felles forforståelse rundt problemstillingen.

3.6 Min forforståelse av studiens tema

Begrepet forforståelse ble ifølge Aadland (2011, s. 182) innført av Gadamer. Han mente at vi ikke kunne møte verden uten et sett av briller eller fordommer som skal hjelpe oss til å finne et system en orden eller kort og godt mening i det vi står ovenfor. Forforståelsen er de forutsetningene vi bringer med oss, og som avgjør om vi finner mening i en handling. I introduksjonen til denne oppgaven skrev jeg om egen bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Jeg er selv sykepleier i hjemmesykepleien i kommunehelsetjenesten og jeg har dermed mye erfaring rundt samhandlingsutfordringene som ligger mellom sykepleieren i

hjemmesykepleien og fastleger. Jeg har en forforståelse for emnet. Det å ha kunnskap på feltet og om konteksten til informantene kan være positivt i en intervjusituasjon. Informantene vet at jeg har kjennskap til hva de snakker om, og på denne måten kan informanten lettere få fortrolighet til situasjonen. Det kan også være lettere for meg som forsker å stille relevante oppfølgingsspørsmål i tilfeller der informanten er for uklar. Dette kan gjerne virke positivt i forhold til å få tilgang på viktig informasjon. Likevel må jeg i rollen som forsker rundt et tema være min forforståelse bevisst og ikke overføre mine erfaringer til informanten. Jeg må derfor være varsom og ikke identifisere meg for mye med informantene som innehar samme profesjon som meg selv. Forforståelse er forankret i våre ulike livserfaringer og en må under hele prosessen være seg dette bevisst. Min forforståelse vil gjøre seg gjeldene gjennom hele prosessen med denne masteroppgaven. Jeg er ikke en objektiv utenforstående person som bare vurderer empiri. Så jeg må hele tiden være bevisst min egen forforståelse og diskutere hvilke betydning den kan ha på ulike områder.

3.7 Gjennomføring av intervju

Alle intervju ble gjennomført på informantens sitt arbeidssted, utenom ett, som ble gjennomført hjemme hos informanten. For sykepleierne ble intervjuene holdt i arbeidstiden, mens 2 av intervjuene med fastlegene ble holdt rett etter arbeidstid. Det siste intervjuet med fastlege ble holdt på kveldstid. Innledningsvis til intervjuet presenterte jeg meg selv og min bakgrunn. Videre gjentok jeg informasjonen om studiet og bakgrunn for valg av tema som informanten var skriftlig informert om gjennom informasjonsskrivet som ble sendt informanten i forkant. Flere av informantene angav at det var godt å få dette gjentatt, da informasjonsskrivet ikke var lest annet enn når det var mottatt. Før intervjuene startet signerte informantene samtykkeerklæring. Det ble også viktig for meg innledningsvis til intervjuet å avklare min rolle. Som tidligere nevnt ble jeg gjennom prøveintervjuene gjort oppmerksom på at jeg hadde lyst å diskutere temaet med informanten, dette på grunn av felles yrkesbakgrunn og felles kontekst. Det ble derfor viktig å presisere at jeg var i rollen som forsker rundt tema og det ble derfor viktig for meg og ikke overføre mine erfaringer til informanten. Informanten ble også informert om at intervjuet ble lagt opp med en halvstrukturert intervjuguide som var inndelt i tema, men at hovedhensikten var at informanten skulle fortelle mest mulig selv ut fra sine erfaringer og at jeg supplerte med oppfølgingsspørsmål. Hvert av intervjuene tok fra 30-50 minutter. Tidsrammen var avklart på forhånd så alle informantene var forbredt på dette og hadde satt av tid. Intervjuene foregikk på rolige kontorer eller rom egnet for formålet. Her kunne vi sitte uten avbrytelser eller andre forstyrrende element.

3.8 Transkribering og analyse

Alle intervjuene vart transkribert fortløpende etter at de var gjennomført. Jeg har transkribert alle intervjuene selv. Intervjuene ble transkribert ordrett og på dialekt og lyder som ”ehh” og ”hmm” ble også registrert. Slike lyder kan ofte ha en underliggende mening og tyde på at informanten er i tvil eller er usikker. Jeg har likevel ikke valgt å ha fokus på dette når jeg presenterer funnene og analysere dataene. Derfor er slike lyder tatt bort. Til forskjell fra skriftspråket er ofte vanlig tale preget av pauser, lyder, setninger som påbegynnes og avsluttes uten at det gir noen spesiell mening. I mine siteringer har jeg derfor valgt å ta vekk disse for å øke leservennligheten. Alle intervjuene er også gjengitt på bokmål, da bruk av dialekt i dette studiet kan gjøre at informantene lett kan gjenkjennes. Spesielt tenker jeg da på informantene som er valgt ut av etat for hjemmesykepleie.

Det å transkribere har vært en svært tidkrevende prosess, som resulterte i over 80 sider ferdig utskrevet tekst. Likevel ser jeg stor nytte verdi i å ha gjennomført dette selv. Nilssen (2012) sier at transkriberingen er en viktig del av analyseprosessen. Ved å lytte og skrive blir en veldig godt kjent med materiale og det kommer frem nye tanker og ideer til hvordan materialet kan legges frem for å finne svaret på problemstillingen. Nilssen (2012) sier videre at slike tanker og ideer bør noteres underveis. Dette har jeg gjort fortløpende ved å notere meg tanker i margin om hvordan materiale kan fremstilles. Sitater som jeg synes understreker viktige poeng har jeg også markert med fet skrift underveis i transkripsjonen.

Etter at intervjuene var ferdig transkribert leste jeg nøye gjennom materiale med fokus på hovedinndelingen jeg hadde gjort i intervjuguiden. Denne hovedinndelingen var systematisert etter kategoriene samhandling, struktur, kultur og profesjonsperspektivet. Etter nøye gjennomgang valgte jeg å beholde kategoriene å bruke disse til å drøfte dataene. Kategorisering gir mulighet til å systematisere respondentenes utsagn i intervjuene i en eller flere kategorier. På denne måten blir det mulig å sammenligne, finne ulikheter og mønster i informantenes svar. En slik fremstilling av materiale er hva Thagaard (2011) betegner som en temasentrert tilnærming. Et av hovedpoengene i en slik tilnærming er å gå i dybden på de enkelte tema. Kategoriene jeg valgte å dele inn etter representerer tema som etter min mening er sentrale i forhold til å finne svar på problemstillingen i studiet. De kategoriene jeg har analysert, inneholder utfyllende informasjon fra alle informantene. Slik at informasjonen som kommer frem er sammenlignbar. Ulempen ved en slik temasentrert analyse er at grensene mellom temaene ofte er flytende. Thagaard (2011) viser til at når tekstbiter løsriveres fra sin opprinnelige sammenheng er det en fare for at en kan miste en forståelse for helheten. Det er derfor viktig at analysen har fokus på sammenhengene mellom de ulike temaene.

Gjennom arbeidet med og fremstille dataene startet jeg først med å fargekode tekst under de ulike kategoriene. Dette for å få frem og skaffe meg en oversikt over hva den enkelte informant sa om de ulike tema. Videre laget jeg meg en fortettet tekst der jeg forkortet informantens uttalelser til korte formuleringer. Dette er hva Kvale og Brinkmann (2010) kaller for en meningsfortetting. Lange setninger ble komprimert til kortere og den umiddelbare mening ble gjengitt med få ord. På denne måten fikk jeg frem en tekst som var lettere å bruke når jeg skulle sammenligne og få frem hva som var felles, ulike forskjeller og hvilke mønster jeg så.

3.9 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

I følge Kvale og Brinkmann (2010) diskuteres troverdigheten, styrken og overførbarheten av kunnskap innenfor samfunnsvitenskapen som regel i sammenheng med begrepene reliabilitet validitet og generalisering. Disse blir brukt for å vurdere datakvaliteten i samfunnsvitenskaplige studier.

3.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet viser til datamateriale sin pålitelighet. Reliabilitet kan vise ved at vi får identiske data dersom vi bruker det samme undersøkelsesopplegget ved ulike innsamlinger av data om de samme fenomenene, eller at studie kan gjennomføres flere ganger å gi samme resultat (Grønmo, 2004). Målet om reliabilitet kan være vanskelig å nå i kvalitative studier, og vil være lettere å få til i kvantitative studier. Med tanke på eget studie vil det være flere moment som vanskeliggjør at en får repetisjon av identiske data under samme forhold. For det første spiller min personlige rolle inn som en viktig faktor. Min erfaringsbakgrunn og personlige fremtoning kan ha vært med og påvirke informanten. En annen forsker med annen bakgrunn kunne fått andre resultat i samme undersøkelse. Dette kan dreie seg om selve utformingen av undersøkelsen eller deler av samtaleintervjuet. Thagaard (2011) sier derfor at gjennom studier der mennesker forholder seg til hverandre må forskeren argumentere for reliabilitet ved og redegjør hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen. Jeg har gjennom metode kapitlet gitt en grundig redegjørelse av forskningsprosessen, og dermed fått frem hvordan jeg har kom frem til mitt datamateriale. Ved å ta opp datamateriale som kom frem i intervjuene på lydfil og deretter transkribere det ordrett, gav det meg mulighet til å presentere dataene i kapittel 4 på en nøyaktig måte. Dette uten å legge egne meninger og fortolkninger i utsagnene.

3.9.2 Validitet

Validitet handler om tolking av data og datamateriale sin gyldighet. Med dette forstås i hvilke grad studiet har undersøkt det som var ment å undersøke. Validiteten gir uttrykk for hvor godt det faktiske datamateriale svarer til forskerens intensjoner med undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen (Grønmo, 2004). I henhold til denne studien, hvor formålet er å studere samhandling mellom aktører på grasrotnivå, mener jeg at datamateriale er gyldig. Dette begrunner jeg ved at informantene som er intervjuet har alle erfaringer og kunnskap om samhandling. Gjennom dette får en et godt bilde av samhandlingspraksisen mellom aktørene og hvilke faktorer som påvirker samhandlingen. Gjennom åpne spørsmål får informanten mulighet til å fortelle sin historie. Videre har jeg beskrevet utvalget og utvalgsprosessen gjennomføring av intervjuene og presentasjon av data ved sitat. Dette er i tråd med begrepet gjennomsiktighet ("transparency"). Dette begrepet innebærer at forskeren tydeliggjør grunnlaget for sine fortolkninger. Dette er med på å styrke forskningens validitet (Thagaard, 2011).

3.9.3 Generaliserbarhet

Hensikten med generalisering er i følge Grønmo (2004, s.86) å bruke informasjonen om utvalget til å trekke slutninger om hele universet. Han skiller i sin litteratur mellom to typer generalisering. Statisk generalisering, som blir brukt i forbindelse med kvantitative studier og teoretisk generalisering som tar utgangspunkt i teoretisk forståelse av de samfunnsforholdene som studeres. Denne type generalisering brukes ved kvalitative studier. Det er ifølge Grønmo (2004) to formål som er viktig med teoretisk generalisering. Et av formålene er at en ut fra teoretiske resonnement utvikler begreper, teorier og hypoteser. Det andre er at man utvikler en helhetlig forståelse av en større gruppe eller konteksten som disse enhetene til sammen utgjør. I min studie mener jeg at noe av resultatet kan bli generaliserbare. Viser her til enkeltstående tiltak som kan være med å fremme god samhandling. Disse kan være generelle og er dermed universelle slik at de kan nyttes uavhengig av enhetene som studeres. En del av tiltakene kan komme som resultat av kommunes størrelse, ledelsesfaktorer og organisasjonsstrukturen i de enhetene jeg studerer, dette er muligens ikke representativt til å generaliseres.

3.10 Forskningsetikk

Thagaard (2011,s.25) sier det stilles spesielle krav til forskeren sitt etiske ansvar når forskeren er ute i felten. Hun fremhever spesielt tre sentrale etiske retningslinjer for forskning. Det er følgende; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter.

Frivillig deltakelse blir uttrykt gjennom begrepet informert samtykke. Det er forskeren sin oppgave å informere forskningssubjektene om at all deltakelse i forskningsprosjektet i utgangspunktet er frivillig (Ringdal, 2001). Dette prinsippet er basert på respekten for individets råderett over eget liv. Og at den enkelte skal føle kontroll med de opplysninger om seg selv som deles med andre (Thagaard 2011). I den skriftlige forespørselen jeg sendte pr post og e-post til informantene, informerte jeg om prosjektet, samt presentere meg selv og min bakgrunn. Dette slik at den enkelte kunne vurdere et eventuelt samtykke på bakgrunn av den informasjon som var gitt. Samtlige informanter signerte en samtykkeerklæring i forkant av intervjuene, og de ble også informert om at de på hvilke som helst tidspunkt kunne velge å trekke seg fra studiet.

Det andre prinsippet som Thagaard (2011) fremhever er kravet om konfidensialitet. Dette prinsippet innebærer at informantene har krav på at all informasjon de gir blir behandlet konfidensielt. Forskningsmateriale må anonymiseres og forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på. Deltakerne i forskningsprosjektet må garanteres at de forblir anonyme i rapporteringen fra prosjektet. Dette kan i følge Ringdal (2001) også være en medvirkende faktor for at forskningssubjektene velger å delta i prosjektet. I denne studien er hjemmesykepleiesonene for undersøkelsen samt fastlegene og hvilke legekantor de tilhører anonymisert. Informantene har fått betegnelser i form av bokstaver og tall. Sitatene som blir brukt i analyse delen er ikke blitt gjengitt på dialekt da dette kan virke gjenkjennende. Intervjuene er blitt tatt opp med lydopptak på i-phone, dette ble informantene informert om før ut av intervjuene. Disse lydfilene ble rett etter intervjuene overført til datamaskin hvor de ble avspilt. Lydfilene ble slettet fra iphone så snart de ble overført til datamaskinen. Datamaskintilgangen som er benyttet er beskyttet med personlig brukernavn og passord. Disse lydfilene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Transkribert material har vært nedlåst og kun tilgjengelig for meg som forsker.

Det tredje og siste grunnprinsippet Thagaard(2011) presenterer for en etisk forsvarlig forskningspraksis er knyttet til de konsekvenser forskning kan ha for deltakerne. Jeg som forsker har et overordna ansvar for å unngå at de som utforskes skal utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger. Jeg skal ha respekt for informantens integritet, frihet og medbestemmelse. I informasjonsskrivet til informantene ble det derfor informert om at det ikke ville ha noen konsekvenser i forhold til arbeidsgiver eller arbeidsforhold om deltakeren ønsket å delta eller ikke.

Kapittel 4: Presentasjon av data

I dette kapittelet presenterer jeg funn som er gjort i forbindelse med intervjuene med fastleger og sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Målet med intervjuene er å finne svar på hva aktørene på grasrotnivå mener kjennetegner samhandlingen mellom sykepleierne og fastlegene i kommunehelsetjenesten og hvilke faktorer de trekker frem som påvirker denne samhandlingen. Jeg har som tidligere nevnt valgt å presentere resultatene ut fra de temaene intervjuguiden er inndelt i. Disse kategoriene har sitt utgangspunkt fra teorien som er presentert til denne studien. Intervjumateriale er dermed presentert etter kategoriene; samhandling, struktur, kultur og profesjonsperspektivet. Intervjuene hadde som formål ut fra disse kategoriene og gi svar på studiens problemstilling. En kan oppleve at kategoriene i mange sammenhenger glir over i hverandre, og at ulike data kan knyttes til flere av kategoriene. Kategoriene må derfor ses i sammenheng. Funnene i denne studien vil bli presentert ved at jeg veksler mellom å gjengi meningsfull sitat fra informanten eller fremstilling med egne ord, under de enkelte kategoriene. Innledningsvis i dette kapittelet gir jeg en kort presentasjon av informantene som danner grunnlaget for denne studien, før jeg videre legger frem de tematiske funnene.

4.1 Presentasjon av informantene

Grunnlaget for denne presentasjonen er intervju med 4 sykepleiere tilknyttet hjemmesykepleien i Bergen kommune, samt 3 fastleger med driftsavtaler med Bergen kommune. Av de 4 sykepleierne er 3 kvinner og 1 mann. Tre av informantene innehar stillinger som assisterende gruppeledere. Alle disse tre er i vikariat, og jobber vanligvis som sykepleiere i gruppen. Den fjerde informanten er på tidspunktet intervjuet ble gjennomført ansatt som gruppeleder. Tre av informantene har fra 1-5 års erfaring som sykepleiere. Mens den fjerde informanten har vært sykepleier i over 30 år. 3 av informantene har påbegynt eller fullført videreutdanning innenfor sykepleie. Dette i form av kreftsykepleie eller videreutdanning rettet mot sykepleie i hjemmesykepleien. 2 av sykepleierne er ansatt innenfor samme sone, men tilhører ulike grupper. De 2 andre informantene tilhører andre geografiske soner. Disse informantene kaller jeg 1,2,3 og 4

Fastlegene som er intervjuet i denne studien er 2 menn og 1 kvinne. De er alle ansatt ved ulike fastlegekontor. To av fastlegene er spesialister i allmennmedisin og har vært lege i henholdsvis 27 og 32 år. Den tredje legen har vært ansatt som fastlege i 3 år. Disse informantene kaller jeg A, B og C.

4.2 Samhandling

For å kunne finne svar på hva som kjennetegner samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene ønsket jeg innledningsvis i intervjuet at informantene skulle fortelle om hvordan de samhandler med henholdsvis fastlegene og hjemmesykepleien. I intervjuene ble ordet samhandling brukt som det generelle begrepet. Informantene skiller ikke mellom samhandling, samarbeid og samordning i sine besvarelser. De blir her brukt som synonyme.

4.2.1 Samhandling gjennom elektroniske meldinger

Alle informantene startet med å fortelle at mye av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene går gjennom elektroniske meldinger.

Informant C som er fastlege beskriver det slik:

”Jeg samarbeider med dem først og fremst gjennom det elektroniske meldingssystemet, det er jo slik vi tar kontakt i de aller fleste tilfeller, og noen få ganger ringer de, og noen ganger ringer jeg. Dette spesielt i tilfeller der jeg synes det er vanskelig å formidle det jeg vil si skriftlig”

Informant 4 som er sykepleier beskriver det slik:

”Det varierer litt både fra lege til lege og hastegraden av det vi samhandler om. Den siste tiden har veldig mye gått via elektroniske meldinger. Så er det noen leger som ikke har det, da bruker vi gjerne tlf. I enkelte tilfeller også brev, det går mer på når vi bestiller resepter og sånne ting. Men det varierer, vi har også leger der vi rett og slett har vært nødt til å oppsøke legekantoret for å få kontakt”.

Informantene forteller at som et ledd i innføringen av samhandlingsreformen blir det gradvis innført elektronisk kommunikasjon mellom helse og omsorgstjenesten i Bergen Kommune og fastlegene. Det er opp til den enkelte virksomhet å bestemme om de ønsker å innføre elektronisk kommunikasjon. De må selv bestille samband som knytter virksomhetens lokasjon til helsenettet. Alle hjemmesykepleiesonene i Bergen Kommune bruker elektronisk kommunikasjon og alle fastlegene som er intervjuet i denne studien har innført systemet.

Informant 4 beskriver elektroniske meldinger på følgende måte:

”Elektroniske meldinger er et såpass nyttig verktøy, at det burde vært pålagt å ha det. (...) Samarbeidet med fastlegene blir mer og mer viktig, vi får sykere og sykere pasienter hjem og det er fastlegen som har ansvar for å følge de opp når de er hjemme. Da er vi avhengig av å kunne ha en relativt kjapp kommunikasjon”.

Dette samsvarer med flere av sykepleierne sine uttalelser angående elektroniske meldinger. Fastlegene som er intervjuet stiller seg også positiv til innføring av det elektroniske meldingssystemet. Sykepleierne forteller at de ofte opplever det svært vanskelig å komme i kontakt med fastleger som ikke har innført det elektroniske meldingssystemet. Det fortelles i denne forbindelse om at en da må bruke telefon. Dette oppleves som svært tidkrevende spesielt i tilfeller der en for eksempel bare skal bestille noen resepter. Til noen fastleger må en stå i kø på lik linje med andre som ønsker å komme i kontakt med fastlegen. Noen ganger kommer en heller ikke gjennom på telefonen. Da blir en i enkelte tilfeller nødt til å oppsøke legekantoret fysisk for å få kontakt. Flere av sykepleierne viser til eksempel på hvor de personlig har oppsøkt legekantoret for å komme i snakk med fastlegen. En må da sette seg på venterommet og løpe inn mellom pasientene. Dette oppleves svært tidkrevende og frustrerende i situasjoner der en kjapt skulle fått tak i fastlegen, og brukt tiden på viktigere arbeid.

4.2.2 Samhandling gjennom direkte dialog ved komplisert problematikk

Til tross for at informantene opplever innføringen av de elektroniske meldingene som et nyttig verktøy i samhandlingsprosessen blir det likevel påpekt at det fortsatt er nødvendig å supplere dette med bruk av telefon eller andre samhandlingskanaler, det blir her nevnt faks og brev som ytterpunktene.

Informant A beskriver dette på følgende måte:

”(...) Er der litt mer kompliserte problematikk så syns jeg det er enklere og avklare det på telefon. For det krever ofte så mange meldinger frem og tilbake så er det ofte litt uklart hva har en forstått og hva har en blitt enig om”.

Videre mener informant A at direkte dialog ofte er en bedre løsning enn når en bare sender meldinger gjennom et system. Direkte dialog fører til at en får en person og forhold seg til og en stemme som en muligens kan kjenne igjen ved en senere anledning. Således føler han at

samhandlingen gjennom direkte dialog kjennes litt nærmere. Han påpeker at gjennom de elektroniske meldingene ser en ofte ikke hvem det er fra, annet at det er merket med hjemmesykepleien.

Informant 2 støtter seg også til at telefon er et viktig supplement til de elektroniske meldingene og beskriver dette på følgende måte.

”(...)Det at alle hadde komme inn på elektroniske meldinger, det hadde jo hjulpet litt. Men da igjen må de jo sjekke de elektroniske meldingene. Vi har jo leger vi kan sende x antall elektroniske meldinger til som vi ikke får noe svar på. Eller at de godkjenner de så blir det glemt. Så får du ingenting ut av det heller. Så dessverre så er det sikreste fortsatt å ringe”.

4.2.3 Oppfølging av elektroniske meldinger

En annen sykepleier forteller at det med at de elektroniske meldingene ikke blir fulgt opp er svært tydelig når fastlegen er borte fra kontoret over en lengre periode eller på ferie. Da blir ofte meldingene liggende ubehandlet. Sykepleieren mener da at fastlegen burde ha en vikar som fulgte opp meldingene når vedkommende er borte.

Informant C som er fastlege bekrefter denne problemstillingen og forteller at en selv må lære seg bruken av systemet med elektroniske meldinger. Legen forteller videre at det har vært tilbydd opplæringskurs, men at dette ikke har vært prioritert i en hektisk arbeidshverdag. På denne måte må en prøve seg frem i bruken av systemet. Hun beskriver det på denne måte:

”(...) Nå har vi ganske nylig oppdaget at vi har mulighet til å sjekke hverandres meldinger, så nå prøver vi på det på kontoret også. For det har jo vært en ting når vi har vært borte på ferie og sånt og da var det mye vanskeligere å få tak i oss, men nå prøver vi på det at vi tar og bruker fraværsassistenten og dekker for hverandre, også på forespørslar”.

4.2.4 Forventninger i samhandlingssituasjoner

Sykepleierne og fastlegene har ulike forventninger til hverandre i samhandlingssituasjoner. Fastlegene beskriver sykepleieren som føleren ute i felten hos pasienter som gjerne ikke kommer seg til legekantoret. På denne måten er det viktig at sykepleieren gjør vurderinger i forhold til pasientens hverdag og sykdom, og viss det er noe melder dette til fastlege.

Fastlege B beskriver sine forventninger på denne måten:

”Jeg har jo som forventninger at de vil hjelpe meg når jeg har brukt for det, og at jeg kan hjelpe de når de har brukt for det, til det beste for pasienten(...) Av og til når jeg har brukt for de er jeg avhengig at de kan handle litt rask og gjør litt om på sine prioriteringer. For ofte er det at pasienter er akutt dårligere og da er det viktig at de har en evne til å kunne forandre litt på tjenestene sine med en gang.”

Sykepleierne sine forventninger til fastlegen er at de er behjelpelig med å løse de medisinske problemene sykepleierne står ovenfor, og at de tar stilling til spørsmål som kommer, og gir en rask avklaring og tilbakemelding.

Informant 3 sier det på følgende måte

”Jeg forventer å få tilbakemelding på det jeg eventuelt spør om. Jeg forventer at de tar stilling til kompliserte spørsmål. (...)Så forventer jeg litt at når de vet det er hjemmesykepleien som ringer, så forventer jeg på en måte at de respekterer at det er et spørsmål fra et annet helsepersonell”.

Forventningene sykepleierne og fastlegene har til hverandre gjenspeiler hvordan de opplever samhandlingen mellom hverandre. Både sykepleierne og fastlegene opplever store variasjoner i samhandlingen. Alle sykepleierne beskriver at det er store forskjeller mellom fastlegene i hvordan de følger opp pasientene og i hvilke grad de er gode med å kommunisere tilbake til hjemmesykepleien.

4.2.5 Pasientgrupper som krever samhandling

Både sykepleierne i hjemmesykepleien og fastlegene sier alle at en svært viktig pasientgruppe å samhandle om er kreftpasienter i palliativ fase, det vil si pasienter som ikke kan kurerast for sin sykdom men trenger hjelp til å lindre symptom. Disse situasjonene beskrives som svært krevende og aktørene må samhandle tett over en kort periode. En er da gjensidig avhengig av hverandre for å få til et godt forløp for pasienten. Informant A skryter og sier at han opplever at hjemmesykepleien ofte gjør en veldig god jobb i slike faser. Sykepleierne er også stort sett fornøyd med fastlegene i slike tilfeller. Informant 1 forteller om en samhandlingsepisode som nettopp viser hvordan et slikt forløp bør foregå.

”Det var vel i fjor vi hadde en kreftpasient som vi var en god del involvert i. Sunniva uteteam var også med og ei dame da som var fastlege. Ho fulgte veldig godt opp altså. Så vi hadde samarbeidsmøter hjemme med pasienten og pårørende. Og fastlegen kunne vi ta kontakt med når sagt når det måtte være egentlig. Så det fungerte veldig bra. Og da fikk vi ordinert medisiner og vi fikk ja, forklart hvordan forløpet gikk og den pasienten døde jo hjemme til slutt da.”

Hjemmesykepleien står ofte ovenfor kreftpasienter som trenger lindrende behandling ved livets slutt, og som ønsker å avslutte livet hjemme. Informant 2 støtter seg til at disse situasjonene oftest får en grei avslutting. Likevel etterlyser hun en tidligere avklaring på forløpet hos denne pasientgruppen. Kreftpasienter sliter ofte med smerteproblematikk og mange plager som hører med en kreftdiagnose. Det å ha en tydelig fastlege som går inn i situasjonen og gjør avklaringer med pasienten og pårørende på et så tidlig tidspunkt som mulig om hvordan pasienten ønsker forløpet, og når behandling skal avsluttes er svært viktig. Hun sier at en opplever dessverre for ofte at fastlegen forsvinner litt i disse tilfellene og overlater ansvaret til hjemmesykepleien for å vurdere døende pasienter.

Informant B som er fastlege er enig i det som informant 2 sier her, men mener at hjemmesykepleien som ser disse situasjonene på nært hold ved å gi pasienten pleie i hjemme like mye som fastlegene må ta initiativ til slike avklaringer. Han beskriver det på følgende måte.

”Der du nærmer deg en palliativ situasjon og der en kanskje skulle hatt den samtalen med pasient og pårørende i forhold til hva ønsker pasienten når neste forverring av sjukdommen kommer, det tror jeg det blir gjort for lite av. At en går inn då litt før en er midt oppe i den akutte situasjonen og drøfter litt hva en skal gjøre når neste forverring kommer, det er både en legeoppgave men jeg tror også det er nyttig at en kan gjør det sammen med hjemmesykepleien sånn at en har en felles forståelse. Da hadde vært fint om hjemmesykepleien som ser slike situasjoner like mye som fastlegen tar initiativet til den type møter”.

Alle sykepleier informantene mener at ett av kriteriene for vellykka samhandling rundt svært syke pasienter som ønsker å være hjemme med livets slutt, er avhengig av en fastlege som går inn i situasjonen. I følge sykepleierne ligger nøkkelen i at fastlegen kan gå på hjemmebesøk.

Informant 4 beskriver det på følgende måte.

”I en så alvorlig setting, så er det jo nesten alfa omega at fastlegen går på hjemmebesøk, dette for at pasienten skal kunne være hjemme”.

Andre pasient grupper som blir nevnt som viktige å samhandle rundt er de sykeste eldre og hjemmeboende pasienter som er demente eller som begynner å bli demente. Sistnevnte er en pasientgruppe som nesten alle informantene fremhever som viktig. Likevel er den generelle oppfatningen at disse pasientgruppene ofte er nedprioritert. Informant 1 beskriver samhandling rundt disse pasientene som et sorgens kapittel. Informant 4 sier at sykdom hos pasientgruppene som her nevnt i noen tilfeller kan være preget av vage, uspesifikke symptom. Det påpekes også at det ofte er vanskelig å få med disse pasientgruppene til konsultasjon på legekantoret. Flere av sykepleierinformantene sier derfor at hjemmebesøk til disse pasientgruppene burde vært gjennomført i større grad.

Informant 4 ordlegger seg på denne måten.

”(...)Hjemmebesøk er jo noe vi ofte ser behov for, det krever ofte veldig mange ressurser for å få pasienten til legen. Og da blir det ofte at vi utsetter legebesøk fordi det er så krevende og fordi vi vet det er så vanskelig for fastlegen å komme. Men viss vi tenker i forhold til samhandlingsreformen er jo ett av målene å hindre at de kommer på sykehus. Forebygging skal jo være i forkant men når det er så vanskelig, og det tar så mye tid så blir det ikke gjort, så får de en infeksjon som kommer så pass langt at de må inn på sykehus. Så jeg tenker at akkurat det med hjemmebesøk tror jeg vi kunne hatt mye å hente av, men det er jo samtidig igjen, hvor mye ressurser har fastlegen til hjemmebesøk”.

Det er akkurat dette med ressurser i form av tid som blir fastlegens svar på hvorfor det er vanskelig å komme på hjemmebesøk. Fastlege C forteller at hun kun stort sett bare har en dag i uken hvor hun går på hjemmebesøk, det er fredager. Så viss hjemmesykepleien ønsker at hun skal komme på en mandag så er dette vanskelig å få til. Dersom det er noe som ikke kan vente må pasienten i de fleste tilfeller komme seg til legevakten. Lege B og støtter seg til denne forklaringen, og sier at det selvsagt ikke er en ønskelig situasjon, men med mange og lange pasientlister som venter på kontoret er det dessverre ofte vanskelig å gå fra.

Sykepleierne viser forståelse for fastlegene sin arbeidssituasjon og skjønner at det ikke alltid er enkelt å komme fra i alle situasjoner. Når de blir spurt om de har noen forslag til hvordan

en kunne løse slike problemstillinger svarer 2 av informantene, informant 1 og 3 at de kunne tenke seg at hjemmesykepleien hadde en fast lege tilknyttet hjemmesykepleien, på samme måte som sykehjemmene har tilknyttet tilsynslege. Sykepleieren angir at det ofte kan være vanskelig å stå i enkelte situasjoner alene, der en ikke har mulighet til å få kontakt med fastlegen. Da kunne det vært greit å ha en lege tilknyttet hjemmesykepleien som de kunne ringe til å konsultere med, eller som eventuelt kunne komme på hjemmebesøk når de møter vanskelige utfordringer. Begge påpeker at denne funksjonen er sikkert ment at legevakten skal ha, men ofte oppleves det veldig belastende for hjemmeboende dårlige pasienter å komme på legevakten. Det er preget av mye venting og legene har ofte lite og ingen bakgrunnsinformasjon om pasienten.

4.2.6 Individuell plan som verktøy for samhandling

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter helse - og omsorgstjenesteloven rett til å få utarbeidet individuell plan. En slik plan skal være et nyttig verktøy og en metode for samhandling mellom tjeneste mottaker og tjenesteapparatet, samt mellom de ulike tjenesteyterne. På den måten skal en slik plan bidra til at tjenestemottakeren opplever en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjeneste. Informantene ble spurt hvilke erfaringer de hadde i utarbeidingen av individuell planer. Samt om de opplever dette som et nyttig verktøy i samhandlingen?

Alle informantene i studien har i større eller mindre grad vært med og utarbeidet individuelle planer. Sykepleierne sier alle at de har vært borte i individuelle planer i forbindelse med palliative kreftpasienter. Alle forteller at disse planene i stor grad er blitt utarbeidet sammen med Sunniva uteteam og fastlegen til pasienten. Sunniva uteteam er et ambulerende tverrfaglig team som er et supplement til tilbudet i primærhelsetjenesten. Sunniva uteteam hører til under Haraldsplass sykehus. Informantene syns i utgangspunktet disse planene har fungert bra, og at det er nyttig både for pasienten, pårørende og tjenesteyterne å ha en plan med oversikt over alle involverte instanser og hvor alle har tildelte roller. De mener da at pasienten i større grad opplever å få en helhetlig tjeneste.

Informant 4 beskriver det på følgende måte:

”De erfaringer jeg har med individuell plan har det vært relativt bra utbytte av. Det har da vært i forhold til kreftpasienter i palliativ fase der vi har lagd en plan sammen med Sunniva som er palliativ team, fastlege og oss. Dette for å få sikret at pasienten får nødvendig hjelp.

Det er jo et redskap som fungerer, kanskje vi gjør det til litt mer enn det er så vegrer vi oss litt for å ta det i bruk. For det skal gjerne ikke så mye til for å få det til å fungere”.

Fastlegene har i likhet med sykepleierne alle erfaringer med individuell plan. De forteller at denne type planer stort sett blir brukt i psykiatrien og til yngre funksjonshemmede, samt til kreftpasienter i palliativ fase. Utover dette blir verktøyet lite brukt i somatikken. Alle fastlegene er enig om at dette er et nyttig verktøy dersom det blir brukt på riktig måte. Planen må da være konkret og handlingsretta og gi en god oversikt over hvem som har ansvar for hva. Dessverre oppleves ofte disse planene noe som er utarbeidet bare for å oppfylle byråkratiet. Informant B sier at alle de store visjonene og plandokumentene ofte ikke blir noe levende praktisk verktøy i hverdagen og at det da blir en plan bare for planen sin del. Informant A deler samme erfaring som informant B og sier at han ofte opplever møter rundt individuell plan som litt tomme. De samme problemstillingene går ofte igjen og når en skal inn å oppsummere ser en ofte at målene som er nådd er mål en sannsynligvis hadde komnt til uavhengig av en individuell plan.

Informantene blir videre spurt om det er tiltak som kunne gjøre at verktøyet kunne vært mer nyttig og brukervennlig? Informant 2 sier at hjemmesykepleien ikke har noen god rutine på å bruke individuell plan. Hun mener at det rett og slett ikke har hatt nok fokus. Derfor har en også lite eller svært dårlig opplæring i bruken av verktøyet. Hun mener at dette er et så pass viktig verktøy at det burde lagt under primær oppgave til sykepleierne. Dette sier hun på følgende måte

”Vi har jo primær og sekundæroppgavene våre som er veldig fokus på, kanskje viss det hadde blitt et punkt under ei primæroppgave. At en må vurdere fortløpende individuell plan og om det er nødvendig. Så kanskje folk hadde blitt mer bevisst på det, og at det da hadde vært mer aktivt brukt”.

Alle fastlege informantene sier at de gjerne stiller opp dersom de blir innkalt til å være med å utarbeide individuell plan sammen med hjemmesykepleien. Likevel sier alle fastlegene i studiet at ett av kriteriene for å få dette til er at det må planlegges god tid i forkant.

Informant B sier det på følgende måte.

”Det nytter ikke for folk å kalle inn en fastlege uten å ha gjort noen mer avtaler om tid på 14 dager varsel, fordi at ventelistene på kontoret er ofte både to og tre uker. Og det at en venter

at en fastlege skal avbestille en masse andre pasienten for å gå på et møte det er et helt urimelig krav å stille fra noen samarbeidspart i kommunen. Så jeg tenker at visst en får melding tidlig, og kan få mulighet til å være med å påvirke tidspunktet litt så går det veldig godt an å få dette til, også i tilfeller i løpet av veldig kort tid. Dette er jo aktiviteter som er honorerte så viss innholdet i disse møtene er fornuftige så prioriterer jeg det høyt”.

4.3 Struktur

Organisasjonene sin formelle struktur kan være styrende for hvordan aktørene handler. Jeg ønsker i denne sammenheng å kaste lys over hvordan de formelle strukturer kan være med å påvirke samhandlingen.

4.3.1 Etablerte avtaler og rutiner for samhandling

Informantene blir spurt om de finnes etablerte formelle rutiner for hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger skal foregå. Informantene forteller at det er etablert rutiner knyttet til håndtering av legemidler. Her er retningslinjene veldig klare på hva som er hjemmesykepleiens sitt ansvar og hva som er fastlegen sitt ansvar. Når hjemmesykepleien skal dosere medikamenter for pasienter skal en i hvert enkelt tilfelle inngå en skriftlig avtale mellom hjemmesykepleien, pasienten og fastlegen. Informantene forteller også at etter de elektroniske meldingene ble innført er det tatt i bruk etablert nasjonale skriftlige rutiner rundt responstiden på de elektroniske meldingene. Alle informantene er kjent med disse rutinene. På spørsmål om partene overholder tidsfristene gir alle fastlegene skryt til hjemmesykepleien for håndtering av disse. De synes hjemmesykepleien er flinke og svarer forløpende på meldinger.

Informant B sier det på denne måten

”(...) Hjemmesykepleien er også veldig raske og lese disse elektroniske meldingene, det har de et veldig oppegående system på, og passer på at de blir lest ”.

Sykepleierne på sin side oppfatter derimot at det er veldig individuelt om fastlegene forholder seg til responstiden. Noen er veldig flinke, mens andre må en gjerne purre på gjentatte ganger. Det er likevel en gjennomgående oppfatning at legene er flinke å svare på resept bestillinger og de enkle spørsmålene. De mer innfløkte sakene kan ta lang tid å få svar på.

Alle 3 fastlegene bekrefter det sykepleierne opplever i forhold til responstiden på de elektroniske meldingene. Fastlege B beskriver dette slik

”Vi bruker 48 timer under normale omstendigheter. Det er ikke alltid at jeg greier å forholde meg til det, det er ikke alltid jeg klarer å svare innenfor 48 timer, men jeg har ofte sett de og de som haster prøver jeg å prioritere, men så er det kanskje noen andre som blir ventende litt lenger”.

4.3.2 Hvordan har Bergen kommune lagt til rette for samhandling?

Informantene ble spurt om hvordan de føler at Bergen kommune som har ansvaret for hjemmesykepleien og fastlegeordningen har lagt til rette eller engasjert seg i samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene.

Alle informantene er enig i at Bergen kommune har engasjert seg i få på plass elektronisk meldingsutveksling mellom aktørene i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Likevel påpeker samtlige sykepleieinformanter at kommunen burde stilt større krav til legene i fastlegeordningen i forhold til dette med å knytte seg opp mot det elektroniske meldingssystemet.

Informant 3 sier det på følgende måte:

”Fastlegene tilhører på en måte kommunen, men så er de samtidig selvstendig næringsdrivende, så de styrer på en måte livet sitt veldig selv(...)Jeg vet det har vært jobbet mye med dette å få alle fastlegene på meldingsutvekslingen. Men så er det jo sånn at de er selvstendig næringsdrivende og de avventer med å kjøpe det datautstyret de trenger. Mange av fastlegene setter seg på bakbeina. Så eg tenker jo at Bergen kommune har gjort en del for å prøve, men det er jo på en måte ikke godt nok”.

Fastlegene oppfatter også at kommunen legger for få føringer i hvordan samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene skal foregå. Informant A som har lang fartstid som lege i Bergen kommune sier at han ikke opplever at kommunen har tatt noen spesielle grep som skal styrke samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene etter innføringen av Samhandlingsreformen. Det eneste nye etter reformen ble innført er dette med elektroniske meldinger. Han legger det frem på følgende måte.

”(...) Bergen kommune har ikke lagt til rette eller gjort noe spesielt så vidt jeg vet, og det er ikke noen retningslinjer som har kommet fra den siden. Så det har bare fortsatt i det sporet som har vært og gått seg litt til alt etter som behov blir endra, og endra seg litt i forhold til dette som er komt elektronisk”.

Fastlegene og sykepleiere opplever i stor grad av de rutinene som er etablert for samhandling mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og fastlegene er rutiner som er initiert av aktørene selv. Så å si alle informantene etterlyser mer tilrettelegging i form av flere skriftlige rutiner og avtaler som gir klarere retningslinjer i forhold til hvem som har ansvar for hva. Ansvar for å utarbeide slike rutiner ligger helt klart til de ulike etatene innenfor kommunen.

4.3.3 Manglende strukturer for kontakt gjennom telefon

Informantene blir spurt om de synes det er vanskelig å komme i kontakt med fastlegen eller hjemmesykepleien når de har behov for det?

Alle sykepleier informantene angir at det svært ofte er vanskelig å få kontakt med fastlegen pr tlf. En må da ofte stå i kø ordninger på lik linje med andre som skal nå fastlegen. Dette er tidkrevende. Sykepleierne er alle enig om at tilgjengeligheten til fastlegene har økt etter innføringen av elektroniske meldinger, men fortsatt er det enkelte problemstillinger som bør avklares pr tlf, og da er det frustrerende å bruke lang tid på å stå i kø. Som en løsning på denne problemstillingen etterlyser alle sykepleierne som er intervjuet i dette studiet, å få mer tilrettelagt med direkte nummer for hjemmesykepleien til fastlegekontoret eller fastlegen.

Informant 2 uttrykker det på denne måten.

”En løsning er å ha mer direktenummer til fastleger. Det er jo fåtallet vi har hemmelige nummer til. Og fastlegene, enten gir de en klar beskjed til oss, tar vi ikke telefonen så ringe vi dere opp igjen. At de kunne ha hatt slik at de så hvem som ringte. At de visste at det var hjemmesykepleien som ringte, på et spesielt telefonnummer. Sånn at de kunne ringt opp igjen, for som oftest ringer vi jo ikke for gøy. Vi ringe for å få svar på ting eller få avklart ting”.

Informant 4 sier videre at noen leger i spesielle tilfeller gir hjemmesykepleien sitt private nummer, og sier hjemmesykepleien kan ta kontakt når som helst. Dette viser seg å være til stor hjelp i enkelte og vanskelige tilfeller.

Informant B som er fastleger syns også det er stor hjelp i å utveksle private nummer i tilfeller som krever tett oppfølging og samhandling mellom tjenesteyterne. Han uttrykker det slik

”(...)Så er det jo selvsagt slik at av og til er det vanskelig for hjemmesykepleien å treffe meg, og det kan være vanskelig for meg å få tak i dem. Men i noen tilfeller har vi faktisk gjort det slik att vi har utvekslet private mobil nummer, og at de kan få lov å bruke det og at de kan ringe meg og at jeg har samme retten til å kunne ringe de. Så det syns jeg for så vidt har fungert”.

De to andre fastlegene syns ikke det er noe stort problem å komme i kontakt med hjemmesykepleien. De sier at som regel går det veldig greit. Problemet kan heller være å vite hvilke geografisk gruppe pasienten tilhører. Men dette løser seg som regel veldig greit når en ringer, da er det alltid noen som kan hjelpe til at du blir satt over til riktig gruppe.

Hjemmesykepleien i Bergen kommune har åpen telefontid for brukere, pårørende og samhandlingspartnere hele døgnet. Mellom 8-15 på dagtid kommer en i kontakt med hjemmesykepleien på kontoret. På kveld og natt kan en komme direkte i kontakt med hjemmesykepleien ved å ringe de på mobil. Denne telefonen besvares alltid av en ansvarshavende sykepleier. Hver sone i Bergen kommune har egen ansvarsvakt.

4.3.4 Utfordringer knyttet til rapport- og dokumentasjonssystemet til hjemmesykepleien

To av fastlegene beskriver flere tilfeller der legen har meldt om endringer eller tilbakemeldinger på for eksempel medisiner, og der de tar det for gitt at dette blir fulgt opp, så har det vist seg i ettertid at endringen ikke har skjedd, eller at det ikke kommer noe tilbakemelding. Fastlegene stiller derfor spørsmål med rapporterings og dokumentasjonssystemet til hjemmesykepleien. Dette også fordi at de opplever at samme spørsmål relatert til en pasient kommer flere ganger i løpet av kort tid og gjerne fra ulike sykepleiere.

Fastlege A gir denne beskrivelsen.

”Når jeg melder endringer eller det kommer spørsmål, så kommer nytt spørsmål fra en annen i hjemmesykepleien kanskje etter en uke eller to og da begynner jeg å tenke, har ikke dette vært gjort før som jeg hadde tenkt at det var. Og da blir jeg litt usikker hva og hvor glipper det hen. Er rapporteringssystemet for dårlig?”.

4.3.5 Utfordringer knyttet til informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten

Informantene blir spurt om de opplever nye utfordringer eller større vansker i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene etter at Samhandlingsreformen ble innført? Her var det et klart mønster som gikk igjen i besvarelsene. Pasientene kommer tidligere hjem og er ofte sykere når de blir skrevet ut fra sykehuset enn før reformen. Dette krever ett tettere samarbeid og hyppigere kontakt mellom tjenesteyterne. Sykepleierne må gjøre hyppige vurderinger og tilbakemelde dette til fastlegene. En av de store utfordringene i dette samspillet er informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Dersom innleggelsen av pasienten ikke har gått via fastlegen vet ofte ikke legen om innleggelsen engang. Det blir beskrevet av informant A som er fastlege på denne måten.

”Når hjemmesykepleien då har fått utskrivnings melding så har ikke vi fått epikrisen. Så ringer de til oss og vil ha sånn og sånn medisin, eller sånn og sånn tiltak så har ikke vi grunner for å gjøre det. Så er det noe med det at vi skifter ikke medisin uten å ha fått en grunn eller sett pasienten, da står vi på en måte med kravet/ønske om foreskrivning av resept som vi ikke har grunnlag for å gjøre. Og det er jo en sånn typisk sviktsituasjon, så får vi gjerne epikrisen 2 uker etter det igjen. Og det ser vi jo ikke bare en gang, det ser vi ofte. For de skrives ut med en sykepleierrapport og en midlertidig rapport og så er ikke vi oppdatert”.

Informant 2 som er sykepleier beskriver også at informasjonsutvekslingen fra sykehuset til fastlegene er svært mangelfull, og at denne i stor grad påvirker hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene foregår. Hun forklarer gjerne at pasienter blir innlagt i sykehus, og har før innleggelse bare hatt hjelp fra hjemmesykepleien med støttestrømper. Så blir gjerne pasienten utskrevet med et helt annet sykdomsbilde. Når da fastlegen ikke er informert om denne endringen blir det en veldig vanskelig situasjon i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegen. Hun beskriver det slik:

Informant 2

”Det er jo vanskelig at fastlegen ikke får tettere oppfølging eller tetter informasjon fra sykehuset før pasienten blir skrevet ut med tanke på at de kommer ut med for eksempel sondemat eller peg eller intravenøs behandling. Da syns jeg det er vanskelig å skulle be fastlegen om informasjon som han ikke har fordi det er ingen som har gitt han det. Så det gjør at folk som har et stort oppfølgingsbehov gjerne ikke får det slik de skal. At ikke fastleger blir oppdatert kontinuerlig og skal begynne å oppdatere seg i det vi ringer og treng hjelp og trenger resepter det er uheldig”.

4.3.6 Hvordan kan utfordringene løses

Informantene blir spurt om de har noen forslag på hvordan denne problemstillingen kan løses. Informantene er ganske samstemte på dette punktet. De mener at løsningene ligger i den elektroniske samhandlingen. Den elektroniske informasjon som hjemmesykepleien får fra sykehuset må også sendes elektroniske til fastlegen. Dette for at fastlegen skal kunne ha informasjon om sykehusinnleggelsen til pasienten og om forløpet. På denne måten vil fastlegen være mer forbredt når pasienten kommer hjem, og kan da kunne gi bedre svar på forespørsler fra hjemmesykepleien.

4.3.7 Felles arena for samhandling

Avslutningsvis spurte jeg sykepleierinformantene hvordan de oppfatter at det legges til rette for felles arenaer for diskusjon rundt samhandling og hvordan leder stimulerer til en tankegang der samhandling er i fokus.

Alle informantene sier at innad i hver sone prøver de å avholde sykepleiermøter minst 1 gang i måneden. Dette er i følge informant 1 en arena hvor systemting og samhandling blir drøftet. Her har sykepleierne mulighet til å ta opp vanskelige situasjoner og diskutere seg frem til mulige løsninger. Informant 1 føler at i dette fora er lederen aktiv og ønsker å være løsningsorientert i forhold til problemstillingene som dukker opp.

Informant 2 sier at det siste halvåret har det dessverre ikke vært mulig å avholde sykepleiermøte i sonen hun jobber. Dette blir begrunnet med hektiske hverdager og da blir slike møter nedprioritert. Hun sier dette er veldig synd, for slike møter er svært viktig i forbedringsarbeidet. Informanten mener at det er en lederoppgave å ta initiativet til at slike møter blir avholdt til tross for hektiske hverdager, men hun sier videre at selv om ledere gjerne prøver å legge kan det oppleves at noen sykepleiere likevel prioriterer det vekk. Hun fremstiller det slik:

"(...) Så delvis er det jo absolutt et lederansvar, men og delvis et sykepleieransvar, og etterspør ting og prioritere. Kanskje kan den rapporten en skulle skrevet vente til en kommer på dagvakt i morgen. Det handler litt om det å prioritere å møte opp på sånne ting. Så viss ikke alle har samme forståelse for hva som er viktig å prioritere, så prioriterer en helt forskjellig. Det letteste er sikkert å prioritere vekk et sånt møte for du vet det er ikke direkte noe du må stå til ansvar ovenfor".

Legene blir også spurt om de har noen prosesser innad på kontoret for å legge til rette for samhandling. To av fastlegene forteller at de innad på legekantoret jevnlig har møter legene seg i mellom der blant annet samhandling med andre aktører blir diskutert. Fastlegene har også et hjelpesystem rundt seg i form av legesekretærer, og informant B mener det er svært viktig og jevnlig diskuterer samhandling, slik at en kan organisere seg på en måte som fremmer dette. Han sier det slik:

”Vi som fastleger er jo også avhengig av at samhandling innad på legekantoret med legesekretærene fungerer, i forhold til samhandling med hjemmesykepleien. Det ene er dette med at de skal besvare telefoner men og at de skal være behjelpelige i forhold til å finne timer til hjemmesykepleien. Derfor må vi ha en jevnlig dialog om hvordan vi kan tenke oss dette ordnet. Slike fora internt der vi diskuterer dette, er viktig for å stimulere til bedre samhandling”.

Jeg spurte informantene om det finnes etablerte felles arena hvor samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger foregår eller diskuteres. Flere av informantene nevnte lokalt kvalitetsutvalg. Dette er en arena hvor representanter fra hjemmesykepleien og fastleger møtes for å diskutere samhandlingen mellom aktørene og for å ta opp avvik som er rapportert inn og lignende. Det var delte meninger i forhold til utbyttet av disse møtene. En av fastlegene, informant C som er intervjuet sitter i et slik utvalgt og illustrerer det treffende på følgende måte.

”(...)Jeg sitter i et kvalitetsutvalg, det slår meg. Hvor hjemmesykepleien også er representert. Ja, jeg kjenner nok at jeg kunne vært litt mer entusiastisk. Det går ut på at jeg tror det er 1 gang i kvartalet vi møtes.(...) Da sitter vi der og går igjennom om det har vært noen avvik og så nikker vi og sier: Ja, der var noen avvik og det var ikke så bra, men da har de en løsning på det selv og det er veldig sjeldent at jeg har noe å komme med, og at jeg føler det er viktig at jeg er der”.

Flere av sykepleierne påpeker også at de ser liten nytte av disse kvalitetsutvalgene. De sier at det som regel er lederne som stiller opp i slike møter, og at de skal ta opp hva som er galt og hva som er bra. Informant 2 som er sykepleier sier at det er sjeldent sykepleierne får noen gode tilbakemeldinger på hva som er kommet ut av slike møter. Det eneste hun har inntrykk av er dersom det er meldt et avvik på en fastlege, så blir dette tatt med til riktig innstans og det blir tatt og forsøkt finne en løsning. Eksempel på slike avvik kan være fastleger som er vanskelig å få tak i, eller som ikke ønsker å opprette elektroniske meldinger. Dette inntrykket deler hun med informant 1 som også sier at hun opplever at avvik som blir meldt, blir fulgt opp. Hun sier det slik.

”Vi melder avvik til helsevernetaten dersom det gjelder en fastleger som er umulig å samhandle med. De tar dette videre i systemet og purrer på, jeg har inntrykk at det blir en forbedring viss jeg tar opp noe, så det er positivt”.

Sykepleierne etterlyser derimot en møtearena hvor hjemmesykepleien kan møte fastlegene ansikt til ansikt og gå gjennom og lage en oppfølgingsplan for felles pasienter. Dette er et ønske alle de 4 sykepleierne deler. Informant 4 sier han kjenner til at dette ofte blir gjort i mindre kommuner som har færre legekantor og forholde seg til. Det påpekes likevel at dette også er mulig å få til i Bergen kommune. Selv om pasientene har ulike fastleger, er det likevel mange pasienter i en bydel som har den samme fastlegen. Informantene mener at disse fastlegene burde en med jevne mellomrom kunne etablere slike møter med. Informant 2 sier det slik.

”Jeg har en jo en, som er fastlege til fem av mine primærpasienter. Alle de pasientene har jeg spørsmål om. Da hadde det vært veldig greit og kunne møtt den fastlegen, og hatt en time hvor en gikk igjennom ulike problemstillinger. Fått litt oppsummering, for det er jo ikke sikkert at fastlegen er helt innforstått med situasjonen til pasienten. Det er jo ikke sikkert den pasienten har vært til fastlegen på lenge. Så det hadde vært til stor hjelp og hatt slike møter innimellom”.

Informant 3 viser til at hun en gang har hatt et slikt møte med et fastlegekontor som er mye brukt av pasienter i den sonen hun tilhører. I dette tilfelle var det faktisk legekantoret som tok initiativet til møtet. Dette var i forbindelse med innføringen av de elektroniske meldingene. Her ble det mellom annet diskutert hvilke ulike forventinger hjemmesykepleien og fastlegene hadde til hverandre i samhandlingssituasjonen. Informanten sier at hun opplevde et slikt møte svært nyttig og at dette hadde stor verdi både for partene som samhandler og pasienten. Hun kunne tenkt seg at dette var noe som ble avholdt jevnlig.

Informant 1 sier at hennes hjemmesykepleie sone flere ganger har prøvd å ta kontakt med et fastlegekontor som de samarbeider mye med for å etterlyse slike møter.

”Vi har jo et legesenter her på huset, og en god del av våre brukere har fastleger her. Så vi har jo faktisk sendt brev og etterspurt flere ganger om vi kunne få et møte med de. Ett samarbeidsmøte, kanskje to ganger i året eller noe sånt. Men det vil de ikke. De gir heller ingen begrunnelse for avslaget”.

Kun en av fastlegene (informant B) som er intervjuet i dette studiet sier han praktiserer jevnlig møter med hjemmesykepleien for å diskutere pasienter som mottar hjemmesykepleie. Han sier i likhet med hjemmesykepleien at slike møter har stor verdi. Han mener at både hjemmesykepleien og fastlegen har et stort utbytte av dette. Han forteller også at slike tverrfaglige møter gir honorering for den enkelte fastlege, slik at det er like godt honorert som annet pasient arbeid.

Informant B sier det på denne måte:

”Denne type møter er veldig nyttig tenker jeg, dette fordi det er jo av og til når vi sitter på kontoret mitt og så kan jeg plutselig oppdage at det er en pasient som har en eller annen kronisk sykdom som for eksempel diabetes, som har gått til regelmessig kontroll og som har bestilt time selv i årevis. Plutselig så har de ikke vært til kontroll på over ett år, og det er jo rett og slett ofte fordi at de blir så dårlige at de selv ikke greier å administrere dette på en god måte. Da er det veldig greit å få en slik påminning, slik at hjemmesykepleien kan hjelpe pasienten med å organisere en legetime. Jeg synes også det er en grei sjekkarena til de som blir sykere”.

Gjennom driftsavtalen hver enkelt fastlege inngår med kommunen og i fastlegeforskriften ligger det krav til kommunen at det mellom annet skal opprettes et allmennlegeutvalg. Allmennlegeutvalget er en arena hvor fastlegene møtes, og det skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legens oppgaver i fastlegeordningen. Allmennlegeutvalget i Bergen kommune har møter ca 2 ganger i semesteret. Informant A, mener at dette kunne være en arena hvor kommune kunne komme inn for eksempel og informerer om tiltak i forhold til samhandling.

” (...) Vi har jo allmennlegeutvalget i Bergen for legene, og der kan en jo komme inn å informere om ting, blant annet kunne en jo informere om dette. Det er gjerne ikke ment som et forum for å lage samhandling, men det er vel det eneste stedet hvor alle samles. For vi sitter jo på hver våre tuer rundt omkring som små bedrifter. Jeg tror nok at allmennlegeutvalget er der som samler folk kunne nyttes. Så eg tror at viss en skulle laget noen rutiner så burde det vært satt ned en gruppe der allmennleger, hjemmesykepleien og kommunen satt seg ned og lagde de sammen”.

4.4 Kultur for samhandling

Ett av forskningsspørsmålene er om aktørene føler at samhandling inngår i sin daglige praksis. Jeg ønsker også å se på om det finnes ulike tiltak innad i organisasjonene som er med på å bygge en kultur for samhandling, en ”slik gjør vi det her” mentalitet. Hvordan er dette på tvers av organisasjonsgrensene? Er det spesielle verdier som råder i samhandlingspraksisen?

Alle informantene sier at samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger inngår i aktørenes daglige rutiner. Informantene påpeker at det har vært sterk fokus på samhandling, og viser også til at etter innføring av de elektroniske meldingene er en i direkte kommunikasjon med hverandre flere ganger i løpet av dagen.

Informant 2 som er sykepleier i hjemmesykepleien sier det på følgende måte
”Det er jo blitt mer og mer fokus på samhandling. Folk er blitt veldig innarbeidet i kommunikasjon med de ulike instansene. Og vi har vel en god rutine på å sjekke elektroniske meldinger. Fastleger har også vår alarmtelefon så de kan ringe fra morgen til kveld. Og de fleste vet hvordan de skal kommunisere med fastlegen”.

Videre viser også både sykepleierne og legene til at de jevnlig prøver å avholde møter innad i organisasjonen, hvor blant annet samhandling mellom ulike aktører innenfor helsetjenesten diskuteres. Dessverre er det likevel slik at i en hektisk arbeidshverdag, er det ofte disse møtene som blir nedprioritert. Spesielt påker sykepleierne at dette er svært uheldig. Det å få diskutere og luften problemstillinger med andre sykepleiere rundt blant annet samhandling er med på å styrke kulturen innad i tjenesten. Dette gjennom å evaluere måtene en gjør ting på og kanskje komme med forslag til forbedringer der de opplever ting vanskelig.

Informantene føler i samhandlingen at de har felles holdninger, verdier og mål, og at disse bygger på å yte det beste for pasienten.

Informant A sier det slik.

”(...)Jeg føler at vi har et felles mål, og at det gjelder å få det til å fungere for pasienten”.

Likevel påpeker flere av sykepleierne at de ofte føler seg litt alene om ansvaret for pasienten.

Informant 1 fremstiller det slik:

”Jeg føler vel kanskje mange ganger at når vi er inne i bilde på brukere så er vi nærmest koordinatorene for hele opplegget. Pasienten mottar pleie og omsorgstjenester som de sier, og da er det vårt ansvar. Jeg føler det nesten sånn, at da er det vi som skal ha oversikt”.

Informant C som er fastlege viser forståelse for den følelsen informantene over beskriver med følgende utsagn.

”Akkurat hjemmesykepleien synes jeg tar sitt ansvar veldig bra. Jeg tror nok ofte det er veldig vanskelig å komme igjennom til oss fastleger. Det føles nok ofte sikkert tungt og ensomt å stå uti der og ha ansvaret, og kjenne at det er litt for mye for min kompetanse, så møter man en vegg av ”jeg har ikke tid”, og det er sikkert tungt”.

De to andre fastlegene bekrefter også dette med at hjemmesykepleien sikkert ofte føler at de får mye ansvar skjøvet over på seg. De forklarer dette med at hverdagen på legekantoret ofte er travel og i mange tilfeller når hjemmesykepleien tar kontakt så sitter det gjerne en pasient på kontoret. På denne måten kan det bli litt begrensende hva en kan si og kontakten må gjerne tas opp igjen senere, ved at fastlegen ringer tilbake. Ut fra dette påpekes det derfor at samhandlingskulturen mellom aktøren må være løsningsorientert og preget av gjensidig forståelse for hverandres rammebetingelser.

For å skape gjensidig kultur forståelse mener informant 4 at det må skapes felles arenaer der det kan skje. Det kommer frem i følgende utsagn.

”Vi sitter her og har våre arbeidsdager fylt og legene har det samme, da blir det viktig å finne en arena der vi kan snakke sammen, og skape en felles forståelse for hverandre hverdag”.

4.5 Profesjonsperspektivet

Sykepleiere og fastleger er medlemmer av hver sin profesjon. Gjennom dette perspektivet ønsket jeg å se på om dette påvirker og skaper barriere for samhandlingen mellom aktørene. Jeg ønsket også gjennom dette perspektivet å se på arbeidsfordelingen mellom profesjonene.

I samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene spurte jeg informantene om de opplever statusforskjeller eller hierarkiske forskjeller. En samlet vurdering viser at partene stort sett opplever likeverd og respekt seg i mellom. Flere av sykepleierne sier de opplever å bli tatt på alvor i møte med fastlegen og de føler å bli møtt med respekt og tillit når de

henvender seg. Likevel påpeker en av informantene at hun i enkelte tilfeller vegrer seg for å ta kontakt med enkelte fastleger.

Dette fremstiller informant 2 slik.

”Jeg har fått en sånn forestilling at jeg syns det er mye lettere å henvende meg til en kvinnelig fastlege, enn en mannlig fastlege. Visst jeg i tillegg vet at den mannlige fastlegen er rundt 50+ så sitt det litt dypere inne å ta kontakt. Det er jo helt tulle for fordi jeg vanligvis ikke er en person som tenker over det i det hele tatt. Men likevel koster det meg mer å ta en tlf til et hemmelig nummer da, selv om det er like viktig”.

En av fastlegeinformantene påpeker at det er en klar arbeidsdeling mellom aktørene. Dette kommer frem av følgende sitat.

Informant C

”En har jo to ulike profesjoner og jeg tenker at det fungerer jo sånn at viss jeg har tatt en medisinsk avgjørelse, så er det jeg som har tatt den og da forventer jeg at det er sånn det skal være, og at det blir fulgt opp”.

Videre påpeker informanten at hun i samhandlingen merker stor forskjell på om informasjonen kommer fra en sykepleier enn fra en annen faggruppe innenfor hjemmesykepleien. Hun mener at sykepleierne ut fra sin kompetanse har evne til å gi mye mer relevant informasjon til forskjell fra de andre gruppene helsepersonell. Hun er også er inne på det at kompetansen hos sykepleierne er viktig for å få samhandlingen til å fungere.

Hun viser også til at når to forskjellige profesjoner samhandler er det å ha kunnskap og forståelse for hverandres arbeid også avgjørende, hun mener det er på denne måten kan en møtes om det som er felles. Slik mener hun en kan få det til å fungere når en kommer inn fra forskjellige ståsted.

Informant B påpeker også på at kompetansen til sykepleierne i hjemmesykepleien har positiv innvirkning på samhandlingen. Dette sier han på følgende måte.

”Det var jo ei stund at kompetansen til hjemmesykepleien var langt lavere og det var vanskeligere og samarbeide. Men jeg opplever nå at det er sykepleiere i de aller fleste

stillingene og de har en grei kompetanse, og det er heilt greit å samhandle med. Da føler jeg vi er på like nivå”.

4.6 Oppsummering av funn

I dette kapitlet ønsker jeg å foreta en oppsummering av funnene jeg har gjort gjennom å intervju sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten. Gjennom presentasjonen har jeg forsøkt å presentere funnene ved å få frem informantens fortelling slik jeg oppfatter den. Empiren er blitt presentert gjennom 4 hovedtema i forsøk på å finne svar på problemstillingen ”Hva kjennetegner samhandlingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger, og hvilke faktorer påvirker denne samhandlingen? Den første delen fokuserer på hvordan informantene beskriver samhandlingen. Den andre delen hvilke faktorer som påvirker samhandlingen, sett i lys av struktur, kultur og profesjonsperspektivet.

4.6.1 Samhandling

Mye av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene foregår via elektroniske meldinger. De elektroniske meldingene er tatt i bruk som et ledd i innføring av samhandlingsreformen. Dette er et system som blir gradvis innført i kommunikasjon mellom helse og omsorgstjenesten i Bergen kommune og fastlegene. Det er et system som gir kjapp relasjon mellom aktørene. Samtlige informanter i denne studien bruker systemet i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Alle hjemmesykepleiesonene i Bergen kommune har innført systemet. Det blir midlertidig påpekt at det ikke er lovpålagt å innføre systemet og at en del fastleger derfor ikke har gått til innkjøp av systemet. Dette påpeker sykepleierne som utfordrende og problematisk i samhandlingen mellom aktørene. Sykepleierne opplever at det ofte er tidkrevende å få tak i fastlegene som ikke har innført systemet. Da må en bruke andre samhandlingskanaler som for eksempel tlf, og her må en ofte bruke mye tid på å stå i kø på lik linje med andre som vil ha tak i fastlegen. Dette er tid de mener de kunne brukt på viktigere arbeid.

Elektronisk meldingsutveksling blir sett på som et svært nyttig samhandlingsverktøy, likevel påpeker informantene at enkelte problemstillinger ikke egner seg for dette systemet og da er ofte telefonkontakt bedre egnet. I samhandling gjennom telefon kontakt forteller informantene at en får gjort nøyaktige avklaringer, og at gjennom direkte dialog føles samhandlingen litt nærmere. Dette for at en får en person og en stemme og forholde seg til.

Hjemmesykepleien og fastlegene har ulike forventninger til hverandre i samhandlingssituasjonen. Fastlegene forventer at hjemmesykepleien som ser pasienten i det daglige må gjøre kontinuerlige vurderinger av pasientens hverdag og sykkelighet, og ved endringer melde dette videre til fastlegen. Fastlegene har også forventninger til hjemmesykepleien at de må ha evnen til å handle raskt og gjøre om på sine prioriteringer i situasjoner der pasienter blir akutt dårligere. Sykepleierne på sin side forventer av fastlegene gir raske avklaringer og tilbakemeldinger på spørsmål og problemstillinger hjemmesykepleien kommer med.

Både hjemmesykepleien og fastlegene påpeker at palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme, og de sykeste eldre og hjemmeboende demente er viktige pasientgrupper å få til god samhandling rundt. Det er en gjennomgående forståelse at samhandlingen rundt palliative kreftpasienter fungerer bra i kommunehelsetjenesten. Dette blir begrunnet med nær samhandlingsrelasjon mellom aktørene, dette i form av hjemmebesøk. Likevel påpeker informantene at det ligger et forbedrings potensiale i å gjøre tidligere avklaringer på hvordan pasienten ser for seg sykdomsforløpet. Her er det noe uenighet mellom partene om hvem som bør ta initiativet til slike avklaringer. De sykeste eldre og hjemmeboende demente blir derimot beskrevet som en nedprioritert pasientgrupper og samhandling rundt disse omtales som et sorgens kapittel. Informantene påker at disse pasientene ofte er vanskelige å få med til legekantoret for legesjekk. Sykepleierne ønsker at det blir gjennomført mer hjemmebesøk fra fastlegene til disse pasientgruppene. Det blir i denne forbindelse påpekt av fastlegene at de har for lite ressurser i form av tid til å utføre hjemmebesøk. Sykepleieren viser forståelse for at situasjonen er slik og ser for seg en løsning med at hjemmesykepleien kunne hatt en fast tilsynslege tilknyttet seg på lik linje med at sykehjemmene har tilsynsleger. Denne legen kunne hjemmesykepleien konsultert med i vanskelige situasjoner, og komt på hjemmebesøk i tilfeller når fastlegen ikke hadde mulighet.

I samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene blir individuell plan nevnt som et verktøy. Alle informantene er kjent med verktøyet og har brukt dette særlig i sammenheng med kreftpasienter. Individuell plan er ellers lite brukt i somatikken. En sykepleier informant sier at bruk av individuell plan har hatt lite fokus i hjemmesykepleien, og det mangler gode rutiner og opplæring i bruk av verktøyet. Informantene opplever i varierende grad nytte av verktøyet slik det blir brukt i dag, men mener det har potensial brukt på riktig måte.

4.6.2 Struktur

Det er etablert rutine relatert til handtering av legemidler i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Denne rutinen gir klare retningslinjer for ansvarsfordelingen mellom hjemmesykepleien og fastlegen når hjemmesykepleien skal ta over doseringsansvaret for pasienten. Alle informantene er kjent med denne formelle rutinen. Det er også tatt i bruk nasjonale retningslinjer for responstider rundt elektroniske meldinger. Både hjemmesykepleien og fastlegene har kjennskap til disse responstidene. Det er derimot varierende om partene greier å forholde seg til oppgitte tider. Fastlegene opplever at hjemmesykepleien har et oppgående system for å få lest meldingene innen tidsfristen. Det er derimot individuelt om fastlegene forholder seg til responstidene.

På spørsmål om hvordan informantene føler at Bergen kommune har lagt til rette for samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene, gir sykepleierinformantene uttrykk for at de ønsker at Bergen kommune skal stille større krav til fastlegene om å ta i bruk det elektroniske meldingssystemet. I tillegg ønsker sykepleierinformantene at det blir lagt mer til rette med direkte nummer fastlegene kan nås på. De angir at det oppleves svært tidkrevende å stå i kø på lik linje med andre som prøver å få kontakt med legen. I krevende pasientsituasjoner kommer det frem at aktørene finner egne løsninger på problemet med å nå hverandre per telefon, og det er og utveksle private telefonnummer. En av fastlegeinformantene mener at kommunen legger for få føringer i hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene skal foregå. Han mener at kommunen ikke har gjort noen spesielle grep utover dette med å innføre elektroniske meldinger. En felles oppfatning fra begge aktørene er at de rutinene som er etablert i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene, er rutiner som er initiert av aktørene selv.

To av fastlegene opplever altfor ofte at hjemmesykepleien spør om de samme problemstillingene gjentatte ganger til tross for at fastlegene har svart på dette. Legene stiller derfor spørsmål med rapporterings og dokumentasjonssystemet til hjemmesykepleien.

Både hjemmesykepleien og fastlegene opplever store utfordringer knyttet til informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og fastlegene når inneliggende pasienter skal hjem. Aktørene på begge sider sier at de opplever at fastlegene får lite informasjon om pasienten fra sykehuset sin side og at dette vanskelig gjør samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Pasienten kommer gjerne hjem med et nytt sykdomsbilde og

endringer i medisinerer. Det er utfordrende å få til en god samhandling når fastlegen først får informasjon om dette når hjemmesykepleien tar kontakt for nye resept eller spørsmål knyttet til behandling. Da står legen der med kravet/ønske og har ikke mottatt skriftlig melding som gir grunnlag for å gjøre disse endringene. En løsning som blir skissert fra begge aktørene på dette området ligger i den elektroniske kommunikasjonen. Den elektroniske informasjonen som hjemmesykepleien får om pasienten må også sendes elektroniske til fastlegen. På denne måten kan fastlegen også være forberedt når pasienten blir utskrevet fra sykehus.

På spørsmål om det finnes noen etablerte arenaer hvor samhandling diskuteres, forteller sykepleierne at det er lagt til rette for månedlige sykepleiermøter i hjemmesykepleien. Men disse møtene blir ofte nedprioritert i en hektisk hverdag. Legene har også lagt opp til månedlige møter innad på legekantoret der mellom annet samhandling med andre aktører blir tatt opp. På spørsmål om det finnes noen felles møter hvor samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene blir diskutert, ble lokalt kvalitetsutvalg nevnt. Aktørene ser ikke noe veldig utbytte av disse møtene. Sykepleierne sier at de sjeldent får gode tilbakemeldinger fra disse møtene og at det som regel er lederne som stiller opp på slike møter. Informantene etterlyser derimot en møtearena der hjemmesykepleien og fastlegene kan møtes ansikt til ansikt. En eksisterende arena som kunne vært nytt til dette formålet er allmennlegeutvalget.

4.6.3 Kultur

På forskningsspørsmålet om aktørene føler at samhandling inngår i aktørenes daglige praksis, sier informantene at samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene inngår i deres daglige rutiner. Det fremkommer også at det er sterkt fokus på samhandling. Det vises i denne forbindelse til at det planlegges jevnlig møter innad i organisasjonene som skal være med å styrke kulturen for samhandling innad i tjenesten.

Alle informantene mener de deler felles verdier og mål og det er å yte det beste for pasienten. Likevel føler sykepleiere at de står mye alene med ansvaret for pasienten. Dette blir begrunnet med at fastlegen ofte ikke er tilgjengelig. De kommer i denne sammenheng frem at en samhandlingskultur mellom aktørene må være løsningsorientert og preget av gjensidig forståelse for hverandre rammebetingelser. For å danne en felles samhandlingskultur må det skapes en arena der det kan skje.

4.6.4 Profesjonsperspektivet

Informantene opplever få hierarkiske forskjeller mellom hjemmesykepleien og fastlegene i en samhandlingskontekst. Kun en av informantene vegrer seg i enkelte tilfelle for å ta kontakt med fastlegene. Dette hindrer henne likevel ikke i å ta kontakt. Sykepleierne opplever å bli tatt på alvor i samhandling med fastlegen og opplever stort sett tillit og respekt når de henvender seg.

Informantene opplever at det er en klar arbeidsdeling mellom profesjonene. Fastlegene fremhever at økt kompetanse og kunnskapsnivå hos sykepleierne har positiv innvirkning på samhandlingen mellom aktørene.

Kapittel 5: Drøfting

I dette kapittelet drøfter jeg hovedfunnene jeg har gjort i lys av kontekstopplysninger og tidligere forskning som er presentert i kapittel 1, samt den teoretiske rammen for denne studien som er presentert i kapittel 2. Jeg deler dette kapittelet inn etter hovedspørsmålene fra problemstillingen. Først drøfter jeg funnene jeg har gjort rundt samhandling i forsøk på å finne svaret på det første spørsmål i problemstillingen om hva som kjennetegner samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Deretter forsøker jeg å finne svaret på hva som påvirker denne samhandlingen, dette sett i lys av funnene knyttet til struktur, kultur og profesjonsperspektivet.

Funnene kan tolkes ut fra ulike teoretiske tilnærminger for å kunne gi svar på problemstillingen. Temaene i problemstillingens to hovedspørsmål har derimot vist seg å henge nøye sammen og det har derfor vært vanskelig å få til et markant skille i drøftingens fremstilling. Spørsmålene kan derfor ikke ses på som to adskilt men må ses i nøye sammenheng.

5.1 Hva kjennertegner samhandlingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger?

Det første spørsmålet i problemstillingen er hva som kjennertegner samhandlingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger. Jeg har undersøkt dette ved å spørre informantene hvordan de samhandler med hverandre og hvilke erfaringer aktørene har med de ulike samhandlingsformene. Jeg har også spurt informantene om det er spesielle pasientgrupper det er viktigere å samhandle rundt enn andre?

5.1.1 Formell samordning, men bare for sykepleiere

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen er hovedfokuset hvordan samhandling kan brukes for å oppnå gode, koordinerte og helhetlige helsetjenester for pasienten. For at hjemmeboende pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester skal oppleve å motta en helhetlig helsetjeneste må aktørene samhandle. Pasienten trenger pleie og oppfølging fra hjemmesykepleien for å få dekket grunnleggende behov samt medisinsk vurdering og behandling for sin sykdom og plager fra fastlegen. Teorien som er presentert viser til at begrepet samhandling ikke kan ses alene. En forusetting for samhandling er samarbeid og

samordning (Orvik, 2004,s.257). Samordning knyttes til organisasjonsnivå. Dette er formelle ordninger hvor gjeldene rutiner er etablert. Slike ordninger er ofte vedtatt på ledernivå/organisasjonsnivå. Samhandlingen vil derfor foregå innenfor de formelle rammene som er lagd (Sagatun og Zahl, 2003). Begrepet samarbeid derimot foregår gjennom uformell kontakt og er ikke basert på formelle regler. Dette begrepet er knyttet til individnivå og er dermed personavhengig. (op.cit., 2003).

Funnene som er presentert viser at mye av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene foregår via elektroniske meldinger. De elektroniske meldingene gjør at aktørene har en kommunikasjonskanal der de raskt kommer i direkte kontakt med hverandre. Det påpekes at når kommunehelsetjenesten skal være i stand til å ta imot sykere pasienter, er det viktig med kontinuerlig dialog mellom hjemmesykepleien og fastlegene. En slik samhandlingskanal virker i så måte derfor fremmende for samhandlingen mellom aktørene. Elektronisk samhandling blir sett på som et viktig verktøy og satsningsområde fra myndighetenes side for å nå målet om helhetlige helse- og omsorgstjenester(St.meld.nr. 47(2008-2009); Meld. St.16 (2010-2011)). I Bergen kommune er dette elektroniske verktøyet vedtatt som en formell samordningskanal som alle hjemmesykepleiesonene i kommunen skal bruke i kommunikasjon med fastlegene. Dette ble vedtatt som ett ledd i innføring av Samhandlingsreformen. Alle fastlegene som er intervjuet i denne studien bruker også de elektroniske meldingene i samhandlingen med hjemmesykepleien. For fastlegene er det derimot frivillig om de ønsker å gå til innkjøp av det elektroniske meldingssystemet. Som selvstendig næringsdrivende er de derfor ikke underlagt den formelle samordningen som Bergen kommune har vedtatt. Det kan derfor virke tilfeldig for hvem av fastlegene som har gått til innkjøp av systemet. Sykepleierne påpeker at dette er problematisk. Bakgrunnen for dette er at det er vanskeligere å få kontakt med fastlegene som ikke har innført systemet. En må da bruke andre samhandlingskanaler og dette er ofte tidkrevende i situasjoner der en trenger å komme raskt i direkte kontakt med fastlegen eller i enkle tilfeller der en bare skal bestille en resept. Meld. St.16 (2010-2011) påpeker også at det er utfordrende at det er frivillig for aktørene om de ønsker å ta i bruk de elektroniske meldingene. Utviklingen med hensyn til elektronisk kommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten går derfor saktere enn ønsket. Det jobbes med en lovendring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i forhold til dette, men etter det jeg vet er det enda ikke tidfestet.

Sykepleierne forteller at de melder avvik til etat for helsetjenester på fastleger som ikke har innført det elektroniske meldingssystemet. Slik jeg tolker bruken av ordet avvik i denne sammenheng er at hjemmesykepleien melder det inn til etaten slik at de kan påvirke den enkelte fastlege til å ta i bruk systemet. Mangel på formell samordning hos fastlegene med hensyn til bruk av elektronisk kommunikasjon, gjør nemlig at hjemmesykepleien ikke kan bruke system for avvikshandtering i forbedringsarbeidet, de har ikke noen formell vedtatt samordning å melde avvik i forhold til.

Sykepleierne gir gjennom empirien uttrykk for at Bergen kommune som overordnet instans burde gjort mer for å få alle fastlegene knyttet opp mot det elektroniske meldingssystemet. Knudsen (2004) presenterer i sin teori at i enkelte tilfeller kan overordnet instans gripe inn å pålegge samordning mellom ulike parter i tilfeller der en ser behov for økt samhandling og koordinering. Dette er hva han kaller mandatperspektivet. Etat for helsetjenester som har ansvar for fastlegeordningen i Bergen kommune har så lenge det ikke er lovpålagt å innføre elektroniske meldinger ingen myndighet eller mandat til å pålegge en selvstendig næringsdrivende fastlege å gå til innkjøp av et elektronisk meldingssystem. Det vil derfor være vanskelig for kommunen å gjøre mer enn å prøve å påvirke fastlegene i retning av å innføre systemet. Jeg vil komme mer tilbake til dette punktet senere i denne drøftingsdelen.

I forbindelse med de elektroniske meldingene er det også utviklet nasjonale standard rutine for responstider på meldingene. Det generelle inntrykket er at sykepleierne har et oppegående system på besvarelsen av de elektroniske meldingene, og at de forholder seg til responstidene. Dette kan forklarest ut fra at hjemmesykepleien har en overordnet samordning å forholde seg til. Ved innføring av rutiner får en til en mer tvungen koordinering (Jacobsen, 2004). Inntrykket er derfor at hjemmesykepleien har greid å utvikle seg et godt system i forhold til å besvare meldingene innenfor tidsfristene.

Inntrykket i forhold til fastlegene som bruker systemet er derimot variabelt om de forholder seg til responstiden. Dette kommer tydelig til uttrykk når sykepleieren sier at det ikke er nok at fastlegene innfører det elektroniske meldingssystemet, men at de også må sjekke de elektroniske meldingene. I mange tilfeller oppleves det at de elektroniske meldingene ligger ubehandlet. Dette er særlig et stort problem når fastlegen er borte fra kontoret eller på ferie. Fastlegene som har innført de elektroniske meldingene har kjennskap til de standardene for responstid som er utviklet. Men inntrykket her er likevel at fastlegene brukere disse

standardene som retningsgivende. Så lenge det ikke er satt et krav om samordning i bruk av elektroniske meldinger for fastlegene, blir det opp til den enkelte fastlege i hver enkelt situasjon og vurdere å prioritere sine handlinger og lage systemer for hvordan en skal besvare meldingene innenfor gitte tidsfrister.

Hovedinntrykket er derfor at systemet rundt innføring av elektroniske meldinger er problematisk i forhold til at den ene partene er pålagt å bruke systemet gjennom overordnet samordning, og den andre parten kan bruke systemet frivillig. På bakgrunn av dette får en gjerne ikke utnyttet systemets potensial i stor nok grad. Det kan virke som at det er uvissheter i hvilke problemstillinger som kan tas opp gjennom et slikt system, og at opplæringen i bruken av systemet skjer litt tilfeldig og på eget initiativ i alle fall for fastlegene. Empirien sier lite om hvordan hjemmesykepleien lærer seg systemet. At partene mangler en felles samordnende instans kan derfor virke som en barriere for å oppnå best mulig samhandling gjennom elektronisk kommunikasjon mellom aktørene. Slik systemet er brukt i dag vil hjemmesykepleien derfor være avhengig av en fastlege som ser den gjensidige nytten i bruken av dette systemet. Gjennom en felles samordning ville partene i fellesskap kunne skape gjeldene regler for bruken av systemet. Samordning er ifølge Mulford og Rogers referert i Sagatun og Zahl (2003) en omfattende prosess, og i en slik prosess er det viktig at hver part får ivarettatt og videreført sine interesser. Dette kan virke vanskelig å oppnå i en sammenheng hvor en ikke kan lovpålegge fastlegen å bruke systemet. Å få på plass et system som kan bedre rutinene for informasjonsutveksling mellom partene som skal samhandle vil være en strategi som på sikt kan bygge ned barrieren for koordinering mellom partene som skal samhandle (Jacobsen, 2004).

5.1.2 Uformelt samarbeid basert på gjensidig avhengighet

Innledningsvis i dette kapittelet viste jeg til at samhandling baserer seg både på samordning og samarbeid. Empirien viser til at samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene er avhengig at et uformelt samarbeid mellom partene. I samarbeidssituasjoner mellom ulike enheter må partene basere seg på at de er gjensidig avhengig av hverandre i arbeidet mot å realisere sine mål, som i dette tilfelle er at pasienten skal oppleve en helhetlig og koordinert helsetjeneste. Gjennom et slikt samarbeid kan en få til en fornuftig oppgavedeling. Jacobsen (2004) betegner dette i teori om interorganisatorisk koordinering som et utvekslingsperspektiv. Kommunehelsetjenesten skal ivareta syke mennesker. Pasientene kan

ofte ha sammensatte og kompliserte sykdomsbilder. Pasientens sykdomsbilde og tilstand kan fort endre seg og det blir derfor påpekt at aktørene må ha evne til å handle raskt og være fleksible i forhold til å gjøre om på sine prioriteringer i ulike pasientsituasjoner. Således blir hjemmesykepleien og fastlegene gjensidig avhengig av sine handlinger for å oppnå en best mulig situasjon for pasienten. En slik samhandling mellom partene kan vanskelig struktureres inn i formelle samordninger. I kompliserte pasientsituasjoner vises det derfor til at det er nødvendig med direkte dialog mellom partene. Den mest sentrale samarbeidsformen som blir nevnt i kommunikasjon mellom aktørene er gjennom telefon kontakt. Gjennom direkte dialog påpeker empirien at det kan være lettere for partene å formidle sin forståelse for situasjonen og avklare problemstillingene. Ut fra dette kan en gjøre gjensidige avklaringer og på denne måten unngå at det oppstår misforståelser i arbeidsfordelingen. Gjennom en direkte dialog har en også mulighet for å utvikle et kjennskap mellom aktørene. Det vises her til at en får en person og en stemme og forholde seg til. På denne måten kan man få et referansepunkt som man kan gjenkjenne ved en annen samhandlingsanledning. Dersom samarbeidet mellom to aktører gjentatte ganger har vist seg å fungere og at en opplever gjensidig nytte mellom partene, er dette etter mitt skjønn en måte å bygge tillit på. Tillit er en av forutsetningene for at en samarbeidssituasjon skal lykkes (Sagatun og Zahl, 2003).

Samarbeid er som jeg nevnte i innledningen av kapittel 5.1.1 avhengig av personene som inngår i samarbeidet. Muligheten for at samarbeidet skal lykkes er derfor knyttet til det enkelte individ. Faren med individuelt samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene, er at hjemmesykepleien er preget av mange aktører som går i turnusordninger. En er da avhengig av at de individuelle avtalene som er gjort mellom sykepleieren og fastlegen blir dokumentert og videreformidlet, internt i hjemmesykepleien. Konsekvensen dersom dette ikke blir gjort kan bli at den neste som kommer på vakt ikke er informert om planlagt arbeidsfordeling og avtalene som er gjort i forhold til pasienten. Individbasert samarbeid er i så måte sårbar og stiller stor krav til den enkelte aktør som inngår i samarbeidet. Aktørene må følge opp sine avtalte arbeidsoppgaver, dette også med tanke på at samarbeidet skal et nytte/hygge aspekt for de involverte partene (Sagatun og Zahl, 2003, s.243). Dersom en av aktørene ikke følger opp sine arbeidsoppgaver vil den andre sitte igjen med lite utbytte av samarbeidet. Dette bygger også opp under det som Lauvås og Lauvås (2004, s. 100) sier i sin teori, at selv om mye av arbeidsfordelingen mellom aktørene må skje ut ifra de ulike pasientsituasjonene aktørene møter, så kan man ikke se ansvarsforholdet som løst definert, eller at arbeidsrutiner skal diskuteres i hver enkelte tilfelle.

Som jeg var inne på går mye av den uformelle samhandlingen mellom aktørene gjennom kommunikasjon pr telefon. Informantene i hjemmesykepleien beskriver denne samhandlingskanalen som til tider utfordrende. Dette begrunner de med at det er for dårlig etablerte løsninger i forhold til å få raskt kontakt med fastlegen pr tlf. Konsekvensen blir at sykepleierne bruker mye tid og ressurser på å stå i telefon kø på lik linje med andre som ønsker å nå legen. Som en alternativ løsning på denne problematikken beskriver aktørene at de i enkelte kompliserte pasientsituasjoner utveksler private nummer. Dette slik at aktørene skal være lettere tilgjengelig for hverandre. I slike tilfeller har aktørene i erkjennelse av gjensidig avhengighet funnet en koordineringsmekanisme som de kan bruke i enkelttilfeller. Dette er tråd med teorien som Knudsen (2004) beskriver som utvekslingsperspektivet i teorien om interorganisasjons koordinering. Ut ifra ønske om å realisere sine mål, kommer aktørene selv frem til en måte å koordinere sin virksomhet på.

5.1.3 Samhandling når det er alvor

Både hjemmesykepleien og fastlegene fremhever i intervjuene at kreftpasienter i palliativ fase er en pasient gruppe det er svært viktig å samhandle om. I slike tilfeller angir informantene at samhandling mellom aktørene fungerer bra. Dette blir begrunnet med at aktørene står i tett relasjon til hverandre over korte perioder. En avgjørende faktor i disse tilfellene er at fastlegen kommer på hjemmebesøk hos pasienten, ofte sammen med hjemmesykepleien. På denne måten får aktørene mulighet til å møte hverandre ansikt til ansikt. Slike fysiske møter legger forholdene til rette for at aktørene kan avklare arbeidsdelingen og de ulike ansvarsområdene mellom seg. Disse pasientgruppene kan derfor være et godt eksempel på kompliserte pasientsituasjoner som jeg har vist til i forrige kapittel. I slike situasjoner bruker hjemmesykepleien og fastlegene utvekslingsperspektivet for å koordinere arbeidsfordelingen mellom seg (Knudsen, 2004). Dette perspektivet er i tråd med koordineringsmekanismen som Mintzberg (1983) omtaler som gjensidig tilpassing i teorien om intraorganisasjons koordinering. En kreftdiagnose er alvorlig, og når en pasient er døende er den avhengig av god omsorg og pleie fra hjemmesykepleien, samt medisinsk behandling fra fastlegen for smerter og ubehag. Aktørene blir derfor gjensidig avhengig av hverandres oppgaver i målet om å skape en best mulig palliativ fase for den døende pasienten. En kreftdiagnose er også ofte forbundet med alvor og mye smerter for pasienten. Slik jeg tolker empirien vil det i slike situasjoner være enklere å få til slike fysiske møter og en god arbeidsdeling. Dette kan forklares ut fra det at aktørene er ansatt i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom sine

profesjoner er de derfor bærere av visse verdier som er standard for hvordan de skal forholde seg i ulike situasjoner (Bang, 2011). I slike palliative faser har sykepleiere og leger mellom annet ansvar for å lindre pasientens plager og hjelpe pasienten til en verdig død. Disse verdiene vil i slike situasjoner stå i en særstilling og vil som Busch (2012) er inne på i sin teori vise hvilke oppgaver som er knyttet til egen profesjon.

5.1.4 Sammensatte problemer med vage symptom

Samhandling rundt de sykeste eldre, og demente pasienter blir også betegnet som svært viktig. Til tross for at dette er den generelle oppfatningen, sier informantene at samhandling rundt disse pasientgruppene ofte fungerer dårlig. Opplevelsen er at dette er en nedprioritert gruppe og samhandlingen rundt disse betegnes i enkelte tilfeller som et sorgens kapittel. Empirien viser at informantene har kjennskap til at et av satsningsområdene i Samhandlingsreformen er at færrest mulig skal bli innlagt i sykehus. Da må en drive tidlig forebygging i kommunene. Dette stiller krav til at sykepleieren og fastlegene har en klar arbeidsdeling mellom seg. Erichsen (1996) viser gjennom teorien rundt profesjonsperspektivet at denne arbeidsdelingen kan knyttes til begrepet jurisdiksjon. En må her fordele arbeidet i forhold til sykepleiene sitt særegne arbeidsområde som er omsorg og pleie og legen som har det diagnostiske og behandlingsorienterte kunnskapsgrunnlaget. Dette stiller i første omgang slik jeg ser det store krav til hjemmesykepleien, som er den instansen som ser pasienten i det daglige. For å få til god samhandling rundt disse blir det trukket frem at en må komme tidlig inn i sykdomsforløpet og gjøre kontinuerlige vurderinger og observasjoner. Problemet rundt de sykeste eldre og demente pasienter er at de ofte i liten grad greier å videreformidle sine plager, og de har dermed redusert evnen til å ivareta egen helse. Dette gjør disse pasientgruppene ekstra sårbare. Funnene viser også at disse pasientene ofte har vage og uspesifikke symptom. Hjemmesykepleien må da ha gode koordineringsmekanismer internt i organisasjonen. Jeg tenker i denne sammenheng på rutiner for kommunikasjon og gode dokumentasjonssystem. Dette er i tråd med koordineringsmekanismene som Mintzberg (1983) betegner som gjensidig tilpassing og standardisering av arbeidsoppgaver. Sentralt i mekanismen gjensidig tilpassing er det at den enkelte tilpasser sin adferd i forhold til den andre man er avhengig av, og standardisering av arbeidsoppgaver handler om å ha gode innarbeidde skriftlige rutiner og prosedyrer. Hjemmesykepleien har heildøgnsdrift og de ansatte går i turnusordninger. For å kunne fange opp at en pasient ikke er helt bra, er sykepleierne gjensidig avhengig av hverandre. Sykepleieren må formidle videre sine observasjoner både gjennom kommunikasjon til den andre som kommer på vakt, og gjennom hjemmesykepleien sine dokumentasjonssystem. At pasienten har vage og uspesifikke symptom kan i denne sammenheng utfordre det som her beskrevet. Det er opp til den enkelte

sykepleier som står i situasjonen å vurdere å prioritere hvilke handlinger en skal foreta seg i forhold til det som observeres. En er da avhengig av sykepleierens faglige skjønn og kompetanse. En annen viktig faktor er også hvor godt en kjenner til pasienten fra tidligere. Ut fra dette må sykepleieren vurdere om de observasjonene en gjør seg er viktige nok, og dermed videreformidle, eller om sykepleieren vurderer dette som for uspesifikt til å gripe tak i. På grunn av dette kan handlingene bli ulike. Dette kan være en mulig faktor som spiller inn for å skjønne hvorfor samhandling rundt disse pasientgruppene ofte fungerer dårlig.

Funnene viser også at disse pasientene på grunn av sin sykkelighet ofte har vansker med å komme seg til legekantoret. Det blir i denne sammenheng påpekt at mer utstrakt bruk av hjemmebesøk fra fastlegen kunne vært en løsning også i møte med disse pasientene. Fastlegene har ofte lange pasient lister og fulle timebøker på legekantoret. Hjemmebesøk er derfor ofte bare mulig en gang i uken. Med bakgrunn i at denne pasientgruppen ofte har vage symptomer og ikke alltid kan defineres som akutt syke, tolker jeg det dit hen at det handler om en prioritering fra fastlegen. Ser vi dette i lys av profesjonsteorien som er presentert kan det relateres til at legens prioritet er diagnose og behandlingsorientert, mens sykepleierne prioritet er omsorg og pleie (Elstad, 1991; Erichsen 1996). Dermed kan mye tyde på at fastlegen gjør en vurdering i hvert enkelte tilfelle i forhold til om han skal rydde timeboka for å gå på hjemmebesøk eller prioritere pasienter som har bestilt time på legekantoret.

Dersom fastlegen ikke kan komme på hjemmebesøk blir det i tilfeller der pasienten har behov for legetilsyn nødvendig å sende pasienten til legevakten. Empirien viser til at dette kan oppleves svært belastende for disse pasientgruppene. Legevakten er preget av mye venting og legen som skal ha tilsyn til pasienten har i mange tilfeller ingen bakgrunnsinformasjon om pasienten. Selv om sykepleierne omtaler at det er en barriere for samhandlingen at fastlegene ikke går mer på hjemmebesøk, så tolker jeg det slik at de likevel har en forståelse for hvorfor det er slik. Fastlegen har mange oppgaver, og i tilfeller som her skissert må de gjøre en prioritering. Sykepleierne kommer derfor med et forslag til hvordan de ønsker at slike problemer kan løses. De ønsker å ha en fast tilsynslege tilknyttet hjemmesykepleien, dette på samme måte som sykehjemmene har faste tilsynsleger. I situasjoner der fastlegen ikke har muligheter til å gå fra eller en ikke får tak i fastlegen så ser de for seg dette som en mulig løsning. Dette er i samsvar med en av strategiene Jacobsen (2004) presenterer i forhold til å minske behovet for koordinering. Det å opprette en ny enhet som kan ta seg av oppgaver som er vanskelig for de involverte partene å løse.

5.1.5 Individuell plan som samhandlingsverktøy

Individuell plan som samhandlingsverktøy skal være med å sikre at tjenesten brukeren mottar er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Empirien tyder på at individuell plan er et lite brukt verktøy i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Informantene har stort sett bare kjennskap til individuell plan i forbindelse med kreftpasienter i palliativ fase. Her kommer det frem at initiativet til disse planene ofte er utarbeidet av Sunniva uteteam. I disse situasjonene viser det seg at dette oppleves som et nyttig og godt egnet verktøy i samhandlingen. Dette fordi det tydeliggjør de ulike aktørene sin rolle og ansvar ovenfor pasienten, og en får en grei oversikt over alle involverte parter. Dette viser at aktørene tenker at intensjonen med individuell plan er god og at bruken av individuell plan i større grad burde vært overført også til andre pasientgrupper. Det kan midlertidig tyde på at informantene er usikker i forhold til hvem av aktørene som skal ta initiativ til oppretting av en individuell plan. Når aktørene sier de mangler opplæring og kjennskap til bruken av verktøyet, blir dette slik jeg tolker det en samordning som i stor grad blir overlatt til individnivå. Da blir det slik jeg ser det opp til den enkelte aktør å forme innholdet i slike planer. For at partene skal oppleve gjensidig nytte i bruken av individuell plan, må begge partene se at de står i et avhengighetsforhold til hverandre i forhold til å oppnå gode helsetjenester for pasienten og at begge partene må se nytten av å opprette en individuell plan (Orvik, 2004; Jacobsen, 2004). Uten denne form for gjensidighet mellom partene kan det bli tilfeldig om planen tjener en hensikt i forhold til å forbedre samhandlingen, og ikke minst om planen har verdi for pasienten. Dette kan underbygge det som Øgard og Hovland (2004, s. 172) sier om at det er opp til den utøvende helsetjenesten og gi slike lovbestemmelser et fornuftig og praktisk innhold. Uten dette vil det ende opp som overdrevne byråkratiske øvelser.

5.2 Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene

I dette kapitlet vil jeg diskutere nærmere hvilke faktorer som er med å påvirke samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. I forsøk på å finne svar på dette spørsmålet vil jeg se på hvordan det er lagt til rette for samhandling mellom aktørene. Hvilke faktorer spiller inn for at samhandlingen skal lykkes, og er det forhold som danner barriere for samhandlingen. Hvordan kan en møtes disse utfordringene?

5.2.1 Strukturelle samordninger mellom hjemmesykepleien og fastlegene

Samhandlingsreformen definerer en ny kommunerolle. Denne vektlegger at det er kommunene sitt ansvar i størst mulig grad å ta vare på innbyggerne sine innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). For at kommunene skal være i stand til å møte Samhandlingsreformens utfordringer trengs det strukturer som legger til rette og sikrer dette. Helse- og omsorgstjenesteloven legger føringer på kommunene i forhold til at hver enkelt kommune må legge til rette for samhandling mellom tjenesteyterne. Lovverket legger ikke frem konkrete løsninger på hvordan den enkelte kommune skal løse samhandlingsutfordringene. Det blir dermed en forutsetning at kommunene bruker sin lokale handlingsfrihet, og finner gode løsninger som er med på å fremme samhandling mellom tjenesteyterne. Teorien viser til at organisasjoner trenger en formell organisasjonsstruktur for å vise vedtatt arbeidsdeling og hvordan oppgavene blir gruppert. Skriftlige regler og bestemmelser angir hvordan den enkelte aktør skal opptre og hva den forventes å gjøre (Jacobsen og Thorsvik, 2007). På denne måten skal det gjennom organisasjoners struktur skapes stabilitet og den enkelte aktørs adferd skal reguleres.

Empirien viser at informantene ikke har kjennskap til at det er utarbeidet noen overordnede skriftlige rutiner i forhold til hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene skal foregå. Jeg har i denne studien ikke innhentet noen sekundærdata for å sjekke om det er stemmer, men i så tilfelle ville det være et paradoks at aktørene som skal utføre samhandlingen ikke kjenner til slike rutiner. En mulig forklaring på at det ikke er laget noen overordnede formelle samordningsrutiner i samhandling mellom hjemmesykepleie og fastlegene er at det kan være utfordrende å få på plass slike rutiner. Så lenge hjemmesykepleien og fastlegene ikke har noen annen organisatorisk tilknytning enn driftavtalene mellom kommunen og den enkelte fastlege har de heller ikke et overordna mandat som kan pålegge slike overordnede avtaler. Som jeg tidligere har vært inne på ser vi et eksempel på dette i forhold til innføring av de elektroniske meldingene. Dette bekrefter på mange måter den erfaringen Bergen kommune har gjort seg etter første året i samhandlingsreformen og det som tidligere helseminister Jonas Gahr Støre (2013) påpekte, at vi trenger en sterkere integrering av fastlegeordningen i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Standardisering av arbeidsoppgaver

I forhold til handtering og administrering av legemidler er det derimot utviklet en fast rutine for arbeidsdelingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Alle informantene er godt kjent med denne rutinen, og aktørene føler at retningslinjene som er utformet gir klare instruksjoner for hva som er hjemmesykepleien sitt ansvar og hva som er fastlegen sitt ansvar når kommunehelsetjenesten skal ta over medikamenthandteringen til en pasient. Denne koordineringsmekanismen er i tråd med det som Mintzberg (1983) betegner som standardisering av arbeidsoppgaver. Det er her utviklet noen skriftlige rutiner og prosedyrer for hvordan samhandlingen rundt legemiddelhandtering skal foregå. Pilotstudie utført av høgskolen i Vestfold påpeker også at det å ha et verktøy som formaliserer ansvar og rutiner til hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk bidrar til bedre samhandling mellom fastleger og hjemmesykepleien (Næss, Bing-Jonsson & Gyltnes, 2011). At en slik rutine mellom partene er kommet på plass kan knyttes opp mot begrepet jurisdiksjon. Dette dreier seg om hvilke rett de ulike profesjonene har til å utføre ulike oppgaver. Når det gjelder legemiddelhandtering har sykepleieren en underordnet jurisdiksjon i forhold til legen. Det er fastlegen som må forordne medikamentet, mens sykepleieren må administrere det. Fastlegen er derfor helt avhengig av sykepleieren for å få utført sine oppgaver (Erichsen, 1996). En rutine rundt legemiddelhandtering vil derfor slik jeg ser det være enklere å få på plass da dette er direkte knyttet opp mot de ulike yrkes profesjoner og deres rettigheter i forhold til å utføre ulike arbeidsoppgaver.

5.2.2 utfordringer knyttet til informasjonsutveksling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten

Etter at Samhandlingsreformen ble innført skal kommunen skal være i stand til å ta imot sykere pasienter. Funnene viser at det i denne forbindelse oppleves store utfordringer knyttet til overføringen av pasienter fra sykehus tilbake til kommunen. utfordringen ligger i IKT løsningene som er opprettet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hjemmesykepleien får informasjon om inneliggende pasienten utvekslet elektronisk fra sykehuset. Fastlegen får derimot ikke denne samme informasjonen, og dette medfører at fastlegen i noen tilfeller ikke er informert om at pasienten er innlagt, eller at pasienten kommer hjem med store endringer i hjelpebehovet. Denne informasjonen får fastlegen først når hjemmesykepleien tar kontakt etter at pasienten er kommet hjem og stiller et krav om for eksempel nye resepter i forhold til medisinerendring eller spørsmål knyttet til nye behandlingsformer. Når fastlegene ikke er informert om innleggelse og ny behandling har de

heller ikke skriftlig grunnlag for å gjøre endringene hjemmesykepleien ønsker. Dette er en faktor som vanskeliggjør samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegen, og dette kan i neste omgang medføre uheldige konsekvenser for pasienten. Dagens IKT løsninger legger ikke godt nok til rette for overføring av data. Slik vi har sett er det et satsningsområde og få på plass gode elektroniske samhandlingskanaler i helsesektoren og det er et område som blir jobbet med (St. meld. nr. 47 (2008-2009); Meld. St.16 (2010-2011)). Når dette er noe som nesten alle aktørene påpeker som en av de største utfordringene i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene etter innføringen av Samhandlingsreformen, syns jeg det er nærliggende å tenke at aktørene burde kunne finne midlertidige løsninger i påvente av et IKT system som skal være med å fremme samhandlingen. Dette kommer jeg tilbake til i slutten av denne drøftingsdelen.

5.2.3 Møtearena for samhandling

For å kunne koordinere samhandlingen mellom aktørene blir faste møter trukket fram som et viktig tiltak for tvungen koordinering. Slike møter kan være viktige i forhold å få økt bevissthet for hvordan de ulike deloppgavene henger sammen. For å kunne få til samhandling mellom hjemmesykepleie og fastlegene må en ha kunnskap om den andre sine oppgaver og eventuelt hva de ulike aktørene opplever som problematisk i samhandlingen. På denne måten kan en få en virkelighetsoppfattning og se sin del av oppgavene i en større sammenheng (Jacobsen 2004). Dette er noe som jeg ser på som helt nødvendig, viss en skal greie å skape en helhetlig og koordinert helsetjeneste der pasienten er i fokus. Gjennom slike møter kan en også få frem hva aktørene ser på som viktig tiltak for å kunne nå et slikt mål. Empirien viser at det i avtalen mellom Bergen kommune og fastlegene er beskrevet at det skal avholdes slike samarbeidsmøter 4 ganger i året. Dette er fora hvor representanter fra kommunen og fastleger møtes for å diskutere saker som har med drift av fastlegeordningen og dialog med kommunen. En av fastlegene sitter i et slik samarbeidsfora og sier at hun har lite utbytte av slike møter, og ofte ikke skjønner hvorfor hun er der. Dette kan tyde i retning av at det som blir tatt opp på slike møter gjerne ikke er direkte rettet mot problemstillinger som er viktig for den utøvende helsetjenesten. Sykepleieren angir også at de har lite utbytte av disse møtene. Det blir beskrevet at dette er møter det som regel er lederne som stiller opp på og at sykepleierne sjeldent får gode tilbakemeldinger på hva som kommer ut av slike møter. Dette kan tyde på at informantene i denne studien har en plassering i hierarkiet der de føler at de i liten grad har påvirkningsmulighet med hensyn til organisering av tjenestetilbudet. Dette da

de føler at de ikke har noen innvirkning på hva som blir tatt opp på slike møter eller får gode tilbakemeldinger fra disse møtene. Dette kan føre til at aktørene på grasrotnivå oftest bare forholder seg til rutiner som er vedtatt på politisk og administrativt nivå, uten å ha noe påvirkningskraft oppover i systemet. For at slike møter skal oppleves nyttig for aktørene som har ansvar for den pasientretta kontakten må det som blir diskutert og avtalt bli videreformidlet. Samtidig må aktørene ha mulighet til å være med å påvirke agendaen for slike møter. Dette opplever jeg i liten grad at aktørene føler.

For at aktørene skal oppleve møter som et viktig tiltak i målet om bedre samhandling ønsker de en arena hvor tjenesteyterne som har den direkte kontakten med pasienten kan møtes ansikt til ansikt. Ved at de som samhandler møtes, blir bedre kjent og får økt kjennskap til hverandres arbeidsmetoder og rammevilkår, kan det være med å skape realistiske forventninger til hverandre i en samhandlingssituasjon. Dette er også viktig for å skape tillit og gjensidighet mellom partene, det at en skaper en felles forståelse for hva det skal samhandles om(Orvik, 2004).

5.2.4 Samhandling mellom profesjoner

At aktørene som skal samhandle innehar ulike profesjoner blir ofte knyttet opp som en forklaring på samhandlingskonflikter. Det ville derfor i denne sammenheng være naturlig å finne ut om dette er tilfelle i samhandlingen mellom sykepleiere og fastleger i kommunehelsetjenesten. Profesjonskonflikter i samhandling kan innebære at en ikke aksepterer at andre har relevante faglige vurderinger eller at kompetansen er for lav hos noen av aktørene.

Som jeg viser til i teoridelen har profesjonsperspektivet utviklet seg gjennom tre historiske faser. Fasene kan være med på å forklare profesjonene sin status og posisjon i samfunnet. En av sykepleierinformantene forteller i intervjuet at hun ofte vegrer seg for å ta kontakt med eldre mannlige fastleger. Hun sier at det i slike sammenhenger sitter dypere inne å ta kontakt. Ut fra det informantene beskriver kan det virke som om det ligger en innebygd hierarkisk fordelingen i forholdet mellom sykepleiere og leger. Dette er i samsvar med det klassiske legefokuserte perspektivet som Erichsen (1996) beskriver. Gjennom dette perspektivet blir legen sett på som den positive og sentrale kraften i helsetjenesten, og det ble sett på som naturlig at sykepleieren er underordnet legen. Dette kan være med å forklare hvorfor denne sykepleieren vegrer seg på å ta kontakt med mannlige eldre fastleger. Som sykepleier har hun gjerne en innebygd tanke og forestillingen om at legen er over sykepleiere. Til tross for at

sykepleieren forteller at hun vegrer seg for å ta kontakt virker det ikke som hun av den grunn lar være å ta kontakt, eller at dette virker som en barriere i samhandlingen. Samlet sett oppleves det i samhandlingen at aktørene møter hverandre med respekt og tillit. En avgjørende faktor i denne sammenheng er at legene opplever at kompetansen hos sykepleierne har økt og dette virker utelukkende positivt inn på samhandlingen. Disse funnene er interessante i den forstand at profesjonsstriden gjerne ikke er så fremtredene i helsesektoren lenger. Disse funnene kan også underbygge det som Elstad (1991) påpeker gjennom sin teori om at det medisinske hierarkiet er mindre fastlåst enn før. Gjennom mer kollektive arbeidsformer som Samhandlingsreformen er et eksempel på, får vi større likestilling og faglighet mellom de ulike faggruppene.

5.2.5 Ligger nøkkelen til god samhandling i å skape felles kultur?

Kulturbegrepet fanger opp den uformelle siden ved en organisasjon. I organisasjoner kommer kulturen til synes gjennom aktørenes verdier og normer. Verdier og normer skapes gjennom det som Schein referert i Jacobsen og Thorsvik (2007) kaller for grunnleggende antakelser.

Tidligere drøftinger som er presentert viser at mye at samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene forgår gjennom uformelt samarbeid. Det uformelle samarbeidet knyttes tett opp til personer på utøver nivå og er derfor personavhengig (Sagatun og Zahl, 2003). Aktørene i hjemmesykepleien og fastlegene er knyttet til ulike organisasjoner. Organisasjonene utvikler egne kulturer. Dette ved at menneskene som arbeider tett sammen utvikler felles meninger og holdninger som gir utslag i en bestemt måte å handle på (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Sykepleierne og fastlegene representerer også ulike profesjoner. Gjennom sine profesjoner har de utviklet verdi syn som setter standarden for hvordan de velger å handle. Selv om aktørenes organisasjonskultur vil være med å forme individets handlinger, vil alltid profesjonsverdiene stå i en særstilling (Busch, 2012). Empirien viser at aktørene deler ett felles verdi syn og mål i samhandlingspraksisen, som er å få det til å fungere til det beste for pasienten. Derimot viser handlingene og de ulike prioriteringene aktørene velger, at konteksten de står i er ulik og denne virker retningsgivende for hvordan de velger å handle for å få det til å fungere til det beste for pasienten. Sykepleierne tilnærmer seg problemet ut fra sine referanserammer som for sykepleierne er omsorg og pleie, og fastlegene ut fra et diagnostisk og behandlingsperspektiv. De ideologiske ulikhetene kan dermed virke som en barriere i forhold til å kunne oppnå god samhandling. Det kan i enkelte tilfelle tyde på at aktørene ikke greier å tenke kollektivt i forhold til å nå målet om helhetlige og koordinerte

tjenester til det beste for pasienten. Bruker vi eksempelet rundt det at enkelte fastleger ikke ønsker å innføre det elektroniske systemet, kan en begrunnelse for dette være at fastlegene kan ha vansker med å se nytten av et slikt system ut fra en diagnose og behandlingsperspektiv. Legen kan tenke at et slikt system bare medfører merarbeid i forhold til at han også da må følge opp å besvare meldinger som kommer inn, og konsekvensen kan bli den at en føler å ha mindre tid til oppfølging av pasienter som kommer til legekantoret. Dette kunne jeg ha drøftet mer, men siden alle fastlegene i denne studien har innført elektroniske meldinger har jeg ingen holdepunkt i empirien for å si at det er slik det er. Grunnen for at jeg likevel velger å nevne dette, er at en av faktorene som er med på å skape en barriere for å oppnå god samhandling er at noen av fastlegene ikke har innført det elektroniske meldingssystemet.

Empirien viser også at partene etterlyser mer tilrettelagte rutiner for samhandling. Som tidligere påpekt er det vanskelig å pålegge fastleger føringer og rutiner gjennom et mandatperspektiv så lenge fastlegene er organisert utenfor den kommunale organisasjonen. Kommunen som har det overordna ansvaret for den samla kommunehelsetjenesten må derfor finne andre måter å styre samhandlingen på. En koordineringsstrategi i denne sammenheng kan være å bygge en felles kultur for samhandling mellom aktørene (Jacobsen, 2004). Det er derimot viktig å merke seg at kultur er noe som dannes over lang tid og på flere arena. Som vi har sett i forrige avsnitt kan en mulig arena for bygge en felles samhandlingskultur være faste møter mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Gjennom en slik arena kan partene sette seg ned i felleskap å lage noen føringer for hvordan samhandlingen skal foregå. Det blir i denne sammenheng nevnt allmennlegeutvalget i Bergen kommune som en potensiell arena. Dette er en arena som allerede samler legene, og potensialet i en slik arena kan tenkes å utnyttes til et slik fora.

For å vise tilbake til eksempelet med elektroniske meldinger kan det tenkes at de aktørene som allerede bruker det elektroniske meldingssystemet, og som har høstet gode erfaring med bruk av dette systemet, kan forsøke å overføre dette til de som ikke har tatt det i bruk. Gjennom en slik tilnærming får de som ikke bruker de elektroniske meldingene mulighet til å se at dette er et verktøy som en kan oppleve gjensidig nytte av. At en opplever gjensidig nytte er grunnleggende i samarbeidet (Sagatun og Zahl, 2003). På denne måten kan det være en avgjørende faktor som skaper en vilje til å bruke systemet. I dette arbeidet kan det være lettere å se disse mulighetene når en får høre det fra andre aktører innenfor samme profesjon som deler samme verdi syn. Gjennom en slik tilnærming for å løse problemstillingen kan det på

sikt bygges nye grunnleggende antagelser om at samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger primært kan skje gjennom elektroniske meldinger. De grunnleggende antagelsene blir til ved at en løsning på et problem viser seg gang på gang å gi gode resultater (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Dersom alle aktørene får mulighet til å se dette kan en si at hjemmesykepleien og fastlegene har dannet seg en gruppe som deler en grunnleggende antakelse som sier ”At det er slik vi gjør det i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene i Bergen kommune”(op.cit., 2007).

Denne måten å tilnærme seg problemstillinger som danner barriere i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene, kan også tenkes å brukes i tilfellet der informasjonsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten oppleves problematisk. I påvente av et elektronisk verktøy som viderefører informasjonen fra spesialisthelsetjenesten og ut til både hjemmesykepleien og fastlegene, kan det tenkes at kommunen bør lage midlertidige løsninger. Dette er en problemstilling som begge partene viser til og slik jeg ser det vil partene ha gjensidig nytte av at det utvikles en rutine for informasjonsoverføring. En mulig løsning slik jeg ser det kan være at hjemmesykepleien sender videre den informasjonen de mottar fra sykehuset. På denne måten kan også legen gjøre seg forberedelser i forhold til at en pasient skal komme hjem, og at pasienten gjerne har et endret hjelpebehov som krever at fastlegen må følge tettere opp. På denne måten kan begge partene oppnå et mål i felleskap, å skape en best mulig tjeneste for pasienten (Sagatun og Zahl, 2003).

Kapittel 6: Konklusjon, og forslag til videre forskning

6.1 Konklusjon

Hovedtema for denne masteroppgaven har vært å se på samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger i kommunehelsetjenesten. Utgangspunktet og interessen for samhandling mellom grasrot aktører i kommunehelsetjenesten, har vært at jeg selv jobber i hjemmesykepleien. Jeg har opplevd at pasienter som mottar kommunale pleie og omsorgstjenester ofte har kompliserte problemstillinger, og er avhengig av et godt tverrfaglig team innenfor kommunehelsetjenesten for å oppleve å motta en kvalitetsmessig god helsetjeneste. Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012 legger også føringer for at kommunene skal ha større ansvar for de samlede helsetjenestene. Kommunene skal være i stand til å ta imot sykere pasienter og drive forebygging innefor beste effektive omsorgsnivå. Da blir det stilt krav til at kommunene greier å organisere sine tjenester på en god og effektiv måte som legger opp til samhandling mellom aktørene. Ut fra denne konteksten har jeg forsøkt å undersøke hva som kjennetegner samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene, og hvilke faktorer som påvirker denne samhandlingen. Målet for studien er å sette fokus på disse faktorene og ut fra dette forsøke å få frem noen konkrete tanker om hvordan samhandlingen mellom aktørene kan forbedres.

Funne viser at mye av samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene kjennetegnes av det uformelle samarbeidet mellom aktørene. I helsesektoren jobber en med mennesker, endringer i pasientens helsesituasjon kan endre seg raskt og i mange situasjoner må den enkelte helsearbeider være fleksibel i forhold til å finne gode løsninger for pasientene. Dette krever at en i enkelte pasientsituasjoner må avklare arbeidsdelingen mellom aktørene etter hvilke situasjoner en står i. Evnen til å handle raskt og gjør om på sine prioriteringer blir således trukket frem som viktig i målet om å skape gode og helhetlige pasientsituasjoner. Slike løsninger kan vanskelig settes inn i faste formelle strukturer. Til tross for at en må være fleksibel, kan ikke arbeidsdelingen og ansvarsforholdene være løst definert i alle tilfeller. En trenger også noen klare retningslinjer for å koordinere samhandlingen mellom aktørene. Retningslinjene må betraktes som en beskrivelse for hvordan samhandlingen i de fleste tilfeller skal foregå.

Funnene viser at det finnes få formelle samordninger som styrer samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Strukturelle tiltak har vist seg å være vanskelig å innføre så

lenge fastlegene er organisert utenfor den kommunale organisasjonen. Kommunene har derfor ingen mandat eller myndighet til å pålegge den enkelte fastlege formelle samordning gjennom fastsatte regler og rutiner. Dette setter i mange tilfeller barriere for samhandlingen mellom aktørene.

Gjensidig tilpassing mellom partene som skal samhandle, og at partene opplever gjensidig nytte av samhandlingen blir sett på som avgjørende faktorer for at samhandlingen skal lykkes. Det er viktig å påpeke at den gjensidige tilpassingen må fungerer både internt i organisasjonen for hjemmesykepleien, så vel som mellom hjemmesykepleien og fastlegen. Dette fordi hjemmesykepleien er kjennetegnet av mange aktører, og flere kan være involvert i de samme samhandlingsepisodene. Det blir også påpekt at kompetansen hos sykepleieren og kjennskap og forståelse for den andre sine rammevilkår i en samhandlingssituasjon er viktig for å fremme samhandling mellom partene.

Aktørene som skal samhandle har utviklet egne kulturer gjennom sine organisasjoner og gjennom sine profesjoner som sykepleiere og leger. Verdiene og normene virker i mange tilfeller retningsgivende for hvordan aktørene velger å prioritere å handle. De ulike ideologiene ved at sykepleierne fremmer pleie og omsorg og fastlegene diagnose og behandling, kan i noen tilfeller være faktorer som danner barrierer for samhandlingen. Dette ved at aktørene kun ser sin ideologi og ikke greier å se at en er avhengig av begge partene for å oppnå en helhetlig og koordinert tjeneste til det beste for pasienten.

Til tross for at det viser seg vanskelig å innføre formelle rutiner i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene gjennom et mandatperspektiv, viser mine funn at det likevel finnes en vilje hos aktørene til å skape mer formaliserte rutiner for samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Slike formaliserte rutiner må skapes ved at aktørene på grasrotnivå får mulighet til å møtes og gjennom et samarbeid kan komme frem til løsninger som begge parter opplever gjensidig nytte av. Det kan således skapes en felles kultur for hvordan samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene skal foregå. Dette er tiltak som på lang sikt kan være med å skape en lagmentalitet hvor hjemmesykepleien og fastleger spiller på samme lag, og har pasienten i fokus.

6.2 Forslag til videre forskning

Samhandlingsreformen legger opp til ei ny kommunerolle. Kommunene skal i større grad ha ansvar for de samlede helsetjenestene, og drive tidlig forebygging og behandling innenfor beste effektive omsorgsnivå. Som jeg nevnte i innledningen til denne studien vil de nye føringene stille store krav til kommunene både på organisatorisk og utøvende nivå. Gjennom denne studien har jeg hatt fokus på hva som kjennetegner samhandlingen mellom de utøvende aktører i kommunehelsetjenesten, og sett på hvilke faktorer som påvirker denne samhandlingen. Aktørene har også kompt med forslag på tiltak for hvordan samhandlingen kan bedres. Ut fra disse funnene syns jeg det er en helt klar retning som skiller seg ut for videre forskning. Det er å se på hvordan Bergen kommune organisatorisk jobber for å skape bedre samhandling mellom aktørene. Hvordan tilnærmer de seg, og jobber med problemstillingen rundt en sterkere integrering av fastlegeordningen i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bergen kommune (2013). *Samhandlingsreformen – erfaringer og oppsummering 2012*, Byrådssak 147/13.
- Busch, T.(2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Christensen, T., Lægreid, P.,Roness, P.G. & Røvik. K.A.(2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Elstad, J.I. (1991). *En helse- og sosialarbeider? Profesjonsstrid og lagdeling i helse og sosialsektoren*. I Piene, H.(Red). *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam.
- Erichsen, V.(Red).(1996). *Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Tano-Aschehough.
- Fjørtoft, A-K.(2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20120829-0842.html>
- Grønmo,S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helse og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m 24.juni 2011 nr 30*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Jacobsen, D.I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig. Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, P. (Red.).(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J.(2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Knudsen, H. (2004)Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Repstad, P. (Red.).(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvåle, S. & Brinkmann, S.(2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kyrkjebø, D. Strand, G.L, Torjesen, D.O & Romøren, T.J (2013).*Samhandlingsreforma i kommunane. Kartlegging av kva kommunane i Sogn og Fjordane gjorde under planlegginga av samhandlingsreforma*.
- Lauvås, K. & Lauvås, P.(2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 16 (2010-2011).(2011)*Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forsker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2004:18.(2004). *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Næss G., Bing-Jonsson P. & Gyltnes, K.A. Ø (2011). *Bedre samhandling om multisyke eldre. Kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten*
- Orvik, A (2004): *Organisatorisk kompetanse*. Oslo, Cappelens forlag
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sagatun.S & Zahl. M-A.(2003). Det vanskelige samarbeidet. I Zahl. M-A. (Red). *Sosialt arbeid. Refleksjon og handling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Sosial og helsedirektoratet (2006). *Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009).(2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget
- Støre, J.G. (07.05.13). *Morgendagens helse- og omsorgstjenester - hvordan lykkes vi?* Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-og-artikler-av-helse--og-omsorgsmi/2013/morgendagens-helse--og-omsorgstjenester-.html?id=726708
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Øgar, P & Hovland, T (2004). *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg

Vedlegg1: Forespørsel om deltaking i forskningsprosjekt

Informasjon til informanten

Mitt navn er Solveig Margrethe Dale jeg er deltidsstudent ved Høyskolen i Sogn og Fjordane hvor jeg tar masterstudie i Organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse. Jeg jobber ved siden av studiet i full stilling som assisterende gruppeleder i hjemmesykepleien Sone Solheim i Bergen kommune.

Jeg skal nå i gang med masteroppgaven, og i denne ønsker jeg å rette søkelyset mot samhandling mellom sykepleiere og leger i kommunehelsetjenesten.

Bakgrunnen for valg av tema er at det de senere årene har skjedd en markant økning av antall pasienten som mottar kommunale helse og omsorgstjenester. Det har vært en stor økning i pasienter med kroniske lidelser og antall eldre som mottar hjemmesykepleie. Det har også vært en økning i pasienter i palliativ terminal fase som ønsker å være hjemme ved livets slutt. Pasientene har ofte sammensatte problemstillinger og som en del av det utøvende leddet innefor kommunehelsetjenesten ser jeg en stadig mangel på samhandling på tvers av omsorgsnivåene. Samhandlingsreformen som tredde i kraft 1. januar 2012 og som skal gradvis innføres, legger også føringer om at kommunene skal ha større ansvar for de samlende helsetjenestene. Kommunene blir dermed gjennom reformen pålagt å behandle sykere pasienter i kommunehelsetjenesten.

Ut fra mitt ståsted som sykepleier i kommunehelsetjenesten, ser jeg at den relasjonen vi er mest avhengig av og oftest knyttet til i utøvingen av vårt arbeid er fastlegene. På bakgrunn av dette ønsker jeg i dette masterstudiet å undersøke hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene oppfattes.

Studiet har følgende problemstilling:

Hva kjennetegner samhandlingen mellom sykepleier i hjemmesykepleien og fastleger, og hvilke faktorer påvirker denne samhandlingen?

For å innhente data vil jeg bruke kvalitative intervju. Deltakelse i studien innebærer at du er villig til å la deg intervju av undertegnede. Hvert intervju vil ta ca 1-1,5 time, fortrinnsvis på din arbeidsplass og innenfor din arbeidstid. Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av november/desember.

Jeg har fått løyve av etatssjefen i etat for hjemmesykepleie å kontakte aktuelle informanter. Det er også søkt byrådsavdelingen for helse og omsorg ved kommunaldirektøren om godkjenning til å forske i Bergen kommune. Prosjektet er meldt til Personvernombud for forskning (NSD).

Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil. Disse lydfilene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Transkribert materiale vil bli nedlåst og kun tilgjengelig for meg som forsker.

Informasjonen som kommer frem i studiet vil blir behandlet konfidensielt, og forskningsmateriale vil bli anonymisert ved publisering.

Som informant kan du velge å trekke deg fra prosjektet på hvilke som helst tidspunkt før publisering. All informasjon som du har gitt vil da bli makulert/slettet. Det vil ikke ha noen konsekvenser i forhold til arbeidsgiver eller arbeidsforhold om deltakerne ønsker å delta eller ikke.

Oppgaven er planlagt avsluttet juni 2014.

Min rettleider for studien er Olina Kollbotn ved Høgskolene i Sogn og Fjordane

Tlf: 57676138 Mobil: 936 41 256 E-post: olina.kollbotn@hisf.no

Ved spørsmål ta gjerne kontakt på Tlf: 97505125 eller E-post:

solveig.margrethe.dale@gmail.com

Vennlig hilsen

Solveig Margrethe Dale

Vedlegg 2: Informert samtykke

Jeg gir med dette mitt samtykke til å delta i Solveig Margrethe Dale sin studie som har som tema: Samhandling mellom sykepleier og leger i kommunehelsetjenesten.

Jeg er gjennom informasjonsskriv kjent med bakgrunnen og formålet med studien. Jeg er videre informert om metode og innholdet i studien. Jeg gir løyve til at mine anonymiserte data, blir brukt i studien og offentliggjort gjennom publisering av masteroppgaven.

Jeg gir løyve til at intervjuene og samtalen blir tatt opp på lydfil.

Jeg er informert om at jeg kan trekke meg fra studien dersom jeg måtte ønske.

Dato/ Sted: Signatur:

Vedlegg 3: Søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i Bergen kommune

Byrådsavdelingen for helse og omsorg v/ Nina Mevold.
Rådhusgaten 10
Postboks 7700
5020 Bergen

Solveig Margrethe Dale
Rostaliene 27
5308 Kleppestø

Askøy 15.10.2013

Søknad om godkjenning av forskningsprosjekt som gjennomføres med opplysninger fra etat for hjemmesykepleie i Bergen kommune.

Mitt navn er Solveig Margrethe Dale jeg er deltidsstudent ved Høyskolen i Sogn og Fjordane hvor jeg tar masterstudie i Organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse. Jeg jobber ved siden av studiet i full stilling som assisterende gruppeleder i etat for hjemmesykepleie Sone Solheim i Bergen kommune.

Jeg skal nå i gang med masteroppgaven, og i denne ønsker jeg å rette søkelyset mot samhandling mellom sykepleiere og leger i kommunehelsetjenesten.

Bakgrunnen for valg av tema er at det de senere årene har skjedd en markant øking av antall pasienter som mottar kommunale helse og omsorgstjenester. Det har vært en stor økning i pasienter med kroniske lidelser og antall eldre som mottar hjemmesykepleie. Det har også vært en økning i pasienter i palliativ terminal fase som ønsker å være hjemme ved livets slutt. Pasientene har ofte sammensatte problemstillinger og som en del av det utøvende leddet innefor kommunehelsetjenesten ser jeg en stadig mangel på samhandling på tvers av omsorgsnivåene. Samhandlingsreformen som tredd i kraft 1. januar 2012 og som skal gradvis innføres, legger også føringer om at kommunene skal ha større ansvar for de samtlige helsetjenestene. Kommunene blir dermed gjennom reformen pålagt å behandle sykere pasienter i kommunehelsetjenesten.

Ut fra mitt ståsted som sykepleier i kommunehelsetjenesten, ser jeg at den relasjonen vi er mest avhengig av og oftest knyttet til i utøvingen av vårt arbeid er fastlegene. På bakgrunn av dette ønsker jeg i dette masterstudiet å undersøke hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastlegene oppfattes.

Studiet har følgende problemstilling:

Hva kjennetegner samhandlingen mellom sykepleier i hjemmesykepleien og fastleger, og hvilke faktorer påvirker denne samhandlingen?

For å innhente data vil jeg bruke kvalitative intervju. Jeg ønsker derfor å intervju 4-5 sykepleiere som jobber i Bergen kommune og 3-4 fastleger som hjemmesykepleien samhandler med. Se vedlagt intervjuguide vedlegg 1. For å rekruttere sykepleie informanter vil jeg trenge hjelp fra etat for hjemmesykepleie i Bergen kommune. Fastlegene vil bli rekruttert gjennom et strategisk utvalg. I og med at jeg selv jobber i Bergen kommune har jeg en viss formening om hvilke fastleger som kan gi meg den informasjon jeg trenger for å besvare min problemstilling. Fastlegene blir rekruttert ved at undertegnende tar direkte kontakt med de aktuelle kandidatene pr tlf.

Deltakelse i studien innebærer at informanten er villig til å la seg intervju av undertegnede. Hvert intervju vil ta ca 1-1,5 time, fortrinnsvis ser jeg for meg å intervju sykepleierne på deres arbeidsplass og innenfor arbeidstiden. Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av november/desember 2013. Hver informant vil motta et informasjonsskriv om studiet, samt et samtykkeskjema som de må signere i forkant av intervjuene.

Prosjektet er meldt til Personvernombud for forskning (NSD). Viser til vedlegg 2.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil. Disse lydfilene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Transkribert materiale vil bli nedlåst og kun tilgjengelig for meg som forsker. Informasjonen som kommer frem i studiet vil bli behandlet konfidensielt, og forskningsmateriale vil bli anonymisert ved publisering. Informantene vil bli informert om at han/hun kan velge å trekke deg fra prosjektet på hvilke som helst tidspunkt før publisering. All informasjon som informantene har gitt vil da bli makulert/slettet.

Resultatet av studien kan om ønskelig videreformidles til Bergen kommune med en kopi av masteroppgaven.

Oppgaven er planlagt avsluttet juni 2014.

Håper på rask tilbakemelding på søknad.

Ved spørsmål ta gjerne kontakt på: Tlf: 97505125 eller E-post:

solveig.margrethe.dale@gmail.com

Vennlig hilsen

Solveig Margrethe Dale

Vedlegg 1 Intervjuguide
Vedlegg 2 Søknad NSD

Vedlegg 4: Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon

Hvilken fagprofesjon tilhører du?

Hvilken stilling innehar du?

Hvor lenge har du vært i stillingen?

Samhandling

Kan du fortelle litt om hvordan du samhandler med hjemmesykepleien/ fastlege?

Hvilke forventninger har du til hjemmesykepleien/ fastlege i en samhandlingssituasjon?

Hvordan opplever du samhandlingen? Er den god? Hva opplever du som vanskelig/ utfordrende knyttet til samhandlingen?

Har du noen forslag til hvordan disse vanskene kan løses?

Kan du fortelle om en samhandlingsepisode du synes fungerte bra? Hvorfor fungerte denne samhandlingsepisoden bra? Hvordan kan denne erfaringen brukes?

Etter at samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012 skal kommunene være i stand til å ta imot sykere pasienter. Dette krever tettere samhandling mellom hjemmesykepleien og fastlegene

Hva opplever du som de største vanskene i samhandlingen med hjemmesykepleien/ fastlege etter reformen ble innført? – i motsetning til før reformen?

Hva du forslag til løsninger på disse utfordringene.

Kan du fortelle om en samhandlingsepisode du synes ikke fungerte?

Hva fungerte ikke denne samhandlingsepisoden?

Er det pasientgrupper det er viktigere å samhandle rundt enn andre, i så fall hvilke?

Hvorfor er det viktig med god samhandling rundt disse pasientene?

Hvilke erfaringer har du i deltakelse rundt individuell plan til disse pasientgruppene. Opplever du at dette verktøyet er nyttig i samhandlingen rundt disse pasientene? Hvorfor?

Hvordan etablerer du tid til å delta i ansvarsgrupper knytt til individuell plan. Hva hindrer deg å ta tid?

Opplever du det som vanskelig å komme i kontakt med hjemmesykepleien/ fastlege? Evt hvorfor?

Opplever du at hjemmesykepleien/ fastlegen har tid/anledning til å snakke når du henvender deg?

Struktur

Til lege: Føler du at hjemmesykepleien er godt nok forbredt når de tar kontakt, slik at samtalen kan være effektiv og at relevante opplysninger kommer frem?

Dersom ja, hva er bra?

Dersom nei, på hvilke måten kunne de vært bedre forbredt?

Til hjemmesykepleier: Har hjemmesykepleien noen sjekklister/momenter som er viktige å ha på plass før de kontakter fastlege slik at relevante opplysninger kommer frem?

Dersom ja, hva er viktig å få frem?

Dersom nei, kunne du sett nytte av slike sjekklister?

Finnes det formelle etablerte rutiner for hvordan samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger skal foregå eller blir det gjort uformelle avtaler innbyrdes mellom de som samhandler?

Viss nei, ville det i tilfeller vært greit om dette hadde vært etablert noen formelle rutiner?

Hvordan syns du det er lagt til rette for samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger og i hvilken grad opplever du at Bergen kommune legger til rette/engasjerer seg i hvordan samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger foregår?

Er det organisatoriske forhold som burde forbedres for at samhandlingen kunne opplevers som bedre?

Har du konkrete forslag til forbedring?

Kjenner du til regelverket rundt besvarelse av el meldinger(responstid osv.) Forholder du deg til regelverket, og opplever du at de overholdes?

Fins det etablerte felles arena(møtepunkt) hvor samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger diskuteres/foregår. Eller avtalte møtepunkt hvor pasienten diskuteres.

Hvis ja, er disse nyttig? På hvilke måte?

Hvis nei, hadde du sette nytte av dette, hvorfor?

I hvilken grad blir det lagt til rette for felles arenaer for diskusjon rundt samhandling (eks. fora innad i tjenesten hvor forbedring diskuteres). Hvordan er ledere med og stimulere til en tankegang der samhandling er i fokus.

Fins det etablerte rutiner for tilbakemelding / avvikshandtering i tilfelle dere samhandling ikke fungerer? Er dette eventuelt hensiktsmessig i forbedringsarbeidet?

Hvordan opplever du at disse evt. blir fulgt opp?

Kultur

Føler du at samhandling inngår i din daglige praksis? Er det en kultur for samhandling på ditt arbeidssted?

Føler du i samhandlingen med hjemmesykepleien/ fastlege at dere har et felles mål?

Hvordan opplever du å bli møtt og hvordan er dialogen med hjemmesykepleien /fastlege?
Opplever du gjensidig nytte og føler du likeverd og respekt i samhandlingen?

Profesjonsperspektivet

Opplever du statusforskjeller eller hierarkiske forskjeller i samhandlingen mellom hjemmesykepleien og fastleger. Evt. hvilke? Hvilke innvirkning har dette eventuelt på samhandlingen?

Oversikt over figurer

Figur 1: Oversikt over koordineringsstrategier og deres siktemål

Figur 2: Organisasjonskart over byrådsavdelingen for helse og omsorg Bergen kommune

Figur 3: Organisasjonskart over hver enkelt hjemmesykepleiesone