



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGÅVE

*Bevisste eller ubevisste val?* Ei studie i bruken av det kommunale ØH-tilbodet

*Conscious or unconscious choice?* A study in the use of the municipal ØH-offer

**Mona Yvonne Espeland Lothe**

Masterstudie i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitskap

Institutt for samfunnsvitskap

14.juni 2019

Eg sta dfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjel der som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet

## Føreord

Eg er audmjuk over å vera fødd inn i ein velferdsstat som gjev oss alle dei moglegheitane innan utdanningsval me kan tenkja oss berre me er viljuge til å leggja ned nok tid og arbeid i det. Når eg no leverer inn denne masteroppgåva er det etter å ha fullført fire år som deltidsstudent på masterstudie i organisasjon og leiing, helseleiing ved Høgskulen på Vestlandet. Å fullføre dette studie i tillegg til fulltidsjobb har kravd all mi fritid og mykje arbeid. Det har vore lærerikt og interessant både å få ta del i dette utdanningsprogrammet men og å få treffa alle desse flotte menneska- både førelesarar og medstudentar. Eg hadde gjort det opp att om det var mogleg. Denne utdanninga har eg fått til fordi eg har hatt viktige personar kring meg som har gjeve meg utfordringar og hatt tru på meg til å gjennomføre dette arbeidet. Eg har difor mange å takke.

Først og fremst vil eg takke tidlegare og noverande arbeidsgjevarar som har og har hatt tru på meg som leiar. Ite meg få utfordringar og utvikle meg til den eg er i dag.

Så ei stor takk til Gina, mi gode studievenninne. Me har hatt mang ein tur til Førde for skulesamlingar, 33 turar til saman for å vera heilt nøyaktig. 5 timar i bil kvar veg har gått fort med gode faglege diskusjonar. Fellesnemnaren vår burde vel først og fremst vert fag men det er godt mogleg det er fjellturar, noko som har gjeve ein god balanse mellom førelesingane. Det har vert svært gjevande å studera saman med deg!

Takk til alle mine dyktige informantar som velvillig har teke imot meg og delt av erfaringar. Utan dykkar hjelp ville det ikkje vert mogleg for meg å fordjupa meg i eit spanande praksisfelt.

Ei stor takk til min næraste familie og vener. Eg veit eg har valt dykk bort den siste tida, men håper de fortsatt er der no når eg er attende.

Så flokken min, Fred Arve, Fredrik, Daniel og Madeleine. Takk for at de har hatt tolmod med meg og godtatt mitt fråvær. Det betyr mykje at de har støtta meg heile vegen. Og mine to firbeinte som tolmodig har venta på lange turar, no er det dykkar tur.

Til sist, min dyktige vegleiar Monika. Tusen takk for at du alltid har vore så støttande, tydeleg og konkret i dine attendemeldingar. Du har alltid vore tydeleg på kva retning me skal!

Stord 14.juni 2019, Mona Yvonne Lothe

## Samandrag

*-Bevisste eller ubevisste val?* Ei studie i bruken av kommunal øyeblikkeleg hjelp tilbodet

Dette er eit kvalitativt studie basert på djupne intervju av kommunelegar og sjukehuslegar for å sjå kva vurderingar dei gjer når dei vel innlegging eller ikkje innlegging av pasient på øyeblikkeleg hjelp tilbodet .

12 kommunelegar og sjukehuslegar er intervjuet, og datamaterialet er analysert etter ei delvis strukturert tilnærming (Thagaard,2013). Mitt vitenskapssyn er sosialkonstruktivistisk med ein hermeneutisk fortolkingslogikk. Legane sine vurderingar vert belyst gjennom eit institusjonelt perspektiv ved bruk av Scott (2008) sine institusjonelle logikkar.

Når legane vurderer øyeblikkeleg hjelp tilbodet finn eg at det er ulike logikkar i spel, nokre er dominerande medan andre er mindre framtrødande og det er ulikheit frå sjukehuslegar til kommunelegar.

Funn i studien viser at den profesjonelle logikken og den instrumentelle logikken er dominerande for sjukehuslegane. Samarbeidet mellom profesjonane på sjukehuset ber preg av at sjukepleiar har føringar på vurdering av pasientar til øyeblikkeleg hjelp tilbodet og at lege legg avgjersle i hendene til sjukepleiar på kva pasientar som kan leggest inn på tilbodet.

Sjukehuslegane kjenner meir på tidspress og press på knappe ressursar og kapasitet enn kommunelegane, noko som viser at den instrumentelle logikken er meir rådande.

Den pasientorienterte logikken er meir dominerande for kommunelegane der dei i større grad enn sjukehuslegane har pasienten sitt behov først og gjev meir etter for pasienten sine ønskje.

Eit uventa funn er at bruk av intuisjon vert nytta av dei aller fleste legane i deira vurdering av pasienten, gjerne saman med klinisk erfaring.

Det at lege vert utsett for press frå mange kantar gjer at det ofte vert vanskeleg å anvende den medisinske logikken som legane plar å gjere, og fører oftast til innlegging i øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Der pasienten vert innlagt på sjukehuset har den medisinske logikken ein mykje større betydning.

## **Abstract**

*-Conscious or unconscious choice? A study in the use of the municipal ØH-offer*

This is a qualitative study based on in depth interviews done with municipal doctors and doctors from a hospital, to see how they work to determine whether the patient is in need of the ØH-offering or not.

12 municipal and hospital doctors were interviewed, and the data material is analyzed according to a partially structured approach (Thagaard,2013). My scientific view is based on social constructivism with the logic of a hermeneutic understanding. The doctors evaluations are highlighted through an institutional perspective using Scott's (2008) institutional logic. I find the use of different logics when the doctors evaluate or consider the ØH-offering. Some are more dominant, while others are less prominent, and there is a difference between doctors from a hospital and municipal doctors.

Findings in the study shows that the professional logic and the instrumental logic are dominant for the doctors in a hospital. The collaboration between the various professions in the hospital is characterized by the fact that the nurses have guidelines on the assessment of patients for the ØH-offering and that the doctor put decisions into the hands of the nurses on which patients can be put in on the offer.

The hospital doctors feel the time pressure and pressure on minimal resources and capacity more than the municipal doctors, which shows that the instrumental logic is more prevalent.

The patient-oriented logic is more dominant for the municipal doctors where they do a much more than the hospital doctors to put the patient's needs first and give more in for the patient's wishes.

An unexpected finding is that the use of intuition is used by most doctors in their assessment of the patient, often with clinical experience.

The fact that doctors are exposed to pressure from many areas means that it is often difficult to apply the medical logic that doctors tend to do, and often leads to admission to the ØH-offer. In situations where the patient is admitted to the hospital, the medical logic has a much greater significance.

## **Innhald**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 Innleiing, tema og føremål</b>                            | <b>1</b>  |
| <b>1.1 Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod- eit nytt tenestetilbod</b> | <b>2</b>  |
| <b>1.2 Pasienten sin rett til medverknad</b>                     | <b>3</b>  |
| <b>1.3 Avgrensing av tema og problemstilling</b>                 | <b>5</b>  |
| <b>1.4 Omgrepsavklaring</b>                                      | <b>6</b>  |
| <b>1.5 Tidlegare forskning</b>                                   | <b>7</b>  |
| <b>1.5.1 Oppsummering</b>  | <b>10</b> |
| <b>1.6 Oppbygging av oppgåva</b>                                 | <b>11</b> |
| <b>2.0 Teori</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.1 Organisasjonar- formelle og uformelle</b>                 | <b>14</b> |
| <b>2.1.1 Press på organisasjonar</b>                             | <b>15</b> |
| <b>2.2 Styling av komplekse fleirnivåsystem</b>                  | <b>15</b> |
| <b>2.2.1 Det institusjonelle perspektivet</b>                    | <b>16</b> |
| <b>2.3 Profesjonsteori</b>                                       | <b>20</b> |
| <b>2.3.1 Profesjonar</b>   | <b>21</b> |
| <b>2.3.2 Jurisdiksjonar- arbeid og samarbeid</b>                 | <b>23</b> |
| <b>2.3.3 Dreyfus- teori</b>                                      | <b>24</b> |
| <b>3.0 Metode</b>  | <b>29</b> |
| <b>3.1 Kvalitativ forskingsstrategi</b>                          | <b>29</b> |
| <b>3.1.1 Forskar si førforståing</b>                             | <b>30</b> |
| <b>3.2 Val av metode</b>   | <b>31</b> |
| <b>3.2.1 Utval informantar</b>                                   | <b>33</b> |
| <b>3.2.2 Intervju og innsamling av data</b>                      | <b>35</b> |

|  |    |
|--|----|
| 3.2.3 Arbeid med data og analyse .....             | 36 |
| 3.3 Reliabilitet, validitet og overføre data ..... | 38 |
| 3.3.1 Reliabilitet.....                            | 38 |
| 3.3.2 Validitet og overføringsverdi.....           | 38 |
| 3.4 Ethiske dilemma .....                          | 39 |
| 4.0 Presentasjon av funn .....                     | 41 |
| 4.1 Situasjonell logikk .....                      | 41 |
| 4.2 Profesjonell logikk .....                      | 46 |
| 4.3 Pasientorientert logikk .....                  | 52 |
| 4.4 Instrumentell logikk .....                     | 56 |
| 4.5 Medisinsk logikk .....                         | 61 |
| 5.0 Drøfting .....                                 | 65 |
| 5.1 Å balansere ulike omsyn og forståingar .....   | 65 |
| 5.2 Formelle krav og plikter .....                 | 68 |
| 5.3 Magekjensla som faktor for vurderingar .....   | 72 |
| 5.4 Det profesjonelle fellesskapet .....           | 74 |
| 5.5 Pasienten først .....                          | 81 |
| 6.0 Oppsummering og implikasjon for praksis .....  | 85 |
| 6.1 Vidare forskning .....                         | 86 |

**Vedlegg 1: Godkjenning meldeskjema til NSD**

**Vedlegg 2: Samtykke erklæring**

**Vedlegg 3: Intervjuguide**

## 1.0 Innleiing<sup>1</sup>

Dagens helseteneste er stadig meir spesialisert og komplekse, noko som fører til at fleire pasientar er avhengig av meir samansette teneste. I ei tid der behovet for helseteneste er aukande er det eit større krav til legane og deira vurderingar kring teneste til pasienten. Eit ledd i å betra dagens helsetilbod finn me i nye lovkrav gjennom nasjonale styringsdokument. Nye stortingsmeldingar er kome dei seinare åra, som skal skildra verkemidlar som vil vera med å bidra til heilheitlege teneste for pasienten, med aukande brukarmedverknad og meir koordinerte helseteneste med fokus på pasienten og den sine rettar.

Ein av desse stortingsmeldingane, samhandlingsreforma (2008-2009), er ei slik reform som dannar eit tankesett med eit verdigrunnlag både i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta, for å utvikle ein kultur med respekt og målforståing for dei ulike aktørane innan helse- og omsorgssektoren. Saman med den nye helse- og omsorgstenestelova §3-5 tredje ledd (2011) kjem desse styringsdokumenta med krav til kommunane som pliktar å gje øyeblikkeleg hjelp tilbod til dei av innbyggjarane som kommunen har moglegheit til å utreda og behandle. Gjennom dei nye nasjonale styringsdokumenta er det å merkja seg at det er klåre nasjonale føringar og endringar, som inneber at ein skal byggja opp tenestetilboda i kommunane og dempa veksten i bruk av sjukehusstenester (St.meld.nr.47,2008-2009).

1.januar 2012 vart samhandlingsreforma (2008-2009) innført og implementert i helsetenesta over ein fireårs periode. Reforma omhandlar alle deler av helsetenesta vår og peikar på at behandling skal skje i primærhelsetenesta før, istadenfor og etter sjukehusinnlegging, med fokus på førebygging. Målet er ei klarare pasientrolle med heilheitlege teneste nærast mogleg pasienten sin heim, der gode pasientforlaup og befolkninga sitt ansvar for eiga helse står i sentrum. Primærhelsetenesta får eit auka ansvar med mål om rett behandling- på rett stad- til rett tid. Spesialisthelsetenesta vert meir spesialisert med meir kompleks behandling og auka spisskompetanse. Slik har kommunane sitt tenestetilbod vorte styrka og utvikla (St.meld.nr.47,2008-2009).

Reforma har stadig vorte skildra som ei retningsreform som gjev ei langsiktig omstilling av helsetenesta vår. Samhandlingsreforma er berre ei av fleire store reformer som gir fleire plikter og krav til både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, og har gjeve endring i både lovverk og struktur til tenestetilboda. Reforma er vid i den forstand at kommunane sjølve

---

<sup>1</sup> Deler av teksten kan vera henta frå eksamensoppgåva mi i kurs ME6-500 forskingsstrategiar og metode, hausten 2017, som var eit førebuande arbeid til metodedelene i masteroppgåva i organisasjon og leiing.

står fritt til korleis dei vel å organisere tilbodet (St.meld.nr.47,2008-2009). Dei nye styringsdokumenta har ført til at ein har flytta ein del av ansvaret for øyeblikkeleg hjelp tilbodet frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

Denne studien handlar om legane sitt bruk av det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Tema er å sjå på kva som vert tillagt vekt når legane gjer sine vurderingar i deira bruk av tilbodet. Institusjonane er komplekse og når legane skal gjera sine handlingsval vert dei påverka av ei rekkje ulike faktorar, blant anna knytt til den konteksten dei utfører arbeidet i. Ved å nærme meg dei ulike elementa som påverkar legane sine val, vel eg å nytte eit institusjonelt perspektiv med utgangspunkt i Scott (2008) sine institusjonelle pillarar og handlingslogikkar. Dette teoretiske rammeverket gir eit fruktbart inntak for å utforske dei formelle, normative og kognitive elementa som omgir ein institusjon, og som på ulike måtar både gir ressursar for og føringar for legane sine handlingsval. Dei forståingstilbod som til ei kvar tid er tilgjengelege vil påverke kva vurderingar legane gjer av den enkelte pasient.

Føremålet med studien er å sjå korleis legane balanserer mellom dei ulike logikkane i vurderingane sine og kva forståingar som er av størst betydning. Nokre logikkar ein finn vil vera meir dominerande, andre igjen vil vera mindre framtrudande, medan nokre logikkar er motstridande til kvarandre.

## **1.1 Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod- eit nytt tenestetilbod**

I kjølvatnet av samhandlingsreforma (2008-2009) har kravet om eit nytt tenestetilbod danna nye helseinstitusjonar på kommunalt nivå. Dei nye øyeblikkeleg hjelp døgnavdelingane vart oppretta og er ein helseinstitusjon som skal gje tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnoophald for pasientar med behov for akutte helsetenester ut frå eit fagleg behandlings- og omsorgstilbod i kommunen. Behandlinga vert utført etter allmenntedisinsk tilnærming og pasienten sin tilstand skal tilseiest å ha liten risiko for akutt eller livstrugande forverring av sjukdom. Kva behandlingkategoriar som kan behandlast ved desse døgnavdelingane vert utforma mellom helseføretaket og øyeblikkeleg hjelp tilbodet gjennom Særavtalen<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Særavtale mellom dei kommunale øyeblikkeleg hjelp tilboda og helseføretaket. Har unnlatt å referere til denne avtalen i litteraturliste då det vil koma fram kva avdelingar studien er gjennomført ved. Der eg vidare i oppgåva viser til særavtalen er den ikkje referert til av same årsak.



Dei nye øyeblikkeleg hjelp døgnavdelingane er eit tilbod til kommunen sine egne innbyggjarar som er over 18 år, er behandlingstrengjande men ikkje har behov for sjukehusinnlegging. Tilbodet skal vera like godt eller betre for pasienten enn eit alternativt tilbod i spesialisthelsetenesta (St.meld.nr.47,2008-2009).

Når me ser til artikkelen skrive av Swanson m.fleire (2016) viser den at oppretting av kommunale øyeblikkeleg hjelp avdelingar hadde effekt på å redusere tal sjukehusinnleggingar. Likevel viser artikkelen at effekten var størst i kommunar med meir enn 5000 innbyggjarar og der øyeblikkeleg hjelp avdelingane gjerne var samlokalisert med legevakta eller hadde god legedekking.

Helsedirektoratet har vidare utforma vegleiaren (2016), som er retningsgjevande for korleis tilbodet skal organiserast. Kommunane står sjølv fritt til korleis dei vel å byggja opp tilbodet, nokre kommunar vel å frigje tal senger på ein helseinstitusjon medan andre kommunar inngår interkommunale selskap som er sette til å drifla øyeblikkeleg hjelp avdelingane. Korleis kommunane vel å organisera og byggja opp avdelingane, og det omfang av kvalitet og kompetanse avdelingane innehar, vil ha noko å seie for kva pasientar som er aktuelle for tilbodet og mogleg å behandle der.

Vegleiaren (2016) viser til at det er lovpålagt å opprette øyeblikkeleg hjelp tilbodet og det skal vera eit samarbeid mellom kommunane og helseføretaket. Kommunane sitt ansvar er å drifte tilboda medan helseføretaket får ei vegleingsplikt ovanfor tilsette. Korleis øyeblikkeleg hjelp tilbodet er organisert, lokalisert, kva bemanning det innehar og kva innhaldet i tenestetilbodet er, slik som kompetanse og pasientkategoriar skal vera skildra i særavtalen. Denne avtalen er bindande mellom partane og eit utgangspunkt for utforming av dei lokale retningslinene for bruk i det daglege samarbeidet (Vegleiaren,2016). Det finnes mange ulike tilbod kringom i landet som er tilpassa den lokale demografien og kommunestrukturar.

## **1.2 Pasienten sin rett til medverknad**

Pasientrettighetslova §3-1 (1999) skildrar at pasienten har rett til: «å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Pasient eller brukar har blant anna rett til å medverke ved val mellom tilgjengelege og forsvarlege tenesteformer og undersøkings- og behandlingsmetode.» Vidare i 2.ledd peikar lova på at «tenestetilbodet skal så langt som mogleg formast i samarbeid med pasient eller brukar.»

Det er pasienten som er i fokus i helsetenesta og det er når pasient møter profesjonane at helsepolitikk skjer (Erichsen,1996). Ei sentral del av reforma er å finne fram til systematiske tiltak som er retta mot heilheita i behovet til pasienten både innanfor eller på tvers av tenestenivå (St.meld.nr.47,2008-2009). Samhandlingsreforma (2008-2009) peikar på at eit vesentleg element i kravet for at pasienten skal vera mest mogleg sjølvstendig er deira rett til å medverke og pasienten som tenestemottakar skal ha rett til å påverka tenestetilbodet. Med å ta omsyn til pasienten gjennom eit pasientperspektiv viser me kvart enkelt menneske respekt. Tenesta skal vera lett tilgjengelege, heilheitlege og samansette men dei skal også vera tilpassa kvar enkelt tenestemottakar sine behov, ønsker og leveste (St.meld.nr.47,2008-2009). Det er legen som vurderer om det er eit behandlingstrengjande eller eit omsorgstrengjande behov pasienten har, samtidig som legen skal sjå det heilheitlege kring pasienten.

Vidare viser reforma til at pasienten skal vera ein meir deltakande og aktiv tenestemottakar og skildrar pasienten som stadig meir kunnskapsrik (St.meld.nr.47,2008-2009). Molander og Terum (2008) peikar på når pasienten vert meir kunnskapsrik kan det røre ved det performative aspektet ved legen som profesjonell utøvar av faget sitt. Legen representerer ein autonomi som betyr at den former arbeidsoppgåvene ved å sjølv sette standard, og at det er legen som vurderer kva behandling pasienten treng og på kva tenestenivå behandlinga skal gjevast (Molander og Terum,2008).

Dei ytre rammene for øyeblikkeleg hjelp tilbodet er satt gjennom nasjonale styringsdokument, så er det vidare opp til kvar enkelt kommune korleis dei vel å organisere og lokalisere tilbodet. Legane er sett til å nytte tilbodet gjennom det å definere kva pasientar som passar inn i tilbodet. Legane må kunne kjenne tilbodet som trygt og at behandlingsplanar passar inn til pasientkategoriane og dei utfordringar legane sit med for å gjere vurderingar. Slik kan ein sjå på legane som fortolkar av ein ekspertkultur (Molander og Terum,2008). Legen har retningsliner som styringsverktøy med seg i sine vurderingar, men dei fortolkar likevel korleis øyeblikkeleg hjelp tilbodet skal nyttast. Legane sit på ein kompetanse der dei vurderer ut frå sine kriterier, som ein portvakter. Når legane gjer ei vurdering på kven som treng behandling på sjukehus, ved dei kommunale øyeblikkeleg hjelp tilboda eller kan få behandling heime, er legane med på å påverke at pasienten sjølv må ta ansvar for eiga helse der legen vurderer at den er i stand til det.

Det er sjukehuslegane og kommunelegane som skal nytte seg av øyeblikkeleg hjelp tilbodet, og prioritere og vurderer kva som er det beste alternativ for pasienten, og dei må finne sin veg inn i det nye tenestetilbodet. Gjennom nasjonale styringsdokument og den politiske

konteksten er dei formelle krava til legane med å nytte tilbodet klare. Likevel viser undersøkingar at øyeblikkeleg hjelp tilbodet vert nytta ulikt i ulike kommunar og i ei mindre målestokk enn intensjonane med reforma var. Funn i studien til Ullebø (2017) peikar på at øyeblikkeleg hjelp tilbodet ikkje vert nytta i den utstrekkinga den skal med at legane er ueinige om kriteria for bruk av tilbodet og at legane ikkje føl retningslinene for innlegging. Skinner (2015) sin rapport skildrar og bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbodet, og er klår på at beleggprosenten er låg fordi legane har manglande kunnskap og tillit til tilbodet.

Legane sitt arbeid føregår i komplekse omgjevnadar som krev ei stadig fortolking av både formelle krav og normative føringar for arbeidet. I denne oppgåva vil eg undersøkje kva for faktorar og handlingslogikkar som har ei betydning for legane sine vurderingar knytt til øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

Legane vert utsett for ulike krav. Det er dei formelle krava som me blant anna finn i styringsdokumenta som samhandlingsreforma og den nye helse- og omsorgstenestelova, og det er normative føringar til at dei i større grad enn tidlegare skal ta omsyn til pasienten (St.meld.nr.47,2008-2009). Gjennom dei formelle krava er det mogleg å oppnå måla med samhandlingsreforma, som legane der dei brukar tilbodet er med på å skape meir heilheitlege teneste til pasienten nærare pasienten sin heim. Samhandlingsreforma er vid i den forstand at den legg ansvaret på kvar einskild helseinstitusjon for korleis dei vil organisere øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Legane er ein del av aktørane knytt til tilbodet i den forstand at dei vil nytte det som behandlingsstad for sine pasientar. Scott (2008) peikar på at lovar og retningsliner er dei ytre rammene for dei sosiale handlingane til aktørane. Kva val legane gjer med deira vurdering av pasienten vert påverka av dei formelle krava. Det vil seie at både krava og handlingane er kopla saman som eit resultat av legane sine handlingar. Abbott (1988) skildrar også denne koplinga, som han seier skjer mellom mikro- og makronivået. Der profesjonane sine handlingar gjennom arbeidet deira vert kopla saman gjennom den politiske konteksten med lovverket som styringsverktøy, slik som lovverket og samhandlingsreforma. På denne måte set profesjonane kvalifikasjonskrav og løyser nasjonal politikk med å leggja retningsliner for korleis til eksempel øyeblikkeleg hjelp tilbodet skal nyttast, slik som i særavtalen mellom helseføretaket og øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

### **1.3 Avgrensing av tema og problemstilling**

Tema for oppgåva er øyeblikkeleg hjelp tilbodet og legane sine forståingar og vurderingar knytt til innlegging av pasientar der. Dette er eit aktuelt tema fordi det har vore vist til at

kapasiteten i øyeblikkeleg hjelp tilbodet ikkje har vore fullt utnytta, og eg vil tilnærma meg dette gjennom å utforske kva for forståingar legane sine vurderingar byggjer på.

Etter 1.januar 2016 har legane fått fleire moglegheitar til å velja behandlingsstad til pasienten, men det inneber og fleire vurderingar å ta og det er fleire kriteria legen må avklare til kva pasientar som skal behandlast i spesialisthelsetenesta og kva pasientar som skal behandlast i det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Eg er interessert i å vite kva for forståingar legane bygg på når dei gjer sine vurderingar. Innanfor institusjonell teori seier ein gjerne at ein institusjon, som til dømes helsetenesta, vil vera tufta på både formelle, kognitive og normative element eller pillarar. Dei ulike pillarane gir igjen grunnlag for ulike logikkar eller forståingar som legane vil kunne ta i bruk når dei skal gjera seg opp sine meiningar kring dei ulike konkurrerande forventningane til legane sine praksisar. Kva for logikkar legane tek i bruk, og om nokon dominerer er relevant å studere fordi det vil legge føringar for legane sine vurderingar av pasientar til øyeblikkeleg hjelp tilbodet, og i siste instans bruken av tilbodet. Ved å ta utgangspunkt i eit institusjonelt perspektiv vil eg undersøkje kva for type forståingar som har mest betydning når legen gjer sine vurderingar og kva dette får å bety for bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Problemstillinga for oppgåva er:

*kva for institusjonelle logikkar tar legane i bruk, i vurderingar kring bruken av det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet, og korleis balanserer legane mellom dei ulike logikkane?*

## **1.4 Omgrepsavklaring**

Lis2 legar er lege i spesialisering for kirurgiske og medisinske fag, tidlegare assistentlege som arbeider på sjukehus, helseføretak.

Det finnes ulike forkortingar for det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Omgrep som ofte vert nytta kan vera KAD eller ØHD. I mitt studie nyttar eg omgrepet ØH-tilbod som er ei forkorting for øyeblikkeleg hjelp tilbod. Vidare i mitt studie frå kapittel 2 vil eg difor nytte dette omgrepet.

## 1.5 Tidlegare forskning

Skinner (2015) har på vegne av helsedirektoratet utarbeidd ein rapport som summerer opp kunnskap og erfaringar frå dei første fire åra med kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Tema for rapporten var definert på førehand der ein ville sjå på erfaringar med bruk av plassane, legen sin kunnskap og tillit til tilbodet, erfaringar med det interkommunale samarbeid, lovverket sin tyding for organisering av tilbodet, og helseføretaka si rolle. Mi interesse for rapporten er særleg knytt til erfaringar med bruk av plassane, legane sin kunnskap og tillit til tilbodet, og samarbeidet mellom profesjonane på fagleg nivå men og mellom kommunane og sjukehusa.

Rapporten er klar på at bruken av plassane er lågare enn forventa. Gjennomsnittleg beleggprosent for 2013-2014 var på berre 34 prosent, dei kommunane som kom dårlegast ut låg på kring 25 prosent. Det rapporten skildrar som årsak til den låge beleggprosenten er legane sin manglande kjennskap og tillit til det kommunale tilbodet. Metoden ein har nytta i denne rapporten er basert på gjennomgang av litteratur frå perioden data er vorte innrapportert til helsetilsynet frå 2012-2015. Fokus har vort på erfaringar og kunnskap som er erverva gjennom etableringsfasen med utgangspunkt i dei fem førehandsdefinerte tematiske områda som nemnt ovanfor. Rapporten viser til at anten veit ikkje legane at tilbodet eksistera, eller så har dei ikkje tru på at dei som jobbar der kan ivareta og behandle pasientane deira på ein god nok måte. Rapporten viser til at legane si tiltru til tilbodet var mykje avgjerande av kva utstyr og kompetanse avdelingane hadde, men og at rutine for å vise pasientar vidare var tungrodd. Eit punkt som også vart konkretisert var at det var for lite informasjon ut til legane om tilbodet, og at informasjonen ikkje rakk ut til alle (Skinner,2015). Rapporten til Skinner (2015) peika også på at det var for lite samarbeid på tenestnivå og mellom tilsette på fagleg nivå, mellom kommunane og helseføretaka.

Helsedirektoratet har i september 2015, gjennom Rambøll, gjeve ut ein rapport som tek føre seg bruk av plassane ved det interkommunale samarbeid ved øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Det er ikkje det interkommunale samarbeidet som i første omgang vekker mi interesse for rapporten, men det rapporten skildrar kring bruk av tilbodet. Hovudfunn er at til trass for eit betydeleg arbeid med å få ut informasjon om det nye tilbodet, strevar dei med låg beleggprosent i dei fleste ØH-tilboda. Rapporten skildrar vidare at dette skuldast blant anna legane, og då sær fastlegane, sin manglande tillit til tilbodet. Rapporten seier at legane har

manglande tillit til dei tilsette sin kompetanse og deira evne til å ivareta pasientane. Data er samla inn ved hjelp av semi-strukturerte kvalitative intervju, der det er gjennomført intervju med representantar for åtte interkommunale ØH-tilbod. Både leiarar, kommuneoverlegar og representantar for helseføretak er intervjuar. Totalt 34 intervju. Fleire informantar gjev opp at pasientane er særst nøgd med tilbodet.

Funna i desse to rapportane støttar opp om kvarandre. I begge rapportane går det att med låg beleggsprosent, legane har ein manglande tillit til dei tilsette sin kompetanse og at legane har for lite kjennskap til tilbodet. Skilnad er at i Rambøll rapporten er funna mest retta mot fastlegane. Funna seier både at informasjonsarbeidet som har vore gjort ut mot fastlegane, etter kvart viser at deira tillit til dei tilsette ved ØH-tilboda har auka, og resultatane viser at fleire av dei kommunale ØH-tilboda som er med i rapporten har konkrete planar om å forbetre tilbodet enda meir. Dei vil setje i verk tiltak med å fortsetje informasjonsarbeidet ut til fastlegane og befolkninga, justere inklusjonskriteria eller endre innleggingsrutinane.

Det eg saknar med desse rapportane og anna forskning eg har kome over, er at eg finn ingen som tek føre seg kva vurderingar legane tek når dei legg inn pasientar til behandling i øyeblikkeleg hjelp tilboda, og om desse vurderingane ville påverka bruken av tilboda i nokon grad. Tidlegare forskning eg finn ser på beleggsprosent isolert sett utan å sjå at beleggsprosent gjerne er ein del av ein større samanheng.

Bukve og Kvåle (2014) har gjort ei analyse av samhandlingsreforma. Analysen er bygd på materiale henta gjennom intervju gjort med leiarar og tilsette i helse- og velferdsorganisasjonar. Det som interesserte meg i deira analyse av samhandlingsreforma er slik dei ser på dei lokale helseorganisasjonane der det er dei tilsette som møter forventningar av ulik karakter frå omgjevnadane. Dei skildrar krava aktørane står ovanfor med arbeidsdeling, spesialisering og fragmenterte oppgåver, og kva utfordringar det gjev. Det dei presenterer i denne analysen er interessant å samanlikne med mitt studie.

Bukve og Kvåle skriv at dei lokale helseorganisasjonane er sentrum for helsestellet. Eksempelvis dei kommunale institusjonar som ØH-tilboda og sjukehusa. Bukve og Kvåle (2014) viser til at det er desse institusjonane og dei tilsette der som møter mål og forventningar frå pasientar og deira pårørande, styresmakter og samfunnet elles, men og i desse institusjonane dei skal sette standarden på det faglege innafor dei gitte økonomiske og organisatoriske rammene. Vidare skildrar dei ei litt annan side av helseorganisasjonar i dag, som viser til meir arbeidsdeling og spesialisering mellom tenestenivå. Dei skildrar vidare at

det er i desse samarbeidslinene mellom kommunale tenestenivå og sentrale tenestenivå, ØH-tilbod- sjukehusa at dei største utfordringane ligg (Bukve og Kvåle, 2014).

Bukve og Kvåle (2014) finn at det er store krav til det organisatoriske innan helsetenesta. Slik som korleis ei teneste skal utførast, med eit stadig aukande krav til spesialisering, kunnskap og kompetanse. På den måte kan profesjonar på det operative nivå, ut frå sin kompetanse og verdiar, utvikle og definere standard for tenesta, ut frå korleis tenesta vert levert. Makt og mynde er ikkje samla i leiinga på toppen i organisasjonshierarkiet, men plassert ute i organisasjonen mellom dei ulike profesjonane (Bukve og Kvåle, 2014).

Vidare finn Bukve og Kvåle (2014) at det i eit helsevesen som er så avansert og fragmentert, med ei medisinsk, teknologisk, demografisk og økonomisk endring som står så sterkt, er det mykje som kan gå gale. Ein kan oppleve at kvaliteten på tenesta vert truga, både av fagleg og organisatorisk oppsplitting. Men og av eit økonomisk press. Ein kan oppleve at tenesta ikkje står i høve til forventningane.

S A H (2016) undersøker om det å opprette kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter førte til færre innleggingar for eldre pasientar ved somatisk sjukehus. Deira funn syner at oppretting av KAD avdelingar har hatt effekt, men at effekten varierte stort etter korleis desse avdelingane var organisert. KAD avdelingar som var sam- lokalisert med legevakta eller som hadde god legedekking, hadde best effekt med færre innleggingar på sjukehus men effekten var berre signifikant i kommunar som hadde meir enn 5000 innbyggjarar. Metoden dei nytta for å hente inn funna var ved hjelp av kartlegging gjennom telefonintervju til kvar kommune i to omgangar. Intervjua vart gjennomførte sommaren 2014 og sommaren 2015.

Det som er eit interessant funn i artikkelen er at oppretting av kommunale øyeblikkeleg hjelp avdelingar har hatt effekt ved å redusere tal sjukehusinnleggingar i alle fall i kommunar med meir enn 5000 innbyggjarar. Undersøkinga viser at det er kring eldre pasientar ein har hatt nedgang i tal innleggingar på sjukehuset.

I mitt søk etter kunnskapsstatus finn eg nokre masteroppgåver med tema kring øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Fleire oppgåver har tema som ser på korleis dei innfrir kravet og forventingar i ulike perspektiv, eller har fokus på erfaringar av tilbod som allereie er starta. Det er særleg ei oppgåve eg ser som interessant å studere opp mot mitt eiga studie. Denne masteroppgava har tema samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten- hva er årsakene til at det kommunale ØHD-tilbudet ikke benyttes i tråd med intensjonen til

samhandlingsreformen (Ullebø, 2017). Studien hennar vil sjå på kva faktorar som påverkar samhandling og samarbeid mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, når det gjeld akutt innlegging i sjukehus kontra ØHD. Ho har teke utgangspunkt i ein rapport frå Riksrevisjonen (Foss,2015-2016) som viser at øyeblikkeleg hjelp tilbodet ikkje nyttast i tråd med intensjonen til samhandlingsreforma. Eit sentralt funn i Ullebø si masteroppgåve viser at legane ikkje føl retningslinene for innlegging og er ueinige om kriteria for innlegging. Eit anna funn er at det er hemmande for samarbeidet at det manglar incentiv for å nytta øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Ullebø har fokus på at bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbodet er lita og vil finne årsakene til det. Ullebø har nytta kvalitativ metode med djupne intervju for å svare best mogleg på problemstillinga. Ho har intervjuet to LIS legar på sjukehus og fire kommunelegar frå kommunane. Oppgåva kan vera aktuell å samanlikne med mitt studie.

Vidare i mitt søk kom eg over ei doktorgradsavhandling skriven av Johannessen (2018). Avhandlinga har som tema å observere korleis sjukepleiarar prioriterte pasientar etter standardisering og skjønn i triagesjukepleiarane sitt arbeid. Avhandlinga er basert på ni månader med feltarbeid på ei norsk storbylegevakt, der triagesjukepleiarane var pålagt å bruke *Manchester Triage System* (MTS).

I korte trekk brukar Johannessen (2018) her teorien til Abbott for å belyse at dei juridiksjonelle grensene mellom profesjonar som kan vera ganske utydelege. Gjennom dette etnografiske studiet av triage sjukepleiarar, som kan forklarast med sjukepleiarar som har i oppgåve å sortere pasientar etter hastegrad dei treng å koma til hos legen, visar han korleis sjukepleiarar utfordrar dei tradisjonelle grensene og hierarkiet mellom lege og sjukepleiarar. Dette finn han at sjukepleiarar gjer på tre ulike måtar. Gjennom å gjere lege-liknande arbeid, gjennom å samarbeide med kollegaer og samanlikne eigne kliniske vurderingar med legane sine. For å beskrive desse prosessane nyttar Johannessen omgrepet arbeidsplass-assimilasjon frå Abbott, som tydar at nokon gjennom å lera seg eit handverk utfordrar andre sitt kunnskapsmonopol.

### **1.5.1 Oppsummering**

Mykje av fokus kring forskning på det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbod er basert på beleggspresnt, utviklinga av denne og nytte av sengene. Samstundes viser mykje forskning at det er utfordringar med endring i arbeidsdelinga, og samarbeid på tvers av tenestenivåa.

Kommunane er pålagt nye og endra teneste. Det er naturleg at effekten av tilbodet gjerne skal



målast i kor mykje det vert nytta. Likevel skjuler det seg årsakar til kvifor bruken er så låg bak desse tala og statistikkane. Det er interessant å gå meir i djupna på kvifor legane vurderer som dei gjer når dei vel å nytte eller ikkje nytte seg av øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Eg vil vidare sjå kva vurderingar legane gjer når dei brukar tilbodet.

Nokre av studiane som har sett nærare på legane sine vurderingar peikar på at tillit kan vera ei årsak til at legane nyttar tilbodet mindre. Likeeins peikar studiane på at legane opplever melderutinar og innleggingskriteria som tungroddde og tidkrevjande og at det i større grad kan vera med til at legen vel innlegging i sjukehus istadenfor øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

Vidare vil eg peike på at det er nokre år sidan reforma vart innført. I så måte kan det vera relevant å sjå på om legane sine vurderingar har endra seg. Om det er andre faktorar som har tyding for legane enn tillit, tidkrevjande rutinar og informasjon. Eg vil også sjå på korleis vurderingane til legane forhold seg til institusjonelle element og institusjonelle logikkar, noko som også er eit supplement til eksisterande litteratur.

Nasjonale retningsliner og lovverk stiller krav til å nytte dei kommunale øyeblikkeleg hjelp tilboda. Vegleiarer (2016) frå helsedirektoratet gjev vegleiande råd om korleis tenesta kan organiserast og strukturen og rammene er sett i dei lokale særavtalane for korleis helseorganisasjonane skal samarbeide om tilbodet. Likevel viser gjennomgang av aktuell forskning at det fortsatt kan vera utfordrande å samarbeide og einast om kva pasientar som skal kor. Det verkar som det kan vera eit forbetningspotensiale å sjå kva vurderingar legane trekk på ved deira bruk eller ikkje bruk av tilbodet, og kva som påverkar dei, for at tilbodet skal vera mest mogleg tenleg for pasienten. Det viser at det er behov for meir forskning. Gjennom denne studien vil eg bidra med ny kunnskap på dette området.

## **1.6 Oppbygging av oppgåva**

Kapittel 1 er det innleiande kapittel. Eg har teke med lovverket og samhandlingsreforma. Tema og føremål og problemstilling. Kapittelet avsluttar med eit delkapittel om tidlegare forskning.

I kapittel 2 gjer eg greie for teori der eg først omtalar formelle og uformelle organisasjonar og press på organisasjonar. Etter det tar eg føre meg styring av komplekse fleirnivåsystem med

utfordringar av helseorganisasjonar på fleirnivåstyring. Kapittelet går vidare over i institusjonell teori med det institusjonelle perspektivet som byggjer på Scott sine pillarar. Vidare ser eg på profesjonsteori og korleis profesjonane er kopla saman med kvarandre og oppgåvene dei yt. Til slutt presenterer eg Abbott sin profesjonsteori med særleg vekt på jurisdiksjon, samt Dreyfus og Dreyfus sin teori om utvikling av kompetanse.

I kapittel 3 har eg gjort greie for metode, kvalitativ djupne intervju med delvis strukturert tilnærming. Vidare har eg skildra korleis eg har kome fram til utval av informantar, validitet og reliabilitet og korleis eg har jobba med analyse.

Kapittel 4 er presentasjon av funn frå intervju med informantane. Funna er presenterte gjennom sitat med fortløpande tolking.

I kapittel 5 kjem drøfting av funn i lys av dei ulike teoriane.

Kapittel 6 gjev ei oppsummering opp mot problemstillinga, implikasjon for praksis og vidare forskning.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vil eg vidare presentere dei teoriane og perspektiva eg ser som tenlege for å forstå og forklare korleis legane gjer sine vurderingar kring bruk av det kommunale ØH-tilbodet. Først vil eg sjå på organisasjonsteori i ei generell vending som eit overordna perspektiv på oppgåva mi. Deretter fleirnivå styring med Bukve. Det er trekk ved styring mellom tenestenivå som kan gjera det utfordrande, då det er i helseorganisasjonane mellom desse tenestenivå profesjonane møter forventningar frå pasient, pårørande og styresmaktene, og profesjonane i samarbeid skal utvikle tenestene. Ein har ulike kulturar og ulike forståingar, men så skal ein likevel samarbeide. For å koma litt meir i djupna på organisasjonar og korleis dei fungerer, har eg valt å gå til det institusjonelle perspektivet og til Scott som tilbyr ein måte å forstå forholda mellom organisasjon, kultur og struktur og omgjevnadane på. Til slutt vil eg ta føre meg profesjonsteori. Den profesjonelle logikken finn eg sentral i legane sine vurderingar ved bruk av tilbodet. I analysen fann eg at det profesjonelle, og profesjonelle normer og verdiar ser ut til å vera viktig for legane sine vurderingar. Det gjorde at eg valte å trekkja inn profesjonsteori for å få ei djupare forståing for kvifor den logikken ser ut til å vera ein av dei dominerande. For å sjå profesjonsteori i litt vidare forstand dreg eg inn Dreyfus brørne sin teori. Den vart aktualisert etter eg hadde analysert data og funne at bruk av intuisjon og dømmekraft inngjekk som ein sentral del i dei vurderingane legane gjorde.

Problemstillinga handlar om kva for institusjonelle logikkar legane tek i bruk, når dei vurderer bruken av ØH-tilbodet, og korleis kommunelegane og sjukehuslegane balanserer mellom dei ulike logikkane. Sett i eit institusjonelt perspektiv og gjennom Scott (2008), så handlar det om kva for handlingslogikkar som vert mest dominerande. Snakkar me om det instrumentelle med lovverk og krav, eller er det meir det situasjonelle med magekjensla og deira erfaringar. I analysen fann eg at mange snakka om kollegial logikk og at det var ei dominerande handling. Eg har difor valt å supplera det institusjonelle perspektivet med profesjonsteori for å få ei betre forståing for dei logikkane eg finn dominerande i materialet mitt. Kollegial er og nær knytt til profesjonsteori og korleis relasjonar mellom dei ulike profesjonane er i samspel med kvarandre.

## 2.1 Organisasjonar - formelle og uformelle

Ved å studere organisasjonsteori kan me forstå korleis organisasjonar fungerer. Det vil eg kort vise med eit overordna, generelt perspektiv på dei formelle og uformelle elementa i organisasjonsteori. Det vil vera ein introduksjon til institusjonell teori. Jacobsen og Thorsvik (2014) skildrar formelle element som ei ramme kring organisasjonen, med mål og strategi som retningsliner men og handlefridom til medlemmane. Det forventas at medlemmane arbeider mot måla organisasjonen har sett opp og prioriterer deira definerte oppgåver. Eit anna element er arbeidsdeling og spesialisering som avgrensar medlemmane til sjølv å bestemme kva oppgåver som skal gjerast. Når ein spesialiserer er det medlemmane i organisasjonen som sit på ein spesiell kompetanse som gjer at dei gjerne sjølv styrer arbeidsoppgåvene sine. Ved arbeidsdeling og spesialisering hos medlemmane vert organisasjonane meir effektive. Arbeidsdeling kan til eksempel vera forskrifter om ØH-tilbodet frå sentrale styresmakter, særavtaler som er lokalt mellom sjukehusa og kommunane som driftar ØH-avdelingane på korleis samhandlinga skal vera, eller handbøker som seier noko om prosedyrane (Bukve og Kvåle,2014).

Dei uformelle elementa er organisatoriske forhold som vil påverke menneska i organisasjonen slik som legane i denne studien og deira handlingar. Jacobsen og Thorsvik (2014) seier at det gjerne er verdiar, normer og det sosiale samhald som vert akseptert av medlemmane i organisasjonen. Omgrep som «sann gjer me det hos oss» eller «det sit i veggane» er typiske trekk for å skildra kva som er god eller rett åtferd i organisasjonen. Slike uformelle element kan både styrke og svekke effekten av dei formelle elementa på åtferda til medlemmane. Jacobsen og Thorsvik (2014) peikar på at det i ein organisasjon kan utvikle seg eit sett uformelle reglar eller normer, som kan gå på tvers av det organisasjonen ønsker. Ein kan og oppleve at uformelle og formelle element støttar opp om kvarandre (Jacobsen og Thorsvik,2014).

Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness og Røvik (2015) peikar på at: «der ein formell organisasjon utviklar uformelle normer og verdiar i tillegg til dei allereie formelle, så får organisasjonen institusjonelle trekk.» Det er dette som gjer organisasjonen meir kompleks men den vil samtidig verta mindre fleksibel og mindre tilpassingsdyktig til nye krav og forventningar. Men organisasjonen vil verta tileigna nye kvalitetar slik at den vil løysa oppgåver på ein betre måte og utvikla eit sterkare sosialt fellesskap (Christensen et.al.,2015:52-53).

### **2.1.1 Press på organisasjonar**

Set me organisasjonar inn i ein kontekst med eit systemperspektiv kjem det klart fram at dei inngår i eit samspel med sine omgjevnadar. Scott (2008) skildrar korleis organisasjonane må ta omsyn til blant anna pasientar og sentrale lovverk, og står difor sjeldan fri til å velje mål og struktur. Jacobsen og Thorsvik (2014) visar til Scott sin teori og seier vidare at organisasjonane vert påverka av dei maktforholda me finn i omgjevnadane, at alle organisasjonar er avhengig av legitimitet utanfrå og at det er særleg tre forhold som er viktige. Det kan vera avhengighet som eksempelvis støtte, anten økonomisk, ved ressursar eller kompetanse, som dei får frå kommune eller frå stat. Det kan vera usikkerhet som kan vera knytt til om det kjem nye lovkrav som kan gje endring i tenesta dei yt. I tillegg kjem press frå samfunnet kring seg. Både knytt til normer og verdiar som gjeld i omgjevnadane, press frå tenestemottakarane, politisk press eller eit konformitetspress der ein kan kjenne på at ein bør endre organisasjonen til «slik som alle andre gjer» (Jacobsen og Thorsvik,2014). Ved å trekkja fram korleis ytre press frå omgjevnadane kan påverke ein organisasjon, kan det gje ei større forståing for legane si vurdering knytt til ØH-tilbodet.

### **2.2 Styring av komplekse fleirnivåsystem**

Tenesta i helseorganisasjonane våre vert styrte på tre ulike nivå, det nasjonale som er statlege, det regionale og det lokale som er kommunane. Bukve (2012) skildrar dette som eit fleirnivåsystem som inneber kompleks styring. Profesjonane spelar ei sentral rolle med sine særskilde kompetansar, men det er kommunane og helseføretaka som har ansvar for å produsere og levere helsetenesta. Utfordringane me møter ved fleirnivåstyring er at tenesteprodusentane ikkje har styringsrett eller mynde til å ta avgjersle ovanfor kvarandre. Det forstår me med at kommuneleiinga ikkje kan styre over sjukehusa likeeins som at sjukehusdirektøren ikkje kan styre over kommunale institusjonar. På bakgrunn av slik kompleksitet kan me forstå at helseorganisasjonane er satt under eit konstant og mangfaldig press (Bukve og Kvåle,2014). med ei rivande utvikling innan den medisinske kunnskapen og den teknologiske utviklinga, kan stadig fleire pasientar behandlast og lekast. Moglegheitene til å leva vidare, sjølv med funksjonstap, er stor. Slik teknologisk utvikling i helsetilbodet skapar forventningar til befolkninga generelt men og spesielt hos den enkelte pasient. Som Bukve (2012) omtalar så er stat og kommune gjennom desse sentrale føringar sett til å samhandle om tenesta, og kommunane og staten er vorte utøvarar av nasjonal politikk.

Kommunale ØH-tilbud og sjukehusa er døme på institusjonar som utøver slik politikk på ulike tenestenivå, der profesjonane er sett til å samhandle. Styring av desse organisasjonane skjer gjennom ei hierarkisk organisasjonsform der det vert koplingar mellom forvaltningsnivå og sektorane, kalla fleirnivåstyring. Skildringa av ei hierarkisk organisasjonsform kjem av at verktøya institusjonane nyttar for deira samspel er lover og forskrifter, og dei arbeider etter mål og planar som er juridisk bindande for kvarandre. Det gjev ei verktøylogikk som er hierarkisk styrande (Bukve,2012).

Komplekse fleirnivåsystem kan by på fleire utfordringar for styring. Sjukehusa vert styrte frå statleg nivå medan dei kommunale ØH-tilboda vert styrt frå kommunalt nivå. Eit slikt forvaltningssystem vil krevje behov for styring og samhandling. Utfordringane som kan vise seg ved samhandling mellom statleg styrte institusjonar og kommunalt styrte institusjonar er at aktørane gjerne har ulike kulturar, retningsliner og ulike forståingar for korleis oppgåvene skal løysast (Bukve,2012). Så må dei likevel samarbeide men det kan gjere det utfordrande. Gjennom Scott sine handlingslogikkar vil eg prøve å synleggjere kva utfordringar legane står ovanfor, og kva som påverkar legane til deira vurderingar.

### **2.2.1 Det institusjonelle perspektivet**

Når Bukve (2012) skildrar organisasjonar, forklarar han det med eit målretta og formalisert samarbeid mellom menneske. Skal me sjå på omgrepet institusjon så er det noko meir og ei vidareutvikling frå organisasjonen. Bukve (2012) definerer institusjonar som: «Institusjonar kan sjåast som eit sett av sosiale praksisar som er regulerte av underliggjande tankemønster, normer, verdiar, konvensjonar og reglar som definerer kva som er høveleg åtfærd.

Institusjonane gir dermed retning til og retningsliner for menneskeleg handling og samhandling» (Bukve,2012:37). Institusjonar har motstridande element i seg med at dei skapar kontekstar for sosiale handlingar men så har dei og strategiske ressursar i handlingane sine. Dei er også motstridande med at dei er over-individuelle men vert overførte gjennom handlingane til individa i organisasjonen (Bukve,2012). For å forstå handlingane til aktørane må det analyserast i forhold til konteksten dei står i. Institusjonane vert ofte oppfatta som ytre rammer kring dei sosiale handlingane til aktørane. Dette er ikkje den heile og fulle sanning. Institusjonar fungerer også som ressursane i handlinga. Det kan forståast med at institusjonane eksisterer uavhengig av aktørane, men institusjonane vil berre fungera gjennom handlingane til aktørane. Difor gjev det meining å sjå på helseorganisasjonar som

institusjonar med at handling og samhandling vert prega av ulike institusjonelle berarar. Det som kan fungera som berarar av institusjonane finn eg i Scott sin definisjon.

Scott (2008) definerer institusjon som eit sett av sosiale system som er beståande av regulative, normative, og kognitive strukturar eller aktivitetar, såkalla pillarar, og det er dei som gjev stabilitet og meining til den sosiale åtferda:

*«Institutions are social structures that have attained a high degree of resilience. They are composed of cultural- cognitive, normative, and regulative elements, that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life.»* (Scott 2008:48).

Elementa er dei sentrale byggesteinane av dei institusjonelle strukturane, og skapar ein dynamikk og elastisitet som styre oppførsel og motstår endring. Scott (2008) seier også at sjølv om dei symbolske systemreglar, normer og kulturelt- kognitive overtydningar er sentrale ingrediensar i institusjonar, så må konseptet også omfatte tilhøyrande åtferd som gjer det institusjonelle perspektivet også nyttig for å analysere individuell åtferd- fordi institusjonelle element gir retning til individ sin åtferd. I tillegg må det også omfatte materielle ressursar som er i bruk, som i denne oppgåva kan vera ØH-tilbodet. Vidare seier Scott (2008) at sjølv om eit institusjonelt perspektiv gjev auka merksemd til dei symbolske aspekta ved det sosiale livet, er det ved deltaking i aktiviteten som institusjonane produserer, at ressursane vert endra. Slik at det er med på å oppretthalde institusjonane.

Hovudtrekka i strukturen til Scott kan ein finne i følgjande tabell.

**Tabell 1:** *Institusjonalismens tre pillarar* (Scott,2008:51)

|                          | <b>Regulative</b>         | <b>Normative</b>             | <b>Kognitive</b>                 |
|--------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Grunnlag for samtykke    | Det føremålstenlege       | Sosial forplikting           | Teken for gitt, delt forståing   |
| Grunnlag for orden       | Regulerande reglar        | Bindande forventingar        | Grunnleggande skjema             |
| Mekanismar               | Tvang                     | Normer                       | Etterlikning                     |
| Logikk                   | Instrumentell             | Det høvelege                 | Ortodokse, det etablerte         |
| Indikatorar              | Reglar, lover, sanksjoner | Sertifisering, akkreditering | Felles tru, delt handlingslogikk |
| Grunnlag for legitimitet | Legalt sanksjonert        | Moralsk styrt                | Kulturelt støtta, rett omgrep    |

Institusjonar er skildra som tre ulike pillarar eller søyler som kvar av dei dannar eit element. Dei tre elementa dannar ei kontinuerleg rørsle «frå det bevisste til det ubevisste» eller «frå lovleg handheva til det som vert teke for gjeve.» (Scott,2008).

Tabellen til Scott er konstruert av kolonnar, såkalla pillarar eller søyler, som identifiserer institusjonane. Under kvar kolonne finn me radar som styrer handling og samhandling. Radene definerer nokon av dei viktigaste dimensjonane til kvar pillar. Det gjer at institusjonane får bestemte karaktertrekk som syner seg gjennom normer, handlemåte og samarbeidsmekanismar. Desse karaktertrekka vert til vanar og element i organisasjonen sin uformelle struktur (Scott,2008). I mitt studie er det sentralt å kunne forklare dynamikken som aktørane imellom har i institusjonar. Eg vil difor særleg rette merksemd mot handlingslogikken i kvar av pillarane.

**Den regulative pillaren:** Omhandlar formelle trekk ved organisasjonen slik som lovar, reglar og sanksjonar. Det verkar inn på åtferda til aktørane som korleis oppgåver skal løysast, eller motsett kva ein ikkje skal gjera. *Handlingslogikken* er instrumentell, det vil seie eit perspektiv som legg vekt på at aktørane tilpassar seg krav frå omgjevnadane gjennom formelle prosedyrar, reglar og lovar. Reglane vert oppfatta som tvangsstyrte då det er knytt sanksjonar til institusjonane dersom ein ikkje handhevar dei. Aktørane i ein institusjon handhevar lovane og reglane som dei tenker vil framheva deira interesser, og aktørane overheld dei ved å søkja støtteordningar med det føremål å unngå sanksjonar. Det er eit stabilt system av reglar, uansett om dei er formelle eller uformelle, støtta av ei sanksjonskraft som påverkar aktørane sine interesser, og som kan vera støtta av skuldkjensle eller uskuld, er det som utgjer ei rådande oppfatning av institusjonar (Scott,2008).

Standardisering av reglar og prosedyrar er styrt gjennom samhandlingsavtalar. Eksempelvis kan me sjå på lokale særavtalar som regulerer kravet i tenesteytinga for dei ulike helseorganisasjonane ved oppretting av dei kommunale ØH-tilboda. Behandlingsplanar for pasientar som kan leggjast inn ved desse avdelingane er eit anna eksempel på slike reglar.

**Den normative pillaren:** Involverer eit sett av forventningar, normer og verdiar, og seier noko om korleis organisasjonen tilpassar seg plikter som vert forventa. Åtferda til aktørane er moralsk styrt og er med på å byggja legitimitet. *Handlingslogikken* er det høvelege, som legg vekt på gyldige sosiale standardar som viktige element i organisasjonen. Normer er også ein form for uformelle reglar med at dei ikkje er så formaliserte. Det normative er det som me bør gjera. Normative system vert vanlegvis sett på som å setje inn avgrensingar på sosial åtferd. På den eine sida så gjer aktørane det, men samtidig styrkjar og mogleggjer dei



sosiale tiltak. Det normative gjev rettar og ansvar, privilegia og plikter, lisensar og mandat (Scott,2008).

Den normative pillaren peikar på at institusjonen føl reglar, som viser attende til åtferda til aktørane i ein organisasjon, men her då dei uformelle reglane. Det speglar att den rutineprega måten aktørane gjer sine oppgåver på som er styrte av verdiar og normer, og seier noko om kva som er ønskjeleg og korleis ein skal gå fram for å oppnå det. Dei sentrale aktørane uttaler gjerne at «slik gjer me det her», og «dette vert forventa av deg» (Scott,2008).

Eit felles verdigrunnlag og normative standardar kan opplevast som like styrande for handlinga i ein organisasjon som skrivne reglar og prosedyrar. Det som kan vera interessant å sjå i mitt prosjekt er om ein vil oppleve felles verdigrunnlag når profesjonar skal gjere si vurdering kring bruk av ØH-tilbodet. Vil ein klare å forstå kvarandre, og vil ein klare å respektere kvarandre som likeverdige partar sjølv om ein tilhøyrer ulike tenestenivå?

Den regulative og normative pillaren går i kvarandre men reglane er litt meir uformelle under den normative. Det uformelle er litt meir grunna på forhandling når det gjeld normer men det er likevel sterke retningsgjevande for handling.

**Den kulturelt- kognitive pillaren:** Er ei tilnæringsmåte som involverer felles oppfatningar av sosiale røyndomar i samfunnet. Det er ikkje reglane eller dei normative forventningar som skapar eit grunnlag for den sosiale verkelegheita, men ei felles forståing og eit meiningsskapande tankekart. *Handlingslogikken* er det som me kognitivt tek for gjeve (Scott,2008). Ein kan sjå organisasjonar ut ifrå hendingar som er knytt saman, som er styrte av korleis dei ulike aktørane tolkar situasjonen.

Kulturelle system opererer på fleire nivå. Frå lokale situasjonar til vanlege rammer og mønster av tru som har rom for organisasjonen sin kultur. Til dei felles forventingar og ideologiar som definerer føretrekte politiske og økonomiske system på nasjonalt og transnasjonalt nivå. Det er ikkje tette skott mellom desse nivåa. Dei er knytt saman slik at kulturen kan trengja gjennom. Rutinar vert følgt fordi dei vert teke for gjeve som «måten me gjer ting på her». Den sårbare dimensjonen til denne søyla er uttrykk av kjensle med positiv påverknad av forstand og tillit på den eine sida, mot dei negative kjenslene av forvirring eller desorientering på den andre. Aktørar som deler felles kulturelle forståingar vil truleg kjenne seg knytt saman (Scott,2008).

Profesjonane er satt til å samarbeide og samhandle kring pasienten, og skal difor ha same mål med arbeidsoppgåvene. Det kan vera ei utfordring med profesjonar med felles utdanning og fagleg forståing. Men det kan tenkast at utfordringane kan verta større med slik samhandling mellom profesjonar med ulik utdanning og fagleg forståing. Det institusjonelle perspektivet vil kunne vera ei hjelp til å analysere utfordringar knytt til samhandling i komplekse fleirnivåsystem. Gjennom det institusjonelle perspektivet kan ein finne verktøy til å analysere kva faktorar som spelar inn i aktørane sine vurderingar og som får betydning for deira val av handlingsalternativ.

Dette er svært skjematisk forklaring på handlingslogikkane me finn under dei ulike pillarane eller søylene til Scott. Når me tar føre oss helseorganisasjonane vil me gjerne finne fleire logikkar i kvar institusjon. Nokon vil vera meir synlege enn andre logikkar, og dei kan gli over i kvarandre. Det er ikkje tydelege skott mellom dei, og den eine stengjer heller ikkje att for den andre. I ein institusjon vil me kunne sjå at ein handlingslogikk er dominerande i forhold til ein annan alt etter utviklinga av institusjonen (Scott, 2008).

Scott (2008) peikar på gjennom sine logikkar at det kan vera utfordrande for profesjonar, både med lik og ulik utdanning og fagleg forståing, å samarbeide på tvers av tenestnivå. For å forstå desse utfordringane kan det vera tenleg å supplera den institusjonelle teorien med eit profesjonsteoretisk inntak.

## **2.3 Profesjonsteori**

I følgje Erichsen (1996) er det når pasienten møter profesjonen at den endelege iverksetjinga av helsepolitikken skjer. Anten mellom pasient og behandlar, eller når dei ulike helseprofesjonane samhandlar med kvarandre i det daglege arbeidet. Det er profesjonane som formar helsetenesta men og profesjonane som vert forma av helsetenesta.

Vidare analyserer Erichsen (1996) helsetenesta som eit profesjonssystem som kan oppfattast som ein struktur av profesjonar som er bunde saman med både kvarandre og dei oppgåver som dei yt. Erichsen (1996) rettar fokus mot koplinga mellom makro- og mikronivå, og hennar analysar er inspirert av Abbott (1988) sin historisk- sosiologiske profesjonsteori. På mikronivå vert profesjonane kopla saman med kvarandre gjennom arbeid, og mikro- makronivået koplast saman gjennom profesjonsstrategiar og politikk. Det er denne koplinga mellom mikro- og makronivået som er kjerne i profesjonssystemet. På mikronivå er det relasjonane mellom dei ulike profesjonane som vert utforma gjennom arbeidsdelinga og

ying av tenesta på kvar einskilt arbeidsplass. Døme på dette er kommunale institusjonar som ØH-tilboda og sjukehus. På makronivå er det dei ulike profesjonsorganisasjonane som Den norske legeforening og Norsk sjukepleiarforbund, og dei offentlege styringssystema som er kjernen. Her vert kvalifikasjonskrav satt og her vert grensa mellom profesjonane trekt opp, og oppgåvene mellom nasjonale og kommunale nivå vert utdjupa. Erichsen (1996) peikar på at det vil vera både samspel og spenning mellom mikro- og makronivå.

Profesjonane vert fortolkar av ein ekspertkultur. Dei formidlar kunnskapen i bestemte situasjonar utan at den er tilgjengeleg for alle. Det å ha ei rolle både som formidlar og fortolkar inneber eit tillitsbasert ansvar. Eksempelvis kan det visast i pasientkonsultasjonar. Legen sit på ein kompetanse som pasienten treng, pasienten stoler på at legen klare å handtera oppgåva og legen tar på seg eit ansvar for å handtera problemet til pasienten. Slik tillit kan forklarast som ein maktrelasjon der legen har kontroll på kompetansen pasienten treng, noko som kan vera grunnlag for makt eller moglegheit for å drive igjennom sin vilje. Legen er portvakter i den forstand at den avgjer om pasienten får behandlinga, og den avgjer også kor pasienten skal få behandlinga (Molander og Terum, 2008). Det å tolke kunnskapsformidling på denne måten, kan gjerne gje oss ei større forståing for kvifor legen vurderer som den gjer i sine møter med pasientane.

### **2.3.1 Profesjonar**

Helseinstitusjonar i dag har gjort seg avhengig av spesialisert og til dels teoretisk kunnskap, som gjer at me treng profesjonane til å løyse problem av praktisk karakter. Molander og Terum (2008) peikar på at det er ikkje berre denne kunnskapen dei forvaltar men og store samfunnsressursar, fordi profesjonane har ei definisjonsmakt til å ta avgjerder som ofte kan få store konsekvensar for menneska og deira helse. Dette gjer profesjonane til eit omstridt yrke, og det vert stilt spørsmål om det er deira rolle eller deira eigarinteresse profesjonane er mest oppteken av. Internt i profesjonsorganisasjonane føregår det ein debatt om korleis den vitskaplege kunnskap kan og bør rettleia profesjonsutøveren i møtet med den enkelte pasient. Dette har ført til at tilsynsorgan stiller spørsmål ved innhaldet og kvaliteten i profesjonsutdanningane. Parallelt er det ein generell tendens i samfunnet at befolkninga får større og større kjennskap til den medisinske verda. Behandlingsmetodar er å finne via internett, og særleg legeprofesjonane møter stadig fleire pasientar som gjerne har svara på kva behandling dei treng. Dette er med på å utfordre autoriteten til legeprofesjonane (Molander og Terum, 2008).

For å kunne utøve yrket på ein kompetent måte skal profesjonen sin kunnskap, ferdigheiter og verdier vera tileigna gjennom høgare utdanning. Kunnskapen ein har tileigna seg gjennom ei utdanning kan først direkte vidare til yrkespraksis. Då er det viktig at profesjonar får utvikla sin kunnskap vidare i eit kollegialt fellesskap saman med andre profesjonar. Utdanning innan profesjonsyrke med eksamenar og vitnemål er først og fremst ei godkjenning som gjev profesjonane ein inngang til nokre privilegerte posisjonar i yrkeslivet (Molander og Terum, 2008). Lege og sjukepleiar er å sjå på som dei gamle yrkene, og vart etablert lenge før velferdsstaten. Tradisjonelt sett har legene blitt sett på som dei sentrale drivkreftene i helsevesenet. Dei fekk tidleg autoritet, og deira synspunkt fekk tradisjonelt sterkare premiss ved utforminga av den offentlege politikken enn det sjukepleiarane fekk. Sjukepleiarane hadde sin spede start i helseorganisasjonane som utdanna, vidare har profesjonen utvikla seg fram til den no har kome nærare medisinen gjennom ei kopling med legane. Likevel har sjukepleiarane tradisjonelt sett vert underordna legane, noko som synte att når dei var ueinige med til eksempel arbeidsdeling (Erichsen,1996).

Molander og Terum (2008:18) peikar på at når ein profesjon er profesjonell eller erfaren innafor eit spesifikt område, er det ein spesiell kvalitet ved den personen. Det kallar dei det performative aspektet. Det yrket som profesjonen representerer kallar dei det organisatoriske aspektet ved ein profesjon.

Det organisatoriske aspektet kan delast inn i fem ulike kjenneteikn på ein profesjon. Det er *monopol*, som tyder at profesjonar tar atterhald av nokre typar inntektsbringande oppgåver for personar med ei viss type utdanning. Å ha monopol er og ekskluderande og regulerer marknaden med å lukke døra for noko anna. Den regulerer tilkomsten til arbeidsoppgåver men også tilbodet av tenester, såkalla monopolordningar. Vidare finn me at profesjonar har *autonomi* i å forme arbeidsoppgåvene sine. Den set sjølv standard for korleis oppgåvene skal gjennomførast og set sjølv sine eigne lovar. Eit kjenneteikn er også at profesjon er eit *politisk konstituert yrke*. Det er å ha ein dobbel kontroll over verksemdsområdet, eller som Abbott (1988:59-85) kallar dette for ein profesjon sin jurisdiksjon. Vidare peikar Molander og Terum (2008) på vitskapen sine normer eller *institusjonelt imperativ*, som kan sjåast som ein kontrakt der dei ulike yrkesgruppene pliktar å tene visse ålmenne interesse i samfunnet. Profesjonane har særinteresser og der deira formelle status kan bidra til å fremme desse interessene. Profesjonen kan miste tillit og legitimitet dersom den står fram som ei rein interessegruppe eller om den manglar ordningar til å opptre slik standard for god

yrkesutøving vil seie. Det siste kjenneteikn Molander og Terum (2008) peikar på ved profesjonar er *profesjonell samanslutning*, der dei føreset at det finns ei gruppe individ som både yt same type oppgåve og opptrer som ei organisert gruppe, ein kollektiv aktør.

### 2.3.2 Jurisdiksjonar- arbeid og samarbeid

Andrew Abbott (1988) er den som har vore mest overtydande i nyorienteringa av profesjonsteorien innan det historisk- sosiologiske perspektiv. Han meinte det var kampen og relasjonen mellom dei ulike yrkesgrupper som var grunnlaget for å etablera profesjonane og at det er gjennom forholdet til andre at profesjonen kan definerast. Vidare seier Abbott at det er kampen med å få kontroll over arbeidsområda som fører profesjonane i konkurranse og konflikt med kvarandre. Det gjer at bindinga mellom profesjonen og den sitt arbeid vert sjølve ryggraden i profesjonane, eit bindeledd som han kallar jurisdiksjon (Abbott,1988).

Opphaveleg har omgrepet jurisdiksjon sitt utspring frå juridisk terminologi. I overført tyding til profesjonane viser jurisdiksjon til bindinga mellom ein profesjon sin myndighet og ansvar innafor arbeidsområdet hans. Når grensene mellom profesjonane endrar seg eller relasjonane vert forstyrta, vil det gjerne uttrykkja seg som jurisdiksjonelle konflikhtar, og gjerne når relasjonane mellom desse profesjonane vert forstyrta (Abbott,1988). Abbott sitt viktigaste bidrag er at han identifiserer seks forskjellige former for jurisdiksjonar som vert presentert nedanfor (Abbott,1988). *Full jurisdiksjon* trekk grenser til arbeidsoppgåvene mellom profesjonane. Det er tradisjonelt sett legen som har full jurisdiksjon, det vil då vera legen som ved full jurisdiksjon definerer kven som har teieplikt, informasjonsplikt og instruksjonsrett. Det er naturleg å tenke at det er legen som har full jurisdiksjonsrett.

*Underordning* er ei form for avgrensa jurisdiksjon og typisk for den tidlege utviklinga av velferdsstaten. Generelt sett kan me seia at det gjeld for dei som står i over- underordna posisjon til kvarandre som lege- sjukepleiar, der sjukepleiar har ein hjelpande funksjon ovanfor legen. Denne løysinga er typisk innafor same sektor, som lege og sjukepleiar innan helseinstitusjonar. *Intellektuell jurisdiksjon* inneber at sjølv ved konkurranse innan praksisfeltet så er det kunnskaps messig kontroll. For eksempel ein legeprofesjon som har dominans på sitt fagområde grunna sin kompetanse. *Rådgevande jurisdiksjon* vil seia at ein profesjon oppnår rådgevande kontroll over nokre aspekt på arbeidet. Det tyder at den profesjon som fattar endelege slutningar har ei plikt til å søkje råd hos den profesjonen som har den rådgevande kontrollen, utan at den har plikt til å følgje rådet den får. Slik løysing er mest vanleg at me ser for å sikre gjennomslag ved nye behandlingsmodellar for å forsvare

dei allereie etablerte behandlingsmodellane ein har. *Teigdeling* er å sjå på arbeidsdeling mellom funksjonelt forskjellige men likevel strukturert likeverdige profesjonar. Eit eksempel på ein strategi for å oppnå slik løysing er sjukepleiarane sine argument om at deira særeigne kunnskapsområde er sjukepleie, der legane vil argumentere med sitt diagnostiske og behandlingsorienterte kunnskapsgrunnlag. Til sist *klientdifferensiering*, som er ei form for teigdeling. Arbeidet vert delt etter eigenskapar ved klientellet og ikkje etter innhald. Differensieringsmiddelet kan til dømes vera betalingsevna ut frå sosial klasse hos klienten (Abbott,1988:59-85).

Slik Abbott (1988) skildrar jurisdiksjon gjennom det historisk- sosiologiske perspektiv synleggjer han korleis makro- og mikronivået vert knytt saman. Han trekk inn samfunnsmessige forhold i utviklinga av profesjonen, medan han samtidig ser viktigheten av kvar enkelt profesjon sine eigenskapar og kunnskap (Abbott,1988). Når det gjeld profesjonane ved dei kommunale ØH-tilboda og sjukehusa vil det vera særleg interessant å sjå om forholdet mellom profesjonane har noko å seie for korleis dei vurderer ØH-tilbodet. I kva kampar oppnår legen full jurisdiksjon, og er det stadig dei same som vinn kampen? Som Abbott (1988) peikar på at i teorien så er det tradisjonelt sett sjukepleiar som har ein hjelpande funksjon til legen. Vil det vera slik at legen er overordna, eller vil det førekoma at sjukepleiar kan vera den overordna?

### **2.3.3 Dreyfus- teori**

Dreyfus og Dreyfus (1986) er to brør som har skildra den individuelle læringsprosessen med kva som hindrar og fremmer læring hos kvar einskild individ. Dreyfus brørne (1986) er opphavet av teorien om læringsprosessar som gjorde at ein fekk eit anna syn på korleis ein kan lære praktiske ferdigheiter. Teorien seier at individa si dømmekraft viser seg i faktiske og konkrete situasjonar. Dreyfus brørne vil synleggjere kva som gjer det så spesielt med at erfaring baserar seg på kunnskap. Avgrensinga ligg i dei formelle reglane, og Dreyfus brørne (1986) seier at det er berre i starten når du legg deg til ein kunnskap at du nyttar deg av reglane for korleis du skal utføre ferdigheitene (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Brørne utviklar ein modell som viser korleis ein læringsprosess for praktiske ferdigheitar går fram for kvart enkelt individ. Teorien skildrar den profesjonelle utviklinga frå novise til ekspert der dei ulike stega viser korleis ein kan bli ein kompetent profesjonsutøvar.

Nybyrjaren eller novisen er det første trinnet som me alle går igjennom når me skal læra oss nye ferdigheiter. På dette stadiet er me eit individ utan erfaring der me lærer ved å ta imot instruks frå den som kan faget. Når individet på nybyrjarstadiet gjer oppgåver på eiga hand er det avhengig av å nytte reglar for å prestere. Ferdigheita er ikkje innøvd, grunnen til at individet meistrar oppgåva er at det nyttar reglane for å få det til (Dreyfus og Dreyfus,1986). Dreyfus brørne (1986) peikar på at dette første nybyrjartrinnet er ein naturleg del av ein læringsprosess fordi ein treng ny kunnskap for å koma seg vidare.

Neste trinn viser den avanserte nybyrjar som klare å kjenne att relevante element i ulike situasjonar etter kvart som den får meir erfaring med situasjonen. Nybyrjaren vil og klare å setje desse elementa i samanheng med tidlegare opplevingar og det spesielle er at konteksten får stadig meir å seie på dette trinnet. Individet vil ikkje berre klare å følgje reglar men ein vil kjenne kroppslege signal som til eksempel kribling i magen eller uro over ei hending. Desse kroppslege signala hjelper individet til å knytte signala til den aktuelle opplevinga som gjorde at ein kjende signala att (Dreyfus og Dreyfus,1986). Vidare seier Dreyfus brørne (1986) at det mest sentrale med dette trinnet er å kjenne att liknande situasjonar og klare å knyte det opp mot tidlegare erfarte opplevingar.

På trinn tre er nybyrjaren vorte til ein kompetent utøvar der den nyttar erfaringa til å kjenne att stadig fleire situasjonar, men den kompetente utøvar klarar fortsatt ikkje å vurdere kva som er dei viktigaste oppgåvene og manglar difor evne til å prioritere (Dreyfus og Dreyfus,1986). Engasjement i form av ansvar for sine handlingar er viktig for at ikkje utviklinga til nybyrjaren skal stagnera. Frå dette trinnet og vidare fram finn me skilnaden mellom å vera kyndig og ekspert. Det er mange individ som ikkje vil klare å gå frå å vera kyndig til ekspert, det er eit stort sprang der skilnaden er størst med at ein må vise mot for å klare fleire ferdigheter. Då er det ikkje nok å berre følgje reglar og rutinar.

På trinn fire finn me ein kyndig utøver som vil kjennest att med at den gjer ting utan å tenke over det. Den har øvd lenge på situasjonar og har kome dit hen at den kyndige har utvikla ein kompetanse som gjer at den spontant løyser vanskelege oppgåver på riktig måte. Den kyndige nyttar intuisjonen og skjønn i sine handlingar som å huske tidlegare hendingar med å setje i samanheng tilsvarande situasjonar som er tidlegare erfart. Den kyndige vil forstå oppgåver instinktivt ved å nytte ein analytisk tankegang (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Ekspertnivå er nivået for menneskeleg ekspertise, der den kyndige har så stor kunnskap at den ser kva mål den skal arbeide mot ut frå tidlegare erfaring. Eit kjenneteikn på eksperten er at den har ein instinktiv og situasjonell reaksjon med at den klare å forstå korleis ein

situasjon er i ferd med å utvikle seg. Det instinktive er først og fremst erfaringar som den kjenner på kroppen. Det er først på ekspertnivå at ein ikkje bruker reglar lenger, men kjenner handlingane ut frå erfaringar (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Trinn seks og sju har Dreyfus brørne (1986) lagt til modellen i seinare tid der ein på trinn seks viser meisteren som skil seg ut med å improvisere det den har lært ut frå situasjonen. Trinn sju knyt praktisk visdom til å vera påverka av den kulturen ein tar del i og at det påverkar oss, men samtidig bind saman alle trinna i læringsmodellen med praktisk visdom (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Dreyfus og Dreyfus (1986) meiner at ein ferdigheit som først er tillært vil vidare gå heilt av seg sjølv utan bevisst å nytta reglar for å få det til. Dei samanliknar det med å læra å sykle, som ein ferdigheit du aldri vil gløyme. Brørne er også klar på at ikkje alle vil klare dei høgaste trinna i læringsmodellen men at dei som er på dei høgaste trinna klarar sine ferdigheitar betre enn dei som er på dei lågare trinna (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Dreyfus-modellen er blitt kritisert fordi den anerkjenner intuisjonen og dømmekrafta til aktørane. Særlig påstanden i modellen som går på at eksperten ikkje nyttar reglane, og at dei har vanskar med å ordleggja grunngjevinga i sine konklusjonar men at dei istaden kjem i form av kroppslege kjensle (Dreyfus og Dreyfus,1986). Kritikarane viser til to svakheiter med modellen. Den eine er at modellen ikkje tar omsyn til ålmenn kompetanse som alle har med seg inn i ein kvar læringssituasjon. Den andre går på skilje mellom aktørar som ikkje berre har lang erfaring men i tillegg gjer eit godt arbeid som ein ekspertise (Dreyfus og Dreyfus,1986). Dei som no vart peika ut som ekspertar etter denne modellen kunne gjerne ikkje kallast det likevel. Då deira måte å utøve praksis på gjerne innebar element av personleg karakter, og uttrykte ein væremåte som ikkje var å foreine med ekte og godt arbeid. Dreyfus brørne (1986) meinte at etter dei la til trinn seks i modellen finnes ikkje dette skilje lengre. Kritikarane har laga ein eigen modell der dei har lagt til ein verdibasert dimensjon på alle trinna som er «utøver». Kritikarane meina at dette er naudsynt for aktørane sin eigen utviklingsprosess frå å vera lite medviten sitt eige verdisyn til å ha det integrert i eigne handlingar og vurderingar (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Teorien om læringsprosessar er vorte kritisert av kritikarane, likevel er den relevant i forhold til funn i min studie. Datamaterialet viser at nesten alle legane i større eller mindre grad nyttar intuisjonen eller magekjensla i deira vurderingar av pasientane. Denne teorien kan nyttast for å belysa legane sin bruk av intuisjon i deira kliniske arbeid og vurderingar kring pasienten.



I dette kapitlet har eg gjort greie for teori og teoretiske perspektiv som eg tenker er relevant for mitt studie av legane sine vurderingar knytt til ØH-tilbodet. Bruken av teori i oppgåva er ein kombinasjon av deduktiv og indiktiv framgangsmåte. Noko teori har vore med på å informere problemstilling og utarbeide intervjuguiden, medan anna teori har kome til undervegs som resultat av empiri og analyse.



### **3.0 Metode**

For å gjennomføre eit forskingsprosjekt er det viktig å ha ein god plan og ein struktur for korleis det skal gjerast. Det må vera ein samanheng mellom mål for prosjektet og ein framgangsmåte for å samle data, analyse og resultat. Dette kallar ein prosjektet sitt design og skildrar korleis forskaren har tenkt å gjennomføre sjølve oppgåva (Thagaard,2013).

Vidare i kapittelet vil eg grunngje kva val av forskingsstrategi eg har gjort for mitt prosjekt, og kva framgangsmåtar eg har nytta.

### **3.1 Kvalitativ forskingsstrategi**

I dette studie har eg nytta kvalitativ metode. Innan forskingsstrategi skil ein mellom to typar metode, kvantitativ og kvalitativ. Grovt skissert skildrar den kvantitative framgangsmåten ei verkelegheit gjennom tal og tabellar, og den kvalitative skildrar verkelegheita gjennom tekst, då gjerne basert på utskrift frå intervju. Ved ein kvantitativ metode krev forskaren tilgang på eit relativt stort tal informantar men gjennom kvalitativ metode er det tilstrekkeleg med få informantar (Ringdal,2013).

Med utgangspunkt i problemstillinga mi er mitt prosjekt skildrande, forklarande og forståande. Eg har difor valt å nytte kvalitativ metode for på best mogleg måte klare å belyse problemstillinga. Eg vil sjå kva vurderingar legane gjer når dei brukar eller ikkje brukar ØH-tilbodet som behandlingsstad for pasientane, og kva for institusjonelle logikkar dei tek i bruk. For å finne svara må eg gå i djupna på deira forteljingar. Det får eg best ved å ha direkte kontakt med informanten, noko som er avgjerande for å få god kvalitet på datamaterialet (Thagaard,2013).

Mål for kvalitative studiar er å gå i djupna og søkja etter ei mening som ikkje kan målast i tal eller tabell. Kvalitative tilnærmingar handlar om at prosessane må tolkast i lys av konteksten som den inngår i. Det byggjer på at sosiale fenomen stadig er i endring. Ei kvalitativ studie kan difor vera til hjelp for å forstå verkelegheita slik som informanten oppfattar den (Thagaard,2013).

Når det gjeld mitt vitenskapssyn i studien tar eg utgangspunkt i eit sosialkonstruktivistisk ståstad med ein hermeneutisk fortolkingslogikk. Det er prinsippet med å kunne forstå ein mening i den sosiale konteksten som den inngår i, den hermeneutiske tilnærminga byggjer

på. Det finns ikkje ein eigentleg sanning, men ting kan tolkast på fleire nivå (Thagaard,2013). Det er å forstå at når ein studerer fenomenet i denne konteksten så rører ein seg og vekslar på å sjå delar og heilskap av det, og ein er oppteken av forskaren si rolle og si førforståing. Ein tek vidare utgangspunkt i individet som meiningsskapande og forsøker å få ei djupare forståing for meiningsskapande prosessar hos individet. Det kan gjera at eg får ei gyldig forståing av meiningane i teksten. Når eg har valt å ta utgangspunkt i ein hermeneutisk tilnæringsmåte er det for å forstå og koma tettare innpå informantene gjennom det transkriberte materialet.

### **3.1.1 Forskar si førforståing**

Eg er utdanna sjukepleiar med leiarutdanning og har all min kompetanse som sjukepleiar frå kommunehelsetenesta. Mesteparten av erfaringa mi har eg frå heimebaserte teneste, dei siste to og eit halvt åra som avdelingsleiar ved det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet. I min arbeidspraksis har eg arbeidd som leiar i ulike samanhengar, dei seks siste åra som avdelingsleiar. Gjennom arbeidet har eg hatt mykje kontakt med kommunelegar og har difor stor kjennskap til det miljøet. Ved å ha kjennskap til mange av informantane og miljøet deira har eg ei førforståing til tema i prosjektet. Det å ha kjennskap til miljøet gjorde at eg lett kunne forstå og tolke informantane sine erfaringar. Men eg måtte vera veldig klar over å ikkje overfortolke datamaterialet og leggja meir i funna enn det informantene gjorde. Ei fare då kan vera å ikkje gå langt nok i å tolke funna (Thagaard,2013).

Mi førforståing vil verke inn i interaksjonen eller samspelet mellom informantane og meg som forskar. Eg må vera open og klar på at eg ikkje skal la dette påverke informantane. Det gjorde eg ved å halde meg til tema i intervjuguiden og berre nytte underspørsmåla til å få informantene vidare på den forteljinga den heldt på med. Ved presentasjon av meg sjølv informerte eg om mi eiga ståstad men eg la ikkje vekt på det eller auka fokus på mi rolle utover rolla som forskar. Likevel var det ein risiko at eg kunne søke etter svara frå informantane som eg gjerne var på leit etter. Dette var eg svært bevisst på og prøvde difor å halde meg mest mogleg til intervjuguiden. Fleire informantar svara positivt til å vera med på forskingsprosjektet grunna deira kjennskap til meg.

Endringane som kom i kjølvatnet av samhandlingsreforma har eg, heilt sidan 2012, sett på som svært positivt. Eg såg allereie på den tida moglegheitane for utviklinga innan dei kommunale tenestene, og at dette kunne bli ei gode både for pasienten spesielt, dei tilsette og

for omsorgstenestene generelt. Med krav om nye helseteneste gjennom samhandlingsreforma kom nye moglegheitar for kommunehelsetenesta med å utvikle meir kompetanse og utfordringar for dei tilsette. Dette danna bakgrunnsteppet for mi interesse for tema.

Mine første tankar og utforming av problemstilling i studien kom etter at eg starta i min jobb som avdelingsleiar ved det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Eg var med på å bygge opp avdelinga og fekk forma deler av tilbodet. Eg har lese mykje om erfaringar frå andre øyeblikkeleg hjelp tilbod med låg beleggspersent, og mine tankar har kverna mykje kring kva grunnen kan vera til det. Den neste tanke eg då fekk var korleis kan ein forstå kva vurderingar legen brukar når den vel dette tilbodet til behandlingsstad. Mitt framtidige mål som leiar ved øyeblikkeleg hjelp tilbodet er å arbeide mot å tilpasse tilbodet slik at legane gjerne vil vurdere tilbodet til ei større gruppe pasientar.

Før eg starta på dette prosjektet hadde eg nokre forventningar til funn i datamaterialet. Mykje fordi tidlegare forskning seier ein del om det som var forventa å finne, slik som manglande informasjon om tilbodet, manglande tillit og tryggleik. Likevel var det ein del uventa funn som eg vil koma djupare inn på i empirikapittelet. Empirien eg har fått frå mine informantar er god, noko som kan koma av at eg er innafør miljøet og difor har moglegheit til å stille dei riktige spørsmåla. Mitt kjennskap til miljøet kan gjere at eg får tillit hos informantane og vil gjere at informantane opnar opp for å koma med sine forteljingar.

### **3.2 Val av metode**

Det er ulike metodar ved kvalitativt studie ein kan nytte for å samle inn data. Både analyse av dokument, observasjon av informant anten ute i felten eller intervju (Thagaard,2013). Når ein er ute etter informasjon om korleis personar forstår og opplever seg sjølve og sine omgjevnadar, seier Thagaard (2013) at intervju er særst godt eigna. Eg har difor valt intervju som metode i mitt studie. Slik informasjon vil vera ei skildring av personane sine faktiske høve, samtidig som attforteljingane deira vil vera prega av personen si eiga forståing av hendinga.

Intervju er den dominerande metoden innan kvalitativ forskning. Struktura på eit forskingsintervju kan vera ulik. Det kan gå frå å vera mest utan struktur, som ein samtale mellom forskar og informant, der hovudtema er bestemt på førehand. Det andre ytterpunkt kan vera med streng struktur. Der spørsmål er utforma på førehand med bestemt rekkefølge på

spørsmåla (Thagaard,2013). Thagaard (2013) peikar på at med å ha meir opne spørsmål i intervjuguiden, kan det gje meg som forskar ein større moglegheit til å skape meir fri flyt i intervjuet. På førehand hadde eg utarbeidd ein intervjuguide som var inndelt med spørsmål i tema og tok utgangspunkt i mine forskingsspørsmål og problemstilling. Dette for å sikre at eg fekk samle inn relevant data. Tema i intervjuguiden byrja med spørsmål om legen sin bakgrunn. Døme er spørsmål om kva stilling har du no og kor lenge har du hatt den. Deretter legane sin erfaring både med å vurdere pasientar til ØH-tilbodet men og deira tryggleik til å ta riktige val. Vidare hadde eg tema som gjekk på informantane sin autonomi. Korleis dei balanserer mellom dei ulike vurderingane, og ikkje minst korleis informanten med sin profesjon vert påverka av dei vurderinga den står ovanfor i møte med pasienten og den sine omgjevnadar. Samhandling var også eit tema i intervjuguiden og då korleis legane samhandlar med kollega, mellom profesjonar og på tvers av tenestnivå, men og med pasient og den sine pårørande.

Under kvart tema hadde eg underspørsmål. Desse underspørsmåla hjelpte meg å halde retning i intervjuet og vart gjerne supplert med oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmåla kom anten av at eg måtte gå djupare ned i samtalen for å hente ut informasjon som informanten var på veg til å fortelje, for å hjelpe informanten inn att på det som var tema i spørsmålet eller der eg høyrte at informanten var på veg til å fortelje noko som ikkje mitt spørsmål var dekkande nok til å få tak i. Dersom samtalen gjekk trått kunne eg styre samtalen tilbake att med underspørsmåla. Det gjorde også til at alle intervjuar ikkje vart heilt identiske, men tilpassa og var fleksible etter den informasjon som kvar enkelte informant kom med. Likevel vart dei aller fleste spørsmål stilte til alle informantane men i ulik rekkjefølge. Oppfølgingsspørsmåla var ikkje bestemt på førehand, dei stod heller ikkje i intervjuguiden, men spørsmål som vart utforma etter korleis samtalen gjekk. Viktigheita med underspørsmåla er at forskar skal få eit tydelegare bilete til dei tema eller hendingar informanten skildrar. Med det inviterer forskar informanten til å fortsetja å fortelja om det same tema (Thagaard,2013). Vidare peikar Thagaard (2013) på at med delvis strukturert tilnærming i intervjuet var ikkje rekkefølge på tema og spørsmåla satt på førehand, men gjorde til at eg kunne hoppe mellom tema og spørsmål for å følgje informanten sin forteljing.

### 3.2.1 Utval informantar

I følgje Thagaard (Thagaard,2013) baserer kvalitative studiar seg på eit strategisk utval av informantar. Strategisk utval vil seie at forskar vel deltakarar med eigenskapar eller kvalifikasjonar som er strategiske i forhold til problemstillinga (Thagaard,2013). Eg har gjort val av informantar som er strategisk og etter eit tilgjengelegheitsutval. Strategisk med at informantane skulle ha ei viss kjennskap til ØH-tilbodet ved at dei har nytta det som behandlingsstad ved fleire anledningar tidlegare. Thagaard (2013) peikar på at ved tilgjengelegheitsutval er det hensiktsmessig å rekruttere informantar gjennom ein kontaktperson. Vidare seier Thagaard (2013) at denne personen kan presentere prosjektet for miljøet kor forkinga skal gjennomførast.

#### *Oversikt mine informantar*

| Helseføretak                                       | ØH-tilbod 1                     | ØH-tilbod 2                      |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| Alle kommunar i studien tilhøyre same helseføretak | Samarbeid av tre kommunar       | Tilhøyrande berre ein kommune    |
| Informant 1-2 er lis2 legar                        | Informant 3-4 er legevaktslegar | Informant 9-10 er legevaktslegar |
|  | Informant 5-8 er fastlegar      | Informant 11-12 er fastlegar     |

Til mitt studie valte eg å intervjuer legar som har rett til å vurdere pasientar til behandling i det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet, både legar i kommunehelsetenesta og legar i spesialisthelsetenesta. Legar frå begge desse tenestnivå kan vurdere pasientar til innlegging på ØH-tilbodet. Korleis utvalet var kan ein sjå i tabell ovanfor, til saman intervjuer eg 12 legar. Begge lis2 legane kom frå same sjukehus og alle kommunane er knytt til same helseføretak som dette sjukehuset høyrer til. Det var enkelt for meg å koma i dialog med ein kontaktperson ved dette sjukehuset, difor valte eg lis2 legar frå same sjukehus.

ØH-tilbod 1 er eit interkommunalt samarbeid med tre kommunar der eg spurde legar frå to av desse kommunane om å vera informantar. Eg valte å ikkje spørje nokon av legane frå den tredje kommunen, då denne kommunen er liten og har berre nokre få fastlegar, og informanten kunne lett vorte identifisert ut frå svarea. ØH-tilbod 2 var eit tilbod som

involverte berre ein kommune. Eg har eit større utval informantar ved ØH-tilbod 1 enn ved ØH-tilbod 2 noko som handlar meir om at dette miljøet var enklare for meg å koma inn i som forskar då miljøet var kjent for meg frå før. Alle legevaktslegane eg intervjuar ved begge tilboda arbeidde overvekt av legevakt og mindre som fastlege, eller berre som legevaktslege. Val av ØH-tilbod fall på avdelingar som hadde minst tre- fire senger, der begge avdelingane var innanfor nedslagsfeltet til eit og same helseføretak. Eg var klar over at det vart ein del reising på meg for å gjennomføre intervjuar, det gjorde at eg også måtte tenke på geografisk avstand til informantane. Desse to ØH-tilboda låg innafor ein radius på ein til ein og ein halv time reisetid, som eg då kalkulerte med ville vera mogleg for meg å gjennomføre på 12 dagar. Eg nytta eigen bil og intervjuar vart gjort i informantane si arbeidstid.

Thagaard, (2013) seier at tal deltakarar i eit kvalitativt studie ikkje bør vera større enn at det er mogleg å gjennomføre ein omfattande analyse, men det er ganske relativt. Thagaard (2013) skildrar det vidare med at det er eit stort nok utval når det gjev ei forståing av det fenomen eller prosess ein studerer. Som er eit såkalla mettingspunkt (Thagaard,2013).

Før eg starta prosessen med å rekruttera informantar sendte eg søknad om godkjenning av prosjektet til Norsk senter for forskingsdata (NSD) og personvernombodet ved HVL. Godkjenninga ligg som vedlegg 1.

Sjølvve rekrutteringa av informantar gjennomførte eg på to måtar. Ved ØH-tilbod 1 var eg kjent med mange kandidatar i miljøet frå før, og hadde lett for å få kontakt. Her nytta eg avdelinga sin statikk over kva legar som har nytta tilbodet til behandling av pasientar og laga meg ein oversikt over aktuelle legar. I første omgang sendte eg e-post med førespurnad om deltaking i prosjektet til sju av desse legane og fekk fem positive svar. Vidare sendte eg e-post med førespurnad til ein og ein lege. Dei svara raskt og det tok ikkje lang tid før eg var oppe i seks informantar. Ved helseføretaket og ØH-tilbod 2 fekk eg meg ein kontaktperson som presenterte prosjektet mitt i deira fagmiljø. Thagaard (2013) peika på at å få ein kontaktperson i feltet er ein god måte å gå fram for å skaffe intervjupersonar. Kontaktpersonen eg fekk tak i hadde ei leiarrolle med god kjennskap til legegruppa, og ga meg namn på aktuelle kandidatar som kunne vera interesserte. Informantane måtte oppfylle kriteria for å delta i prosjektet. Informantane ved sjukehuset måtte vera lis2- eller overlegar. Alle informantane, både dei i kommunane og dei på sjukehus hadde erfaring med å vurdere pasientar til ØH-tilbodet.

Dei aller fleste kommunelegar er sjølvstendig næringsdrivande, difor var det ikkje naudsynt for meg å innhente løyve frå leiar til å gjere intervju. Dei som var tilsett på legevakt fekk eg



godkjenning gjennom deira leiar. For lis2 legane ved sjukehuset tok eg munnleg kontakt med klinikkdirektøren for å innhente løyve. Klinikkdirtøren ga meg vidare e-post adresse til seksjonsleiar som fungerte som kontaktperson og kom med forslag til informantar.

Når eg hadde gjort mitt utval sendte eg e-post til informantane, med presentasjon av meg sjølv som forskar og mitt prosjekt.

Responen var svært positiv frå alle legane eg spurde. Alle eg sendte e-post til svara, dei som takka nei til å delta hadde gode grunnar, som lita tid eller dei syntes dei hadde nytta ØH-tilbodet lite og difor kjente på at dei ikkje hadde godt nok grunnlag for å delta i studien. Det var overraskande mange som var villige til å vera informantar i prosjektet. Dato og tidspunkt for intervju vart avtala med kvar enkelt og det vart innhenta informert samtykke frå alle deltakarane.

### **3.2.2 Intervju og innsamling av data**

Før sjølve intervjuprosessen starta gjorde eg eit prøveintervju med avdelingsoverlege i avdelinga. Dette for å sjekke korleis sjølve intervjuet var å gjennomføre, at spørsmåla var forståelege og at intervjuet tok den tid som var tenkt. Som forskar gav det meg ein moglegheit for å sjekke at det tekniske utstyret fungerte, og korleis eg handterte intervjusituasjonen.

Intervju er ei krevjande metode, og er i prinsippet basert på eit subjekt- subjekt forhold mellom forskaren og informanten. Det vil seia at både forskar og informant påverkar forskingsprosessen. Meininger vert konstruert i relasjonelle samanhengar og skapt saman med forskar og informant. Det vert også datamaterialet som kjem fram av intervjuet. Nærleik til forskaren har påverknad på korleis datasamlinga utviklar seg. Likeeins vil data som informanten gjev vera påverka av korleis den oppfattar forskaren. Difor er det viktig at forskaren reflekterer over sitt eige nærvær. Korleis forskar lar seg påverke av informanten og at forskar må vera villig til å bidra til å påverka informanten for at den skal få koma med det den ønskjer å seie (Thagaard,2013). Under intervju prøvde eg å ha fokus på mi eiga påverknadskraft til informanten. Eg let informanten få snakke ferdig utan at eg avbraut, der informanten hadde tenkepausar fekk den snakke ferdig utan at eg overtok eller prøvde å fullføre setninga for den.

Intervjua i mitt prosjekt vart gjennomførte over ein tidsperiode på ca. to månader. Eg intervjua informanten på den sin arbeidsplass, anten på legekantoret eller på eit møterom i

nærleiken til deira kontor. Alle intervjuar starta ut med tema og underspørsmål frå intervjuguiden (vedlegg 3). Alt avhengig av kor mykje informanten fortalde på eiga hand, fylte eg på med oppfølgingsspørsmål. Nokre informantar var opne og fortalte vidt omkring spørsmåla, andre igjen var litt tilbakehaldne og måtte gjerne ha fleire oppfølgingsspørsmål. Spørsmåla i intervjuguiden var formulerte slik at eg kunne få forteljingane og historiene til informanten, og ikkje slik at dei kunne svara ja/ nei. Thagaard (2013) seier at det å få gode forteljingar vert kalla for meiningsfortetta eller informasjonstette opplysningar. Undervegs i intervjuar gjentok eg gjerne svaret til informanten med «har eg forstått at» for å sikre at eg forstod og oppfatta svara deira.

Intervjuar hadde ei tidslengd på ein til ein og ein halv time, og vart teke opp på diktafon. Eg gjorde ingen notat undervegs i intervjuet, berre observerte og lytta. Det å vera mest mogleg lyttande til informanten gjer at eg som forskar ikkje påverka svara i særleg stor grad (Thagaard, 2013). Underspørsmåla i intervjuet var med på å sikra at informanten fekk svara utfyllande på alle tema slik at eg som forskar fekk med meg heile forteljinga. Det ville gje meg som forskar moglegheit til å ha eit godt utgangspunkt til å sjå ulikkeit eller likskap på svara til alle informantane. Eg slutta av alle intervjuar med å spørje om det var uklarheit kring intervjuet, eller om informanten hadde meir informasjon den ville leggja til. Når intervjuar var gjennomførte transkriberte eg dei inn i ein eigen forskar server knytt til HVL og transkriberte alle intervjuar same dag. Intervjuar er så ordrett skrive som mogleg, men eg har ikkje teke med meg pausar, kroppsspråk eller små pauseord.

### **3.2.3 Arbeid med data og analyse**

Ei kvalitativ forskingsprosess ber ofte preg av flytande overgangar mellom innsamling av data og analyse. Allereie under intervjuet er forskar i gang med å observere og analysere (Thagaard, 2013). For å unngå å misse slik viktig analyse som er gjort under intervjuet, er det viktig å transkribere rett etter intervjuet er gjennomført og at forskar transkriber sjølv. Eg såg verdien av å transkribere alle intervjuar sjølv, det var eit stort arbeid men gjorde at eg som forskar fekk eit eigarskap til datamaterialet. Når alle intervjuar var gjennomført gjekk eg igjennom heile datamatrissa. Las dei fleire gongar, merka ut svara frå informantane som kunne gje ei forklaring og forståing til tema og problemstilling i studien. Funna vart systematiserte og kategorisert der eg fekk trekt ut likheit og ulikskapar, og på den måte kome i djupna av dei enkelte tema. Gjennom heile prosessen med tolking og drøfting av analysen har eg stadig

intervjua framme, sjekkar at det er korrekt det eg finn av data og gjer endringar undervegs. Thagaard (2013) understrekar betydninga av slik analytisk tilnærming for å auke forståinga av kvart tema. I mitt prosjekt har eg gjort ein kombinasjon av person og tema sentrert analyse. Først såg eg på dei einskilde intervjua, for så å kopla dei opp mot kvarandre. Vidare arbeidde eg i fleire rundar med materialet. Først systematiserte eg materialet der eg såg etter om noko gjekk att på tvers av informantane sine forteljingar. Etter å ha arbeidd med systematisering av materialet prøvde eg ut ulike analytiske verktøy, og tok i bruk Scott og sette forteljingane til informantane i samanheng med dei institusjonelle pillarane. Temasentrerte analysar kan verta kritiserte med at dei kan misse det heilheitlege perspektivet. Når ein studere delar av ein tekst kan det vera vanskeleg å sjå heilheita i den samanhengen teksten er teke frå. For å unngå dette kan me vurderer det utsnitt av teksten som me tar frå kvar enkelt informant, opp mot intervjuet i sin heilheit (Thagaard,2013).

Eg byrja med å prøve ut eit kulturelt perspektiv, men eg opplevde at det ikkje fanga opp heile breidda eller nyansane i datamaterialet. Difor valte eg i neste runde å trekkje inn Scott (2008) sine institusjonelle pillarar fordi desse fannar om fleire element som har betydning for aktørane sine handlingsval i institusjonar. Det viste seg å vera eit betre analytisk verktøy for å få tak i aktørane sine ulike vurderingar knytt til bruken av ØH-tilbodet. Eg har leita i materialet mitt etter kva for logikkar som kjem til uttrykk i informantane sine argument eller forklaringar. Eg hadde utgangspunkt i Scott (2008) sine skjematiske framstillingar av handlingslogikkar som er knytt til dei ulike pillarane, der det er tre idealtypar. Ut frå funn eg gjorde gjennom analysen, valte eg å utvide talet på logikkar til fem og valte også nokre andre omgrep på logikkane. Dette for å liggja så tett på informantane sine forteljingar som mogleg. Eg kunne gjerne fått det til å passe inn med Scott (2008) sine handlingslogikkar som er byråkratisk, marknad og profesjon men det kunne vore utfordrande med at eg kunne misse verdfull data på vegen med å berre nytte meg av desse tre logikkane. Dei fem logikkane eg enda opp med er situasjonell, profesjonell, pasientorientert, instrumentell og medisinsk.

Datamaterialet er presentert under dei fem ulike logikkane. Under sitata i empiridelen er det presentert kva informant som seier kva og kva institusjon den kjem frå. På denne måte kan eg få fram breidda og nyansane i dei ulike legane sine vurderingar.

### **3.3 Reliabilitet, validitet og overføre data**

Opphavelig var omgrepa reliabilitet og validitet knytt til kvantitativ forskning. Tidlegare litteratur meinte at det burde nyttast andre nemningar på omgrepa når dei skulle nyttast i kvalitative studie. I følgje Thagaard (2013) har det ikkje kome ny praksis knytt til omgrep som skal vera betre eigna, slik at ein fortsett nyttar desse omgrepa når ein vurderer spørsmål om legitimiteten kring forskinga (Thagaard,2013).

#### **3.3.1 Reliabilitet**

Reliabilitet vert knytt til om forskinga er påliteleg og spør om det er grunnlag til å ha tiltru til det forskinga seier. Thagaard (2013) peikar på at reliabilitet først og fremst har vakse fram innanfor ein kvantitativ tradisjon- knytt til repliserbarheit. Dette idealet er ikkje like aktuelt for kvalitative studiar men der kan reliabilitet forståast som at data som er henta ut vert påverka av relasjonen mellom forskar og informant. For at data som vert henta ut skal opplevast å vera mest mogleg påliteleg, må forskaren kunne skilje mellom informasjonen den får gjennom intervjuet og eigne vurderingar og tolkingar som den gjer (Thagaard,2013 ). Eg har gjennom metodedelene gjort greie for framgangsmåte i korleis eg har samla data for at lesaren skal få tillit til analysen som er gjort av mine data. Det kan ein sjå att i empirikapittelet der eg først har presentert informasjonen informantane har gjeve meg, med eigen analyse mellom og etter sitata. For at informantane skal få koma med sine historier om dei faktiske forhold, har eg latt informanten få snakke fritt utan at eg har lagt for mykje føringar på samtalen. Der eg har hatt mine personlege meiningar og haldningar gjennom intervjuet, var eg bevisst å prøve å unngå at desse var med å påverka eller farga informanten.

#### **3.3.2 Validitet og overføringsverdi**

Validitet vert knytt til om forskinga og tolkinga av data er gyldig, og kor gyldig data er i forhold til den verkelegheita eg har studert. Det er viktig at eg som forskar ikkje har overfortolka det informanten seier og legg meiningar til forteljningane som informanten ikkje har. Framstillinga av grunnlaget for tolkinga mi må vera dokumenterte i datamaterialet. For at forskingsarbeidet skal stå fram som mest mogleg gyldig har eg gjort greie for framgangsmåte i prosjektet og kva relasjon eg har hatt til informantane i feltet. Utfordringa for generaliseringa innanfor kvalitative studie er å klare å ha eit stort nok tal informantar til å få eit resultat som

kan representere den verkelegheita som er studert (Thagaard,2013). Eg søker å finna kva vurderingar legane gjer i bruk av ØH-tilbodet. Gjennom det strategiske utval informantar eg har gjort og generaliseringa opp mot teorien, er det grunn til å tru at funn i denne studien kan sjåast i samanheng med liknande utfordringar.

Det om prosjektet har ein **overføringsverdi** er avhengig om forskaren si tolking har basert seg på studie i ein samanheng som vil ha relevans i andre samanhengar. Kan forskinga overførast til eit anna prosjekt vil forskinga få ei gyldigheit. Dersom eg som forskar kjem fram til ei forståing som kan vera relevant i annan forskning eller situasjonar, har den ein verdi av å verta overført eller der lesaren kan kjenne tolkinga att i andre situasjonar. Det vil seie at data har ei overføringsverdi (Thagaard,2013).

### **3.4 Etiske dilemma**

Som forskar skal du vera medviten etiske problemstillingar gjennom heile forskingsprosessen. Ein skal vera ærleg og nøyaktig i det ein sjølv presenterer av forskingsresultatet, men og vise respekt for det arbeid andre forskarar har gjort (Thagaard,2013). Thagaard (2013) peikar på at det er tre grunnprinsipp ein bør følgja for ein etisk forsvarleg forskingspraksis, når ein utfører forskning som involverer menneske. Ho snakkar då om informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar av å delta i forskingsprosjekter.

I mitt forskingsprosjekt fekk alle deltakarane utsendt informert samtykke (Vedlegg 2) saman med informasjon om prosjektet. Informert samtykke vart underskrive av deltakaren før intervjuet starta. Informantane vart informert om forhold knytt til konfidensialitet og anonymitet føre intervjuet starta. Eg informerte, både før og etter intervjuet, at dei kan trekkja seg når dei skulle ønskje utan å gje opp nokon spesiell grunn. Informantane vart, både gjennom samtykke skjema og i forkant av intervjuet, informert om korleis data dei ga vart oppbevart gjennom prosjektperioden og fram til dei vart sletta når forskingsperioden er over.

Deltakarar i eit forskingsprosjekt har ein rett til at all informasjon dei gjev forskaren skal oppbevarast konfidensielt. Det vil seie at forskingsmaterialet vert anonymisert, og eventuelle deltakarnamn eller andre opplysningar som kan gjere det mogleg å spore attende til den som har delteke, vert oppbevart på ein slik måte at ingen kan få tak i dei, fram til dei vert sletta (Thagaard, 2013). Gjennom arbeidet med forskingsprosjektet mitt har eg ikkje notert namn eller personopplysningar om informantane. Når intervjuet vart transkribert fekk informantane

eit fiktivt namn og intervjuet vart skriva på nynorsk slik at skriftspråket ikkje kan vise attende til det språk som informanten har. Det fiktive namnet kan berre sporast attende til kva intervju den høyrer til. Stadnamn, namn på kollega eller institusjonar som informanten snakka om under intervjuet vart anonymisert før transkribering.

Det tredje prinsipp for ei etisk forsvarleg forskingspraksis er knytt til dei konsekvensane forskinga kan ha for kvar enkelt deltakar. Forskaren har ansvar for at den som deltar ikkje vert utsett for belastningar. Forskaren skal ha respekt for deltakaren og verne deira integritet slik at forskinga ikkje fører til negativ konsekvens for dei som deltek (Thagaard,2013).

Mine informantar er ikkje tilhøyrande ei spesielt sårbar gruppe. Det er likevel viktig at dei kan kjenne seg ivaretekne under intervjuet. Eg har informantar som har opna seg mykje, slik at eg vil behandle den informasjonen eg har fått på ein audmjuk måte. Det vil seie at eg behandlar informantane med respekt også når eg analyserer materialet og rapporterer frå studien. Det kan eg vise med måten eg skriv ut sitata på, at eg unngår å ta med ord som tja, hmm, tenkepausar eller pusterom. Det er ein måte å vise respekt til informanten. Likeeins er det å vise respekt for informaten med korleis dei vert framstilt, korleis deira utsegn vert drøfta slik at dei ikkje vert sett i dårleg lys. Likevel skal det ikkje leggja band på meg til å unngå å få fram data som er verdfulle for forskinga. Det er viktig at eg som forskar har dette med meg i mitt vidare arbeid med analyse av datamaterialet.

## 4.0 Presentasjon av funn

Data vert presentert i lys av Scott sin teori om institusjonelle pillarar og logikkar. Funna er svara frå intervju med mine 12 informantar. Svara deira er meiningsfortetta der eg har fått forteljingane på korleis dei vurderer pasientar til ØH-tilbodet som gjer at eg har fått data eg kan analysere med utgangspunkt i teorien til Scott. Scott syner til tre pillarar for å skildre korleis institusjonar er bygde opp.

Kvar logikk dannar overskrift. Eg vel attforteljing der kvar informant er presentert med eit fiktivt namn som viser attende til kva institusjon den høyre til. Informant 1-2 er lis2 legar frå helseføretak, informant 3-8 er kommunelegar frå ØH-tilbod 1 og informant 9-12 er kommunelegar frå ØH-tilbod 2.

### 4.1 Situasjonell logikk

Det er mange faktorar som har betydning for om legen vurderer innlegging på ØH-tilbodet. Datamaterialet viser at dei aller fleste må balansere mellom ulike ytre påverknadar. Ein lis2 lege seier: «Det er viktig kva pasienten sjølv vil.» medan ein annan seier at: «dei fleste pasientar er mottakelege så lenge me presenterer tilbodet på riktig måte.»

Ein kommunelege seier frå møte med ein pasient: «(...) Da hadde det faktisk betydning at eg kjente henne frå før.» Ein annan kommunelege seier at: «Eg vektlegg meir dei sosiale faktorane til pasienten ved innlegging i ØH-tilbodet.» Ein lis2 lege fortel slik:

*«Nei det går på tidspress hos meg, det logistiske. Kva pasienten vil, kva pårørande vil, kva avdelinga ved sjukehuset vil. Det er så mange liksom, det er så mange interesser så får eg prøve å navigere det som er best for alle.» (Informant 1, Helseføretak)*

Sitata ovanfor skildrar mange av legane sine faktorar. Datamaterialet viser at legane har mange å ta omsyn til og prøver å styre så godt dei kan mellom alle desse ytre faktorane. Det kan tolkast at det er dei praktiske omsyna som veg tungt, som logistikk, og at det er utfordrande for legane å balansere ulike omsyn og forståingar av situasjonen.

Motsett fortel datamaterialet frå kommunelegane at dei kjenner lite på tidspress i deira konsultasjonar av pasienten. Informant 5 seier: «lita tid er ingen unnskyldning, da er det dårleg praksis.» Informant 12 seier: «det bør ikkje vera ein faktor med lita tid, det er ikkje

noko stort problem.» Datamaterialet viser at sjukehuslegane i større grad opplever dårleg tid i konsultasjonar enn det kommunelegane opplever.

Der informantane fortel om sine erfaringar til å nytte ØH-tilbodet, snakkar dei både om eigne erfaringar med bruken av tilbodet men og korleis pasienten påverkar legen til å ta vurderingar som dei ønskjer. Erfaringa er med til å påverke legen til korleis den gjer sine vurderingar, behandling av pasienten og når den vurderer pasienten til innlegging på ØH-tilbodet. Det er i stor grad legen sitt skjøn som vert nytta ved slik vurdering, og kan gjerne kalle desse vurderingane for ikkje- medisinske grunnar. Men for at legane skal bruke ØH-tilbodet og legge inn pasientar, er det avgjerande for korleis erfaringa deira er til å bruke det.

Ein lis2 lege er oppteken av kva rettar den har til å bruke tilbodet og har laga seg ei erfaring på kva kommunar den får pasientane enklare inn i tilbodet hos enn andre. Informanten skildrar det slik:

*«Altså det er nokon kommunar eg berre tar ein telefon til og får svar at pasienten berre kan koma, medan andre kommunar må eg kanskje vera meir bestemt med at det er naudsynt med innlegging.» (Informant 1, Helseføretak)*

Data viser at informanten har laga seg eit bilete av korleis den må gå fram ved dei ulike ØH-tilboda for å få leggja inn den pasienten den ønskjer. Det kan tolkast at legen nyttar ulik taktikk etter kva ØH-avdeling den skal leggja inn pasienten. Det som er passande i ein situasjon har også samanheng med oppfatningar om dei andre ØH-tilboda.

Kommunelegane viser til ei litt anna erfaring ved å nytte tilbodet. Mange seier at deira erfaring med tilbodet har innverknad på i kva grad dei nyttar det. Erfaringane legane byggjer på er om pasienten er nøgd med tilbodet og om tilsette der kan handtera den type problemstilling som legen legg inn.

Funn i studien viser at legen sin erfaring har innverknad på i kva grad dei nytta tilbodet. Ein informant fortel slik:

*«Erfaringa er veldig avgjerande for meg om eg nyttar tilbodet. Då går det på erfaringa med at sjukepleiarane kan handtere den type problemstilling som eg legg inn.» (Informant 4, ØH-tilbod1)*

Datamaterialet viser at det er viktig for informanten at tilsette ved ØH-tilbodet har rett kompetanse. Vidare peikar informanten på viktigheita til at sjukepleiarane har rett



kompetanse. Ein annan kommunelege trekk fram samarbeidet med legane på ØH-tilbodet som viktig for korleis tilbodet erfarast:

*«Eg har eit godt samarbeid med legane på ØH-tilbodet. (...)Eg opplever stort sett at pasientane får den behandlinga som er avtalt. (...) Sidan eg har ein positiv erfaring så er det med på å påverka meg til å nytte tilbodet meir.» (Informant 7, ØH-tilbod1)*

Begge informantar peikar på at dei byggjer erfaringa på kva kompetanse det er på ØH-tilbodet, korleis samarbeidet er og at tilsette, både lege og sjukepleiar, handterer pasientane på ein god måte. Ei rimeleg tolking er at kommunelegane har tiltru til dei tilsette, men at det er mest avgjerande å ha tillit til legane.

Eit funn i studien er at dei aller fleste legar knytt til ØH-tilbod 1 kjenner eit større ansvar til å nytte seg av tilbodet enn det legar knytt til ØH-tilbod 2 gjer, der er det berre ein lege som kjenner på slikt ansvar. Legane ved ØH-tilbod 2 grunngjev det med at tilbodet er godt kjent og at sengene difor oftast er belagt.

Informantane i studien fortel også om andre faktorar som påverkar dei til å leggja pasient inn på ØH-tilbodet. Legane kan verta farga av situasjonar kring pasienten og pasientar dei møter i sin praksis som kan relaterast attende til deira eige liv. Ein lis2 lege skildrar at den kan verte påverka dersom pasienten kan minna om eigne familiemedlemmar.

Ein annan faktor som kan påverka vurderingane er gjengangarar ein har fått relasjon til, pasientar som difor tør å seie kva dei vil og ikkje vil. Det kan tolkast til at vurderingar legen gjer i slike situasjonar vil vera betinga av den aktuelle situasjonen som legen står i der og då. Vidare kan det tolkast som at legen vert personleg påverka og at den ikkje berre gjer vurderingar til behandling ut frå diagnose og kliniske funn.

Det kan vera som denne kommunelegen skildrar at det er press frå pasient, pårørande eller situasjonen kring pasienten:

*«Ikkje- medisinske grunnar verkar inn dei. Pårørande som treng avlastning eller som ikkje klarar å ta vare på den personen i heimen er ein faktor. Nokon av pasientane får ein meir omsorg for, og slike relasjonar kan påverka meg til innlegging. Krevjande pasientar oppnår ofte meir, og det kan nok også påverka meg til å leggja inn der dei ber om det. Dersom eg hadde hatt nære pårørande som var alvorleg sjuke rundt meg og eg kjente på den uro og alt som føl med, kunne nok gjort at eg lettare hadde lagt*

*inn andre pasientar i same situasjon fordi eg kunne kjent att belastninga deira.»*

(Informant 7, ØH-tilbod1)

Ein lis2 lege fortel korleis den kan verta påverka av ting i eige liv til å leggja pasientar inn til behandling på ikkje-medisinske grunnar:

*«Som lege kan ein heilt sikkert verta påverka av det. Som relasjonar til pasientar som er oftare innlagd enn andre. Uansett kor profesjonell ein prøver å vera, så er det nokre pasientar som er vanskelegare å forholda seg til enn andre. Det er garantert ein slik underbevisst sak som gjer at me kanskje behandlar nokon litt annleis enn andre. I slike tilfelle kan det vera enklare å leggja desse inn på ØH-tilbodet til observasjon.»*

(Informant 1, Helseføretak)

Informantane ovanfor fortel at dei vert farga av slike relasjonar til pasienten. Funn i studien tyder på at når pasientar vert innlagt av ikkje- medisinske grunnar vert dei innlagt på ØH-tilbodet.

Eit funn i studien er at legen sin intuisjon, deira personlege erfaringar og magekjensla kan slå inn når dei gjer sine vurderingar av pasienten. Det er legen som skal ta ei avgjersle på vurderinga kring behandlinga, men så er det også mange andre faktorar enn målbare verdiar som påverkar. Informant 6 skildrar sin erfaring med intuisjonen som at: «magekjensla seier meg om pasienten treng tettare observasjon.»

Dei fleste legane har ei erfaring med magekjensle. Dei har magekjensla med seg i sine kliniske vurderingar, og skildrar korleis dei nyttar den på ulike måtar i vurdering av pasienten. Den er heilt klart tilstades og påverkar legane til blant anna om pasienten vert innlagd. Ein lis2 lege skildra bruk av magekjensle slik:

*«(...)nokon gong så tenker man «skal eg holde på den pasienten?» Då får ein litt sånn magekjensle av at det er eitt eller anna men kanskje ikkje likevel, også er det greitt å berre observere dei litt.» «Då er det greitt å sende den vidare til ØH-tilbodet.»*

(Informant 2, Helseføretak)

Data viser at sjølv lis2 legane med større moglegheit til å diagnostisere pasienten og mykje spesialkompetanse til å rådføre seg med, kan kjenne på ei vag uro kring problemstilling på pasienten den ikkje får svar på. Situasjonen seier den noko. Den får eit behov for å observere pasienten, for å sjå om den utviklar fleire teikn på sjukdom. I slike tilfelle vert pasienten oftast flytta over til ØH-tilbodet. Det kan tolkast som at det gjev legen ei trygging på at pasienten

vert teke vare på og følgt opp. Det kan vera tilstandar som kan vera vanskelege å avdekke, men ved vidare oppfølging av lege på ØH-tilbodet vert pasienten teke hand om.

Det å nytte magekjensla vert av nokre legar kopla saman med omgrepet klinisk erfaring, slik som denne kommunelegen gjer:

*«Eg har masse erfaring med magekjensla, som: dette har eg sett før og det var slik, eller: dette var heilt ukjent for meg, eller: denne pasienten ser sjukare ut enn alle testar og undersøkingar syner. Eg trur det heiter klinisk erfaring. Ein kan også få slike irrasjonelle faktorar som spelar inn som gjer at eg lurar på kvifor vart eg no utrygg.»*  
(Informant 8, ØH-tilbod1)

Data viser at det kan vera tilstandar som kan vera vanskelege for legane å dokumentere. Ein legekonsultasjon er kortvarig og legen må ofte ta ei rask avgjersle. Noko som kan gjera at det vert vanskeleg å basere seg på kliniske og medisinske vurderingar. Denne legen legitimerer bruk av magekjensla saman med klinisk erfaring. Det kan tolkast som det at legen har lang erfaring, gjer at den meir automatisk kjenner att slike situasjonar. Legen identifiserer magekjensla med ei gyldighet. Informanten fortel at ei magekjensle også kan slå negativt inn som ei irrasjonell kjensle som gjer legen utrygg, ei kjensle som alle i større eller mindre grad har, alt etter kor trygg ein er på seg sjølv. Det er å tolke at det er ei situasjonsbetinga kjensle som gjer legen utrygg.

Også andre informantar legg vekt på at moglegheitene for å følgje magekjensla aukar til lenger praksiserfaring dei har. Ein kommunelege fortel slik:

*«Eg nyttar magekjensla heile tida. (...) Når eg har jobba ei tid så går det ei form for automatikk i det kan du seie.»* (Informant 12, ØH-tilbod2)

Data viser at også denne legen ser ein samanheng med at lang erfaring og det å kjenne att ein tilstand hos ein pasient kan vera basert på ei magekjensle. Ved å nytte magekjensla kan det tolkast som at legen tar i bruk forståinga om seg sjølv ved å ha tiltru til eigen kompetanse.

Mange informantar uttrykkjer at det kan vera vanskeleg å stå i ein relasjonell situasjon med pasienten. Det kan tolkast som at begge legegruppene er utsett for mykje ytre press frå mange kantar. Både av situasjonen, det dei ser og det dei har opplevd tidlegare. Data viser at det kan vera tøft å stå i slike situasjonar noko som også fører til at det ofte kan vera andre grunnar enn medisinske som får tyding for legane sine vurderingar kring bruk av ØH-tilbodet.

Når legen vurderer pasient til innlegging i ØH-tilbudet har faktorar i konteksten den står i og forhold knytt til egne erfaringar kring akkurat den situasjonen stor betydning for korleis legen handlar. Magekjensla eller intuisjonen er og av stor betydning, anten aleine eller saman med klinisk erfaring. Dette peikar mot det eg har valt å kalla ein situasjonell logikk.

## 4.2 Profesjonell logikk

Eit anna funn i studien er at det kollegiale og tru til kollega sin kompetanse spelar ei rolle for korleis legen vurderer bruk av ØH-tilbudet. Eg finn ein variasjon i materialet, der lis2 legane skil seg ut som meir utrygge på kommunelegar sin kompetanse. Det viser seg når lis2 lege fortel slik:

*«Nokre kommunar er bra strukturerte og har god kompetanse, medan i andre kommunar er eg meir bekymra for kompetansen til legane. Då held eg gjerne pasienten att på sjukehuset. Men i utgangspunktet er det grei behandling til desse pasientane.»* (Informant 1, Helseføretak)

Informanten snakkar her om tryggleik til kommunelegane, både legane ute i kommunen men og lege på ØH-tilbudet. Informanten stiller både spørsmål om lege på ØH-tilbudet har god nok kompetanse til behandlinga når dei sender pasienten dit, og om legane ute i kommunane har god nok kunnskap til å følgje opp pasienten heime. Det kan tolkast som at lis2 legane kan kjenne seg utrygge på det kommunale tilbudet og at dei har ein grunnleggjande mistillit til at kommunane har god nok kompetanse.

I motsetnad til lis2 legane opplever dei fleste kommunelegane høg grad av tryggleik til behandlinga på ØH-tilbudet. Tryggleik er viktig for at lis2 legane skal nytte tilbudet. Deira utryggleik er retta mot kor godt dei sjølve klarar å diagnostisere og avklare pasienten før innlegging. I den grad lis2 legane er utrygg til tilbudet er der pasienten er i grenseland mellom tenestnivåa, ØH-tilbud vs. sjukehus. Ein kommunelege fortel slik:

*«Tryggleik til ØH-tilbudet er veldig viktig for meg for å nytte det. Der eg har vert utrygg er der eg sjølv er utrygg viss ein pasient er i grenseland om den skal den eine eller andre plassen. Det stiller større krav til observasjon og kompetanse.»* (Informant 4, ØH-tilbud1)

Det er rimeleg å tolke at der legen er utrygg til å diagnostisere vil den leggja pasienten inn på sjukehuset.

Motsett fortel ein kommunelege at den var trygg til å sende meir utrygge problemstillingar til ØH-tilbodet:

*«Tryggleik for pasienten er viktig. Men eg er samtidig trygg på at der eg sender utrygge problemstillingar til kommunalt ØH-tilbod så vil dei vidare vurdere til sjukehuset og på den måten trygge pasienten.»* (Informant 8, ØH-tilbod1)

Når kommunelege her seier at han kan sende utrygge problemstillingar til ØH-tilbodet, fordi den er trygg på at dei vil gjere dei naudsynte vurderingane, tyder det at legen har tiltru til den kompetanse som er i tilbodet. Dette i motsetning til det som kjem fram av intervju med dei to lis2 legane.

Funn i studien viser at profesjons hierarki spelar inn for legane si vurdering av ØH-tilbodet. Eg finn særleg ein variasjon mellom lis2 legar og kommunelegar når det gjeld opplevingar av autoritet. Gjennom intervju fann eg høg grad av autoritære haldningar hos lis2 legane i deira kontakt både mot ØH-tilbodet og til ei viss grad ovanfor pasientane. Ein lis2 lege skildrar det slik:

*«Ja det skjer jo ganske ofte at man kjenner at man må nytte litt den der autoriteten som man da har til å tvinge igjennom sitt synspunkt. Me har såpass frie tøyler her til å styre det fagleg sjølv at det ofte ikkje er naudsynt å involvere våre seniorar. Men der eg treng det er det oftast slik: eg tenker sånn og sånn, er du einig? Også seier dei anten ja eller nei. Dei seier oftast ja. Då har eg den ryggdekkinga eg treng for å ta den kampen med ØH-avdelinga for den endelege avgjersla med å leggja inn ein pasient. Det ender ofte med at det er oss på sjukehuset som må gjera det.»* (Informant 1, Helseføretak)

Informanten skildrar her ei haldning om å prøve å styre over ein institusjon på anna tenestnivå. Sitatet ber ikkje preg av dialog. Tvert imot skildrar lis2 legen samarbeidet med lege på ØH-tilbodet som ein kamp. Sitatet kan tolkast som at legen er pressa av situasjonen og kan kjenne seg i skvis, og med det vil prøve å flytte pasientar. Ein årsak kan gjerne vera knappe ressursar med fulle avdelingar. Det at legen får ryggdekking for sin handling kan tolkast som at den må ha støtte av overlegen for sine vurderingar, at lis2 legen gjerne ikkje er

heilt sikker i si avgjerse, og støtter seg på overlegen når lis2 legen pressar innlegginga igjennom. Sitatet ber preg av ein hierarkisk tankegong.

Ein annan lis2 lege fortel at den kan kjenne seg overordna pasienten når den må skrive pasienten ut mot den sitt ønskje. Informanten opplever at nokre pasientar gjerne vil prøve å styre over legen i slike situasjonar, men lis2 legen svara at: *«men dei får ikkje bestemme nei.»*

Informanten viser her si makt ovanfor pasienten. Det kan tolkast at legen er tydeleg og bestemt i kva pasientar som kan leggjast inn og ikkje.

Lis2 legane sitt samarbeid med sjukepleiarane i eiga avdeling ber preg av stor respekt for sjukepleiarane sin erfaring og kompetanse. Dei arbeider på vakt saman med sjukepleiar der mange av dei gjerne har lang erfaring frå avdelinga. Ein lis2 lege fortel slik om dette samarbeidet:

*«Dersom eg kjem med det som eg tenker er riktig behandling og viss for eksempel ein sjukepleiar som eg diskuterer med er ueinig, så har det mykje å seie. Både den sjukepleiar som føl pasienten men også den sjukepleiar som arbeider her i avdelinga. (...) Sjukepleiar som har arbeidd her i mange år har betre erfaring med ØH-avdelinga enn det eg har. Så viss dei seier snakk med den avdelinga dei er flinke, så har det veldig mykje å seie. Argumenta til desse sjukepleiarane kan overgå dei medisinsk faglege grunnjevndane fordi det er så mange ting som spelar inn. (...) sjukepleiar som føl pasienten er den som kjenner pasienten godt, den plar eg å høyre på så godt eg kan»* (Informant 1, Helseføretak)

Det informanten fortel er at den stolar fullt ut på sjukepleiar og legg vurderingar og avgjerse i hendene på sjukepleiaren. Sjukepleiar sine argument kan overgå medisinsk faglege grunnjevndar. Lege gjev med dette frå seg mynde og lar sjukepleiar styre i vurdering av pasientar. Det kan tolkast som at den har respekt for sjukepleiarane, tar avgjerd ut frå deira vurderingar og sit sjølv med ansvaret. Ein annan lis2 lege fortel følgjande:

*«Sjukepleiar kan ofte komme å seie slik som at: den pasienten treng ikkje innlegging, og at eg på ein måte får ein feedback og så får me ein diskusjon på kvifor dei meiner det. Eg samarbeider mest med sjukepleiarane for dei er det flest av. Ofte har dei sagt at ein pasient kan på ØH-tilbodet fordi dei kjenner betre til rutinane enn meg. Sjukepleiar legg føringar også tar eg avgjersla.»* (Informant 2, Helseføretak)

Informanten skildrar ein dialog og eit samarbeid om kor pasienten skal leggjast inn. Likevel viser sitat at lis2 legen stoler på sjukepleiarane og lar sjukepleiarane legge føringar for egne avgjerder. Grunngevinga for samarbeidet vert knytt både til at sjukepleiaren har lang erfaring og kjenner rutinane for ØH-tilbodet godt. Det kan tolkast som at sjukepleiar har mykje makt over situasjonen og nyttar ØH-tilbodet som eit trumf kort. Det er interessant at legen står med ansvaret for avgjerder han i praksis lar sjukepleiarane ta. Det viser seg med at legen har lite kjennskap til rutinar kring innlegging på ØH-tilbodet og er difor nøydd for å støtte seg til sjukepleiarane sine vurderingar.

Der lis2 legane fortel om eit underordna forhold til sjukepleiarane på sin arbeidsplass, kan nokre kommunelegar oppleva det sameeins ovanfor sjukepleiarar ute i kommunen. Ikkje alt samarbeid mellom desse aktørane er harmonisk, og fleire kommunelegar skildrar eit samarbeid der sjukepleiarane sin kontakt med legen gjerne går på ei føring eller press på at pasienten treng å leggjast inn. Legane kan og kjenne seg pressa til å ta ansvar for ulike problemstillingar, som kan vera vanskelege, då dei gjerne står langt frå pasienten. Legane skildrar presset på ulike måtar men har ein tanke om at det handlar om knappe ressursar til å følgje opp pasientane heime. Ein informant skildra det slik:

*«Eg opplever at bestillinga er innlegging ved kontakt. Så må eg gjerne sende ut ein ambulanse for å gjere ei vurdering(...) og sende den heimatt på same vis er gjerne ikkje eit alternativ. Då vert det gjerne ei innlegging.»* (Informant 4, ØH-tilbod1)

Det informanten fortel er at sjukepleiar har ei bestilling på innlegging når den tek kontakt med fastlege om forverring hos ein pasient. Legen er avhengig av å kunne stole på vurderingane sjukepleiar melder vidare. Så kan det sjå ut som desse vurderingane ikkje alltid er høvelege med innlegging, men når pasienten har teke den lange vegen fører det ofte til ei innlegging likevel. Dette sitatet kan på lik line med samarbeidet på sjukehuset med lis2 legen tolkast som at sjukepleiar har ei makt over kommunelegen til å foreta ei innlegging utan at det er naudsynt. Makta ligg på sjukepleiar sin kjennskap til pasienten og dei observasjonane sjukepleiar melder ifrå om.

Funn i studien viser at samarbeidet mellom kommunelegane og medarbeidarar på eigen arbeidsplass oftast er av kollegial karakter. Fleire informantar fortel at dei saman diskuterer og vurderer kor pasienten skal. Ein informant syner korleis den samarbeider med andre profesjonar på legekantoret slik:

*«Å ja eg samarbeider ofte med andre kollega her på kontoret ved innlegging på ØH-tilbodet. Mange pasientar går igjen(...), slik at medarbeidarane på kontoret her også har ei oppfatning av situasjonen når pasienten er her. Dei får gjerne ein telefonmelding om ting, (...)og dei har gjerne sett pasienten i førre veke og då var den slik. Det hjelper meg til å ta vurderingar. Eit samarbeid med bruk av alle profesjonar, ikkje overtal med legar.» (Informant 8, ØH-tilbod1)*

Data viser at samarbeidet aktørane i mellom har høg grad av tryggleik i seg. Det kan tolkast som at samarbeidet ber preg av å inkludere alle som arbeider kring pasienten. Funna her peikar på at dei utvekslar verdfull informasjon for å vurdere pasienten vidare til behandling, som kan tolkast dit at aktørane er likestilte partar i dialogen og med det kan ein unngå å kjenne seg som overordna eller underordna kvarandre.

Ein annan kommunelege viser korleis den legg vekt på samarbeidet med sjukepleiar på vakt i vurdering av kor pasienten skal behandlast og skildrar samarbeidet som knirkefritt. Ein legevaktslege skildrar det slik:

*«Sjukepleiarane kjenner ofte til dei psykososiale faktorar og pasientane (...) derfor så bruker eg sjukepleiarane i all den utstrekning eg kan ved å nytte meg av deira kompetanse så mykje eg kan for pasienten sitt beste.» (Informant 4, ØH-tilbod1)*

Funn i studien viser at kommunelegane ofte har eit ikkje-hierarkisk samarbeid på arbeidsplassen, men at det ber preg av det kollegiale der dei har støtte av sine medarbeidarar. Det å samarbeide med andre profesjonar, både lege, sjukepleiar og medarbeidarar kan tolkast til å vera med å sikre pasienttryggleiken og gode pasientovergangar. Funn viser at kommunelegane konfererer og samarbeider generelt mykje gjennom dagen og at dei har tillit til andre yrkesgrupper sin kompetanse. Alt dette viser seg å vera med i legen si vurdering for vala den tar for vidare behandling.

Kommunelegane samarbeider også med lis2 legane om vidare behandling. Anten for å få råd og vegleing, eller ved vurdering om ein pasient skal behandlast på ØH-tilbodet eller ei. Ein del kommunelegar synes det er eit bra samarbeid, men ikkje alle. Ein informant skildrar det slik:

*«Sjukehuset ser eg som ein mindre samarbeidande part for min del. Sjukehuset kjenner eg at eg arbeider imot. Sant. Eg vil leggja inn pasientar som dei ikkje vil ta imot. Men eg legg dei jo inn der likevel. Eg legg gjerne litt oftare inn på ØH-tilbodet*



*av denne årsaken, sjølv om eg tenker at det skal ikkje ramme pasienten, men av og til så påverka det meg likevel.» (Informant 10, ØH-tilbod2)*

Sitatet viser at informanten ikkje har eit godt samarbeid med lis2 legane. Det kan tolkast som at det er ei viss grad av mistillit frå kommunelegen si side og at den gjerne kan kjenne det som at den ikkje vert høyrte. Det kan tolkast som mistillit til at lis2 legen ikkje gjer ein god nok fagleg vurdering når kommunelegen tar kontakt. At kommunelegen vel å leggja pasienten inn på ØH-tilbodet istadenfor fordi den meina at pasientane ikkje alltid er ønska på sjukehuset, kan tolkast som at kommunelegen opplever manglande aksept frå lis2 legen på visse pasientgrupper, det å ha tid til pasienten eller at lis2 legen ikkje prioriterer dei.

Ein annan kommunelege fortel slik om korleis den samarbeider med lis2 lege i vurdering kring det å leggja inn pasientar på ØH-tilbodet etter at avdelingslege er gått for dagen:

*«Eg samarbeider med lis lege på sjukehus fordi det er eit spørsmål for meg om eg skal leggja pasienten inn der eller om eg skal leggja den inn på ØH-tilbodet. Eg får attendemeldingar om at det er fullt og travelt på sjukehuset, og om pasienten er i tvil så ønsker de gjerne at eg skal leggja pasienten inn på ØH-tilbodet.» (Informant 9, ØH-tilbod2)*

Litt annleis opplever ein annan kommunelege samarbeid med lis2 lege om råd og vegleiing. I sitatet kjem både den profesjonelle logikken og den instrumentelle logikken som famnar om ressurstilhøva til syne:

*«Eg trur at den legen lar seg påverka med å styre pasienten til ØH-tilbodet dersom det er travelt og fulle sengepostar på sjukehuset og ikkje alltid ei fagleg vurdering som er styrande. Det trur eg nok ja.» (Informant 12, ØH-tilbod2)*

Det informantane fortel er at dei opplever råd og attendemelding frå lis2 legen som farga av korleis kapasiteten på sjukehuset er, og at lis2 legen difor nyttar ressursproblem som grunnlag for sine vurderingar. Det er rimelege å tolke at kommunelegane kan stå litt aleine med ansvaret og treng å få vurderingar som ikkje ber preg av kapasitetsproblem eller andre utfordringar kring ressursar. Det kan vidare vera rimeleg å tolke at der legane opplever å få råd ut frå eit ressursperspektiv og ikkje ut frå eit behandlingstrengjande perspektiv, kan kommunelegane misse tiltru til lis2 legen og kjenne at den står aleine med ansvaret.

Data viser at ein del av samarbeidet mellom kommunelegane og lis2 legane ber preg av likestilte partar. Fleire kommunelegar ser på samarbeidet som godt der dei får råd og

vegleiing. Men nokre informantar fortel at dei ikkje alltid kan stole på lis2 legane sine vurderingar. Andre informantar igjen kjenner at lis2 legane gjerne styrer pasienten ut att til kommunen til ØH-tilbodet dersom dei på sjukehuset er pressa på kapasitet. Ein informant går så langt at den fortel om oppleving av at sjukehuset ikkje vil ha pasientar som den legg inn og som ei følgje av det gjerne legg hyppigare inn pasientar på ØH-tilbodet. Dette kan tolkast som at samarbeidet med lis2 legane for nokre kommunelegar ber preg av hierarkisk karakter. Nokre har dårlege opplevingar med lis2 legane, og det kan skape utryggleik. Andre kommunelegar igjen vert styrte i flyten av pasientar, og dei er til dels klår over det.

Det er ei ulikheit i datamaterialet frå kommunelegane knytt til ØH-tilbod 1 og kommunelegane knytt til ØH-tilbod 2 der kommunelegane knytt til ØH-tilbod 1 stort sett har eit godt samarbeid kring rådgjeving av pasientar med lis2 legane. Kommunelegane knytt til ØH-tilbod 2 kjenner at dei svara lis2 legane gjev på rådgjeving ofte vert farga av kapasiteten på sjukehuset og at kommunelegane ikkje alltid kan stole på vurderingane lis2 legane gjer.

Det å vera profesjonell er gjerne ein samlekategori for forteljingar om samarbeid, det kollegiale- tillit eller mistru til kollega og den sin kompetanse, makt og profesjons-hierarki vert her kopla til det å vera profesjonell og inngå i profesjonelle relasjonar til andre. Det verkar som desse faktorane har stor påverknad på legane sine vurderingar. Det er samlande for det eg har valt å kalla ein profesjonell logikk.

### **4.3 Pasientorientert logikk**

I vurdering av behandlingstilbod synest det å vera viktig for legane å finne ei løysing som er til beste for pasienten, og då kjem oftast ikkje omsyn til lovverket og kravet om å nytte ØH-tilbodet i første rekke. Ein generell tendens i datamaterialet er at kommunelegane i stor grad har pasienten og den sine ønskje i fokus når dei vurderer innlegging i ØH-tilbodet, det er tanken om pasienten først.

Lis2 legane ønskjer gjerne å ha fokus på pasienten men har likevel kapasiteten som største prioritet. Ein lis2 lege fortel slik:

*«Det pasienten ønskjer er veldig viktig, men så lenge me kan trygge pasienten på at det er eit bra tilbod er den stort sett nøgd med det. Slik at me prøver å nytte oss av det tilbodet så ofte me kan.»* (Informant 1, Helseføretak)

Lis2 legen snakkar her om ØH-tilbodet. Det informanten seier er at pasienten skal få vera med og påverke behandlingsstad. Likevel er det å tolke at lis2 legen styrer pasienten si medråderett med å leggja føringar ovanfor pasienten med korleis den presenterer behandlingsstaden. Motsett viser ein annan lis2 lege eit større behov for å trygge seg sjølv og fortel slik:

*«Men så har du den også med at nokre pasientar ikkje vil ut. Eg som lege vil ha dei ut men pasienten ønsker ikkje. Då kan eit opphald på ØH-tilbodet vera med på å få dei gradvis ut.»* (Informant 2, Helseføretak)

Informanten skildrar her ein pasient som ikkje er i behov for innlegging og kan sendast heim, men legen vel likevel å leggja pasienten inn på ØH-tilbodet då pasienten ikkje ønskjer å reise heim. Dette kan tolkast som at ØH-tilbodet gir legen eit ekstra forhandlingskort i møtet med pasienten sine ønskjer. ØH-tilbodet vert å rekna som ein mellomstasjon, noko som lettare kan få aksept hos pasienten medan lis2 legen frigjer kapasitet på sjukehuset.

Ein informant fortel at han oftare og oftare opplever at pasientar som kjem til konsultasjon, der det er snakk om innlegging, har eit ønskje om kor den skal behandlast:

*«Men så har eg dei som kjem med bestillingar, ØH-tilbodet eller sjukehuset. Mange vil på ØH-tilbodet, og kjem med ferdigpakka bag..»* (Informant 12, ØH-tilbod2)

Sitatet viser at pasientane har gjort seg opp ei meining på førehand med at bagen er pakka. Pasienten har forventningar på å leggjast inn og er klar for det. Det kan setja legen i ein vanskeleg situasjon då den ikkje alltid kan stetta slike krav frå pasienten dersom det ikkje er medisinsk grunn til innlegging. Det er nærliggjande å tolke at dette er pasientar det er vanskeleg for legen å gå imot.

Ein annan kommunelege fortel at den kan kjenne seg som eit mellomledd eller som ein sekretær fordi pasienten kjem med ei bestilling den har ei forventning om å få ordne:

*«Eg kan godt kjenne meg sjølv som eit mellomledd iblant som pasienten berre skal passera, fordi den tenker at vegen til innlegging er gjennom legevakta og det skal den berre stige over.»* (Informant 9, ØH-tilbod2)

Informanten fortel her korleis den kan verta underordna pasienten. Den kjenner seg «som noko ein berre skal stige over» for å koma vidare i systemet. Legen opplever at pasientane ofte prøver å styre situasjonen, og slik mister ein del av kontrollen. Legen må gjerne gje frå seg ein del mynde til pasienten. Motsett fortel ein informant at den ikkje kjenner seg underordna:

*«Eg er veldig open for pasientane og prøver heller å vegleie og rådgje dei når eg opplever at dei prøver å presse meg til å gjere noko som det ikkje er faglege grunnar for. Opplever eg at pasienten prøver å presse meg vert eg meir skuffa over det enn eg kjenner meg underordna.» (Informant 4, ØH-tilbod1)*

Råd og vegleing vert her ein måte å forhandle med pasienten på. Det kan tolkast som ein måte å koma til einighet utan at legen lar seg underordna men i staden skapar ein dialog og på den måte kan einast.

Datamaterialet viser at der informanten gjev etter for press eller kjem i skvis, vil det gjere noko med ein. Informantane i materialet har ulike opplevingar av dette. Fleire informantar fortel at dei kan koma opp i vanskelege situasjonar med pasient og pårørande, og pasienten sine ønskje. Informanten kan forstå særleg pårørande sine ønskje for pasienten, pårørande er ofte påverka av kjensle og vil berre det beste for sine egne. Likevel har legen eit ansvar for å ikkje nytte eit høgare tenestnivå enn det som er naudsynt. Informanten må då gjerne gå imot ønskje til pasient og pårørande medan andre informantar gjev etter. Ein kommunelege fortel slik på vakt på legevakta:

*«Eg har enkelte gjengangarar (...) Dei kjem her med eit ønske om innlegging på ØH-tilbodet. (...) og det etterkommer eg.» (Informant 4, ØH-tilbod1)*

Ein generell tendens i studien er at legane nyttar ØH-tilbodet til innlegging der det ikkje er direkte medisinske grunnar hos pasienten. Det informanten her seier støttar opp om den tolkinga. Gjengangar i denne samanheng kan tolkast som ein pasient som stadig kjem attende med ønskje om ulike teneste. Når legen møter desse på legevakta er det ofte få andre alternativ med hjelp å tilby og legen har få andre kollega å støtte seg på. Det kan tolkast som at legen gjev etter for pasienten sitt ønskje fordi det manglar andre alternativ.

Ein kommunelege fortel at den møter pårørande som tar sine krav til pasienten frå eit omsorgsperspektiv medan andre tar det meir ut av eit egoistisk perspektiv. Der legen forstår det som å sleppe noko av ansvaret som pårørande. Det er fleire informantar som fortel at pårørande gjerne kjem med ferdig pakka bag for sine. Ein informant fortel slik:

*«Eg har opplevd at pårørande har ferdigpakka bag. (...) Dei seier gjerne ingenting om den ferdig pakka bagen før eg har sagt at eg har snakka med ØH-tilbodet. (...)Då får eg til svar: «det var godt, ja me har pakka og.» (Informant 10, ØH-tilbod2)*

Kommunelegane som fortel at dei opplever pårørande som kjem med ferdig pakka bag, peikar på at bestillinga er innlegging slik som dette sitatet. Det kan verke som det er vanskeleg for kommunelegen å snu pasienten heim att når både den og pårørande er innstilt på at pasienten skal leggjast inn. Det kan tolkast som at kommunelegane synes det er vanskelegare å stå imot pårørande når dei ber om innlegging enn det er å stå imot pasienten. Kommunelegane fortel at pårørande kan vera tydelegare og ha eit større krav enn det pasienten har.

Ein kommunelege fortel at den gjerne opplever pårørande som ein sufflør til pasienten. Vidare skildrar den pasientane som meir kunnskapsorienterte enn før og at dei held seg oppdaterte om det medisinske tilbodet gjennom blant anna internett.

Ein annan kommunelege fortel at den har opplevd pårørande som har forsøkt å presse den til å leggja pasient inn på ØH-tilbodet. Enda ein fortel slik om pasientar som har fokus på sin medråderett:

*«(...) kunnskapsorienterte pasientar som hentar informasjon på internett (...) som har store forventingar og som stiller aukande krav til både det medisinske tilbodet, (...).»*  
(Informant 5, ØH-tilbod1)

Det kommunelegen fortel er at både pasient og pårørande gjerne kjem med sine egne meiningar på vidare behandling. Informanten seier vidare at den vel å sjå forbi det. Ein annan kommunelege skildrar korleis den samarbeider med pasient og pårørande for å koma fram, i fellesskap, til beste løysing:

*«Me sit gjerne her ved denne pulten saman, pårørande- pasient- meg, og så diskuterer me. Kva er situasjonen, korleis skal me takle den, kva er beste val. Eg prøver å lytte til dei, og så gjer eg eit val ut frå både deira ønsker og den medisinske situasjonen.»*  
(Informant 8, ØH-tilbod1)

Begge desse informantane fortel om møter med pasient og pårørande, der pårørande gjerne har sine ønsker for vidare behandling. Den eine informanten vel å sjå forbi det og løyser det på den måten. Motsett prøver den andre informaten å ha ein dialog, der pasient og pårørande styre praten. Der kommunelegen unngår å påverke med for mykje ord ved å vera lyttande viser den pasienten tillit, og kan gjennom dette skapa aksept for den vurderinga kommunelegen gjer knytt til val av behandlingsstad.

Data viser at legane snakkar mykje om dette med relasjon og påverknad frå pasienten. Pasienten som ønskjer noko. Det kan tolkast at dette handlar om den relasjonen fastlegen

gjerne får med sine pasientar med å vera deira lege over lang tid, gjerne mange år. Det er rimeleg å tolke at det påverkar legen til kva val den tek og korleis den grunngjev vala sine. I slike tilfelle nyttar gjerne legane seg av mange ikkje- medisinske grunnar til innlegging av pasientar, og dei fleste av desse innleggingane går til ØH-tilbodet. Ein lis2 lege skildrar korleis eit slikt møte kan vera og korleis det kan vera enklare for lis2 legen å leggja pasienten over i dei kommunale ØH-sengene enn inn på sjukehus:

*«Dersom pasienten ikkje vil reise heim men dei må ut, då kan eg leggja dei på ØH-tilbodet. Me får alltid nye pasientar til vurdering i akuttmottak og det vil alltid gå utover dei som faktisk treng behandling på sjukehuset dersom dei som må heim får vera. Det er lett å gje etter for pasienten. Pasienten kan også ha pårørande eller anna pleiepersonell som følg dei, som også underbyggjer at den ikkje kan heim av ulike årsaker. Eg prøver å vera grei viss det er plass og kan også leggja slike pasientar inn på sjukehuset» (Informant 1, Helseføretak)*

Sitatet viser at pasient og pårørande sine ønskje påverkar lis2 legen sine vurderingar. Den prøver å vera grei, men berre dersom det er kapasitet. Det kan tolkast som at lis2 legen står i ein vanskeleg situasjon. Den må ta omsyn til kapasiteten på sjukehuset og unngå at pasientar som ikkje har behov for innlegging på sjukehuset, vert innlagt. Samtidig står lis2 legen med ein pasient som har eit ønskje. Det er rimeleg tolking at legen vel å nytte seg av ØH-tilbodet eller innlegging på sjukehuset ved god kapasitet, fordi det kan verte ubehageleg å gå imot pasienten sitt ønskje.

Datamaterialet viser at legane vert pressa av både pasienten og pårørande til å vurdere ei innlegging. Nokre gongar gjev dei etter medan andre gongar står dei imot det ytre presset. Det verkar som om omsynet til pasienten og pårørande sine ønskjer, behov og heimesituasjon, og kva forhandlingkort legen har i dette møtet får stor betydning for legane sine vurderingar knytt til ØH-tilbodet. Samla peikar dette mot det eg har valt å kalla ein pasientorientert logikk.

#### **4.4 Instrumentell logikk**

Lis2 legane fortel korleis stemninga er på heile sjukehuset når det er dårleg kapasitet og lite ressursar tilgjengeleg. Då merkar legane at alle kjenner seg pressa. Ut frå det legane fortel handterer dei dette presset på litt ulike måtar. Nokre kan vera meir bestemt og presse

igjennom at pasienten skal flyttast over til ØH-tilbodet for å skape seg betre plass slik informant 1 peikar på:

*«Viss det er ein full avdeling så er heile spenninga på avdelingane heilt annleis. Alt frå lege til sjukepleiar til leiinga. Når det er full avdeling vert det veldig fokus på å prøve å snu dei pasientane som kan snuast, og prøve å skrive ut dei pasientane som kan skrivast ut. (...) og motsett ved rolege periodar. (...) Slik at ved ein full avdeling så vert me pusha til å ta litt meir risiko i forhold til å sende ein pasient vidare til ØH-tilbod enn når me har rolege avdelingar.» (Informant 1, Helseføretak)*

Informanten fortel at når det er knappe ressursar på sjukehuset, er det fullt fokus på kva pasientar som skal vera på sjukehuset og kven som kan andre stadar, anten heim eller til ØH-tilbodet. Informanten nyttar omgrep som å verte «pusha» og ta meir «risiko» i vurdering av pasientar i slike periodar. Når desse to uttrykka vert sett i samanheng er det rimeleg tolking at legen vert utsett for ei form for press til å gjere ei større innsats, at den må bruke mindre tid til å vurdere pasientane, og ta snarvegane med å ferdigstille dei. Spenning på huset kan tolkast at det er fokus på å flytte dei pasientane som kan. Legane vil kjenne at den instrumentelle logikken kan vera i konflikt med den pasientorienterte med omsyn til å ha pasienten i fokus.

Lis2 legane har klare tankar kring kommunane sitt ansvar for å behandle pasientar etter at samhandlingsreforma kom. Lis2 legane er tydelege på at dei nyttar ØH-tilbodet for å avlaste sjukehuset og ressursane der. Det kan gjerne føre til ei innlegging som ikkje grunnar i det medisinske, for å frigjere plass til dårlegare pasientar.

Ein lis2 lege fortel at der pasienten kjem seint på kveld eller natt vert den ofte verande på sjukehuset natta over, fordi den ikkje kan leggjast inn på ØH-tilbodet om natta. Ein annan informant ser på ansvaret til kommunane slik:

*«Etter at samhandlingsreforma kom så har kommunane eit større ansvar enn dei hadde før, til å ta ein del av pasientgruppene som sjukehuset tidlegare har tatt. I utgangspunktet er haldningane at me prøver å nytte oss av kommunen så ofte me kan, mykje for å skjerme vår eigen kapasitet» (Informant 2, Helseføretak).*

Informanten refererer til samhandlingsreforma og peikar på at kommunen har plikt og ansvar til å ta imot pasientar for å avlaste sjukehuset. Lis2 legen grunnjev argumenta sine rasjonelt og effektivt og vel innlegging i ØH-tilbodet for å løyse egne kapasitetsproblem. Det kan

tolkast som at legane ved sjukehuset gjerne skuggar over deira eige utfordring med å vise til kommunen sitt ansvar.

Ein kommunelege fortel slik korleis den ser eit ansvar for å nytte ØH-tilbodet, både ovanfor samfunnet og ovanfor pasientane:

*«Eg kjenner eit ansvar for å nytte meg av tilbodet, både som eit samfunnsansvar men også ovanfor pasientane mine. Pasienten kjem først, (...) Fordi å leggja ein pasient på ein korridor er ikkje akkurat det beste for pasienten, og kanskje heller ikkje for systemet. Det kan liggja ein pasient på sjukehuset som er steindårleg men ingen ser på den fordi det er så full avdeling. (...)» (Informant 5, ØH-tilbod1)*

I dette sitatet kjem fleire av logikkane til syne. Både den pasientorienterte logikken og den instrumentelle logikken med fokuset på ressursar. Informanten prøver å forene to logikkar som i utgangspunktet er motstridande. Det er ressursperspektivet der legen viser til fulle avdelingar der tilsette ikkje har kapasitet å sjå til pasientane, og pasientperspektivet der legen tenker pasienten først og god kvalitet for pasienten. Legen legitimerer synet sitt på kvifor den kjenner eit ansvar for å nytte ØH-tilbodet.

Ein generell tendens i studien er at lis2 legane kjenner eit ansvar for å nytta ØH-tilbodet for å avlaste sjukehuset og deira kapasitet i periodar der avdelingane er overbelasta. Når det gjeld å kjenne ansvar for å nytte tilbodet svara lis2 legane litt ulikt. Ein lis2 lege fortel slik:

*«Utanom at det er ei lovpålagt oppgåve som er lagt på kommunane så kjenner eg eit ansvar for å nytte tilbodet for å avlaste sjukehuset. Særleg når det er travel avdeling på sjukehuset så har eg eit ansvar for å leggja pasientane på riktig behandlingsnivå.(...) Den siste årsaken til å kjenne ansvar for å nytte ØH-tilbodet er å prøve å få pasienten nærast mogleg heimen.» (Informant 1, Helseføretak)*

I motsetning fortel ein annan lis2 lege slik om ansvarskjensla til å nytte ØH-tilbodet:

*«Eg kjenner eigentleg ikkje noko ansvar for å nytte ØH-tilbodet. Kanskje meir viss det er veldig fullt på sjukehuset så kjenner eg eit ansvar for at me i vår organisasjon ikkje skal verta overbelasta. At dei som er på jobb ikkje skal verta overbelasta då. Men viss det ikkje er forsvarleg at pasienten vert innlagt på ØH-tilbodet, så nyttar eg det ikkje.» (Informant 2, Helseføretak)*

Begge informantane peikar på at det er eiga organisasjon ein tek omsyn til ved vurdering av kor pasienten skal behandlast. Informant 1 peikar heilt klart på den instrumentelle logikken



med ressursperspektivet der den er oppteken av å avlaste eiga organisasjon, at pasienten kan få behandling nærast mogleg heim og at dette er ei oppgåve som er lagt på kommunane etter endring i helsetenesta. Informant 2 har to logikkar i spel, både den instrumentelle men og den medisinske. I tillegg til å dele ressursperspektivet med informant 1 så vil ikkje informant 2 nytte tilbodet dersom det er uforsvarleg. Den vurderer forsvarlegheita ut frå eit medisinsk perspektiv. Data frå informantane gir grunnlag for å spørje om ressursituasjonen spelar ei større rolle enn lovverket som grunnlag for avgjerder kring ØH-tilbodet. Ei anna viktig grunngeving knyt seg til samfunnsansvaret og plikta til å nytte ØH-tilbodet, slik informant 2 peikar på. Ein generell tendens i studien er at leger sine vurderingar av å nytte ØH-tilbodet er særleg gjeldande når det er fulle avdelingar på sjukehuset og verkar å liggja til grunn å skjerma eigen kapasitet.

Kommunelegane er litt delt i deira ansvarskjensle. Dei som kjenner eit ansvar har litt ulike grunngevingar for korleis dei forstår dette ansvaret. Ein informant kjenner eit stort ansvar for å nytta tilbodet og skildrar det slik:

*«Eg kjenner eit stort ansvar for å nytte tilbodet og ser på det som mi plikt. Først og fremst så tenker eg at tilbodet er til beste for pasienten men så er det også lovfesta.»*

(Informant 4, ØH-tilbod1)

Informanten fortel at den kjenner ei plikt om å følgje kravet i samhandlingsreforma om å nytte ØH-tilbodet, men at det også er eit godt tilbod for pasienten.

Ein kommunelege fortalte at den kjente på eit press om å nytte ØH-tilbodet når sengene stod tomme med det same ØH-tilbodet opna. Andre igjen kjenner ikkje like stort ansvar for å nytte ØH-tilbodet. Særleg ikkje når tilbodet er vorte meir etablert. Ein annan kommunelege svarer slik på ansvaret med å avlaste spesialisthelsetenesta:

*«Det eg kjenner på er viss eg allereie har sendt 5 pasientar opp på medisinsk avdeling på ei vakt, så veit eg korleis det ser ut i gangen på akuttmottaket. Eg sender dei som skal på sjukehuset likevel, men eg kjenner på eit ansvar om å ikkje fylle opp sjukehuset(...) Men har eg ein pasient som eg tenker det kan vera behov for behandling men gjerne ikkje, så er eg den legen som legg den pasienten inn på ØH-tilbodet. (...)»* (Informant 10, ØH-tilbod2)

Det informanten fortel er at den kjenner på at sjukehuslegane føl med på kor mange pasientar legen legg inn på ei vakt, og at det påverkar legen til sine vurderingar. Det kan tolkast som at

kommunelegen lar seg påverka av kva lis2 legane tenker og at den gjerne nyttar ØH-tilbodet der den kan for å unngå å verta passa på eller å få eit dårleg rykte.

Alle kommunelegane synes det er viktig med rutinar for bruk av tilbodet slik at det er trygge rammer for legen som legg inn. Det gjer at det opplevast trygt for både pasient og lege. Ein kommunelege fortel at det er viktig med eit slikt rammeverk for å følgje opp dårlege pasientar på avdelinga. Det vil trygge legane ved innlegging å vite at pasienten vert følgt opp av lege i avdelinga. Andre legar fortel slik:

*«(...)klare kriteria til grunn for innlegging i ØH-tilbodet. Det gjer det enkelt å vurdere kva pasient som kan inn og kven som ikkje kan inn.» (Informant 5, ØH-tilbod1)*

Denne informanten ser innleggingsrutinane i eit meir instrumentelt perspektiv. Det er ikkje komplekst- det er berre å følgje reglane. I motsetnad legg mange andre informantar vekt på det komplekse ved mange av pasientane sitt sjukdomsbilete og deira livssituasjon, og dei mange faktorane som spelar inn. Ein kommunelege skildrar rutinane som litt rigid i forhold til formalia til å få lagt inn pasientar. Det informanten seier er at reglane for innlegging i ØH-tilbodet kan kjennast litt strikse, og det kan gjerne forståast som at rutinane ikkje er heilt innarbeidd hos legen.

Lis2 legane synes at dei har lite kjennskap til rutinane for bruk av ØH-tilbodet. Dei skildra behov for meir kunnskap og kva pasientar som skal dit og kven som ikkje skal dit. Ein lis2 lege seier at den gjerne skulle hatt meir undervisning om tilbodet då det vert mykje «learning by doing». Informanten lærer seg sjølv etter kvart og får erfaring på det viset. Ein annan lis2 lege fortel at det heng eit oppslag om rutinane i avdelingane men det er ikkje formelt gått igjennom på avdelinga.

Lis2 legane peikar på at dei har for lite kjennskap til rutinane og må støtte seg til sjukepleiarkolleaga i avgjersle om kvar pasienten skal. Det kan verka som lis2 legane manglar dei formelle elementa som skildrar strukturen i avdelinga som kva innleggingsrutinar som finnes for å leggja pasient på ØH-tilbodet. Når lis2 legen legg avgjersle i hendene til sjukepleiar om ein pasient skal på ØH-tilbodet eller ei, kan det tolkast som at lis2 legane gjev frå seg handlefridomen sin.

I motsetnad til lis2 legane hadde mest alle kommunelegane god kunnskap til rutinane for tilbodet. Ikkje alle hadde dei framme på skrivebordet sitt og det var fleire som ikkje tok dei fram i konsultasjon med pasienten. Rutinane var for alle meir eller mindre innarbeidd og fleire

nytta dei i underbevisstheita. Ein kommunelege fortel slik om korleis rutinane er gjort tilgjengeleg for at dei skal vera enkle å nytte:

*«Dei heng opp oppslag av og til. Rett føre oss på pulten der inne. Når det er endringar og slike ting.» (Informant 10, ØH-tilbod2)*

Informanten fortel at dei får endringar og oppdateringar av rutinar som dei treng. Funn viser at kommunelegen registrerer når endringar kjem noko som kan tolkast til at den får meg seg slik viktig informasjon for å halde seg oppdatert og at informanten er oppteken av å holde seg oppdatert. Data viser at kommunelegane har god kunnskap om tilbodet men at dei også får informasjon ved endringar som er med på at dei vil klare å oppdatere seg. Det er ei skilnad mellom kommunelegane og lis2 legane med at kommunelegane generelt sett er meir oppdatert på retningsliner til å nytte ØH- tilbodet og det kan tolkast som at kommunelegane er meir interessert å halde seg oppdatert.

Vurderingar kring kapasitet, ressursar og formelle føringar har på ulik måte betydning for dei vala sjukehuslegar og kommunelegar gjer i forhold til bruk av ØH-tilbodet. Sjukehuslegane er mest oppteken av at kapasiteten i eigne avdelingar regulerer kor mykje dei bruker tilbodet og at det er ei lovpålagd oppgåve på kommunane dei vil nytte seg av. Nokre kommunelegar har ei stor ansvarskjensle om å nytte tilbodet medan andre kjenner dette mindre. I større eller mindre grad er lovverket, sentrale føringar og ressursituasjonen med i vurderingane til legane. Samla peikar dette mot det eg har valt å kalla for instrumentell logikk.

## **4.5 Medisinsk logikk**

Der det er snakk om ein klart behandlingstrengjande pasient som er diagnostisert med ein diagnose som kjem inn under kriteria til ØH-tilbodet fortel alle legane at det er enkelt og greitt å leggja pasienten inn på ØH-tilbodet på eit medisinsk grunnlag. Ein kommunelege fortel slik om kva pasient det er enkelt å leggja inn på medisinsk grunnlag:

*«Det er kjente tilstandar (...) og ikkje utredning.» (Informant 7, ØH-tilbod1)*

Informanten skildrar her ei passande pasientgruppe som er heilt klart kandidat for ØH-tilbodet og ein pasient som er enkel å vurdere for innlegging.

Eit anna funn i studien er at tryggleik for legen er viktig. Både det å kjenne tryggleik til eiga vurdering, men også tryggleik til at kollega kan følgja opp pasienten. Ein kommunelege fortel slik:

*«Eg kjenner meg veldig trygg på å nytte ØH-tilbodet fordi eg veit at pasienten vert tilsett av lege, og der det er behov vert vidare blodprøvar eller t.d røntgen teke etter behov.»* (Informant 3, ØH-tilbod1)

Data viser at denne informanten har tryggleik til kollega på ØH-tilbodet og at den vurderer pasienten vidare der det vil vera eit behov. I motsetnad fortel ein kommunelege det slik korleis den kan vera utrygg:

*«Min tryggleik til at pasientane vert ivaretekne i tilbodet er heilt avgjerande for om eg sender dei dit. I dei tilfelle eg har vert utrygg er når eg er utrygg på pasienten sin tilstand.»* (Informant 10, ØH-tilbod2)

Denne informanten seier at den må vera trygg på pasienten sin tilstand for å vera trygg til å vurdere ØH-tilbodet. Det kan tolkast som at informanten er lite villig til å ta risiko til å vurdere ØH-tilbodet.

Tryggleik er nært bunde opp til at pasienten får vidare oppfølging og vurdering. Datamaterialet viser at dei aller fleste legane må balansere mellom det å stole på seg sjølv og sine avgjersle. Der dei har valt å leggja pasienten inn til behandling på ØH-tilbodet må dei også stole på den vidare oppfølginga av kollega der. Legane er ofte pressa på tid i konsultasjon, som igjen kan verka inn på om dei får satt riktig diagnose. Ein kommunelege fortel korleis den kan vurdere pasient til innlegging i ØH-tilbodet utan medisinsk grunn, etter press frå anna helsepersonell:

*«(...)Sjølv om den ikkje er dehydrert, har feber eller noko slikt men ikkje kan vera heime, har eg gjerne valt innlegging på ØH-tilbodet.»* (Informant 6, ØH-tilbod1)

Det informanten fortel er at den vel å leggja pasient inn på ØH-tilbodet etter press frå anna helsepersonell, der grunnen er av sosial karakter og ikkje medisinsk årsak.

Lis2 legane kjenner ei anna utfordring kring det med tryggleik ved å stille diagnose. Lis2 legane har større moglegheit til å stille diagnose, noko som gjer at dei sit att med mange fleire målingar og vitalia, men også med fleire parameter til å stille diagnose, noko som også kan gjera det utfordrande:

*«Det kan vera vanskeleg å vurdere ut frå ein masse med tal og verdiar/ vitale målingar, det er noko med å sjå om pasienten er klinisk dårleg eller om den kan på ØH-tilbodet.» (Informant 2, Helseføretak)*

Som informanten seier kan det vera vanskeleg å vurdere pasienten berre ut frå masse verdiar og tal. Det gjer at konteksten og situasjonen dei står i kan gjera at den medisinske logikken ikkje alltid er så godt eigna. Den kan koma i skuggen av meir kontekstavhengige faktorar som for eksempel korleis omgjevnadane til pasienten er eller kapasitetsproblem ved sjukehuset.

Ein kommunelege fortel at: «nokre gongar er diagnostiseringa som eg som fastlege kan gjere litt tynn». Kommunelegen får ikkje gjort like god utredning som det ein kan gjera inne i ei avdeling eller på sjukehus fordi ein gjerne manglar tilstrekkeleg utstyr eller utgreiingsmoglegheit.

Vidare seier informanten at: «Difor set me kanskje nokon gongar feil diagnose, der me gjerne har gjetta litt på diagnose». Legen fortel vidare at dette kan gjelde ufullstendige blodprøvar, manglande røntgenbilete eller anna bilet- diagnostikk. Ein manglar då ein diagnose for å leggja pasienten inn på ØH-tilbodet, og vel til eksempel argument som fallande allmenntilstand eller observasjon som innleggingsårsak.

Sitata viser at der legane klarer å stille diagnose, og har tryggleik til både seg sjølv og til andre får dette betyding for om dei vel å leggja inn i ØH-tilbodet. I desse situasjonane dreg legane vekslar på den type forståingar som eg har valt å kalla den medisinske logikk. Data viser midlertidig at den medisinske logikken ofte kjem i skuggen av andre og meir kontekstuelle logikkar. Dette peikar mot det eg har valt å kalla medisinsk logikk.



## 5.0 Drøfting

Tema for prosjektet mitt er korleis legane gjer sine vurderingar i deira bruk av ØH-tilbodet, og kva for institusjonelle logikkar dei tek i bruk når dei gjer sine val. I det følgjande vil eg drøfte nokre av hovudfunna i studien, og eg vil avslutte med ein kort refleksjon rundt implikasjonar for praksis og vidare forskning.

### 5.1 Å balansere ulike omsyn og forståingar

Funn i datamaterialet viser at legane må balansere mellom ulike krav og forventningar når dei gjer sine vurderingar knytt til ØH-tilbodet. Sjukehuset, ØH-tilbodet og kommunelegane er ein del av ein større institusjonell kontekst (Scott,2008). Institusjonane er komplekse med at dei består av både regulative, normative og kognitive element, der alle vil påverke kva forståingstilbod eller logikkar legane har tilgang til når dei skal gjera sine vurderingar av den einskilde pasient. Datamaterialet viser fleire sentrale logikkar som er i bruk når legen prøver å manøvrere mellom dei ulike forståingane, der både ytre press og normative og formelle krav gjev føringar for arbeidet, og spelar ei rolle for deira vurderingar.

Nokre gongar viser også datamaterialet at dei ulike logikkane som rår er motstridande, og såleis gjer legane sine avgjerder enda meir utfordrande, som når informant 1 fortel at den må vera meir bestemt i sin kontakt til legen på ØH-tilbodet. Slik kan ein tolka at det var den profesjonelle logikken som hadde størst betydning for legen sine handlingar. Den profesjonelle logikken identifiserer eg å høyre heime under den kognitive pillaren der fokuset er felles oppfatningar av sosiale røyndomar i samfunnet som profesjonskultur (Scott,2008). Det skildrar det profesjonelle som seier at slik gjer me det her og slik gjer me det i vår avdeling, som når sjukehuslegen må få stadfesting av overlegen at den har riktig tankegong i vurderingane for å gå vidare mot lege på ØH-tilbodet. Den profesjonelle logikken var ofte i bruk hos sjukehuslegane når dei fortalte om sine vurderingar og erfaringar med ØH-tilbodet.

På den andre sida kan ein også stille spørsmål om ikkje den instrumentelle logikken har betydning for sjukehuslegen, slik som når informant 1 snakkar om å gå i kamp med lege på ØH-tilbodet for å få gjennomslag for sine val. Den instrumentelle logikken vil kunne plasserast under den regulative pillaren og identifiserast med formaliserte reglar som verkar inn på åtferda til aktørane for korleis oppgåver skal løysast eller kva ein ikkje skal gjera

(Scott,2008). Det formelle rammeverket gir denne legen dei ressursane den treng for å ta kampen med lege på ØH-tilbodet.

Datamaterialet viser at kommunelegane har ei positiv erfaring med lege på ØH-tilbodet. Men eg finn også nokre ulikheitar mellom kommunelegane som går på at legar knytt til ØH-tilbod 1 kjenner eit større ansvar for å nytte seg av tilbodet enn det legar knytt til ØH-tilbod 2 gjer. Samarbeid mellom sjukehuslegane og kommunelegane kring rådgjeving og vurdering om pasienten skal leggjast inn, er også ulikt. Kommunelegane tilhøyrande ØH-tilbod 1 har heilt fråvær av samarbeid kring innlegging, men opplever oftast eit godt samarbeid når det gjeld rådgjeving. Når desse legane snakkar om rådgjeving, finn eg at den profesjonelle logikken er rådande. Det kan forståast med at kommunelegane tilhøyrande ØH-tilbod 1 kjenner samarbeidet med sjukehuslegane som støttande kring rådgjeving. Motsett nyttar kommunelegane tilhøyrande ØH-tilbod 2 sjukehuslegane både til vurdering og til rådgjeving om pasienten skal på ØH-tilbod eller på sjukehus. Både informant 9 og 12 fortel at dei opplever at samarbeidet for kommunelegane i stor grad ber preg av ein hierarkisk og styrande framgangsmåte når sjukehuslege legg føring for val av behandlingsstad ut frå eit kapasitetsproblem på sjukehuset. Det kan sjå ut som forståinga av samarbeidet frå kommunelegane si side ber preg av to rådande logikkar, den profesjonelle ved ØH-tilbod 1 og den instrumentelle ved ØH-tilbod 2 (Scott,2008).

Ein generell tendens i materialet er at sjukehuslegane i større grad enn kommunelegane viser til dei instrumentelle og formelle trekka ved den institusjonelle konteksten. Sjukehuslegane snakkar til dømes mykje om effektivitet som kapasitetsfordringar og tidspress, og kva som er dei formelle krava til tenestene. Både i form av logistikk, der legen viser til at den er utsett for tidspress, og der sjukehuslegane peikar på kommunane sitt auka ansvar i forhold til å gje behandling til nokre pasientgrupper som sjukehuset hadde før. Sjukehuslegane må ta omsyn til alle ønskje kring seg, alt frå pasient og pårørande, kollega ved sjukehuset og formelle krav, noko som er synleg i det informant 1 skildrar som utfordrande. Det er å forstå at sjukehuslegane nyttar også den instrumentelle logikken når dei gjer sine vurderingar ut frå kapasiteten på sjukehuset der dei balanserer sine vurderingar mellom fleire av Scott (2008) sine handlingslogikkar. Sjukehuslegane står fram som meir portvakter i forhold til deira teneste (Molander og Terum,20018), og nyttar omgrep som kamp og press for å skildra sin måte å gå fram ovanfor til eksempel mot kommunelegane. Den instrumentelle logikken kjem og av arbeidsdeling og formelle krav slik som Molander og Terum (2008) peikar på. Det kan



sjå ut som den instrumentelle logikken synast å vera ein dominerande logikk, som mellom anna kjem til syne når legane snakkar om tidspresset dei opplever.

Motsett seier fleire av kommunelegane at det med lita tid ikkje er ei utfordring som når informant 4 viser til at det er dårleg praksis å skulda på lita tid. Slik kan me sjå at dei logikkane sjukehuslegane tek i bruk er mykje tettare knytt mot dei regulative elementa i ein institusjon enn andre logikkar. Data viser at den instrumentelle logikken er gjennomgåande lite til stades i kommunelegane sine vurderingar.

Den pasientorienterte logikken har eg valt å plassere under den normative pillaren men den kan også relatere seg til alle tre pillarane, både gjennom lovverk fordi det er reglar som seier at ein skal ta omsyn til pasienten, normative føringar og kultur med at det er ei etablert forståing for korleis ein skal ta omsyn til pasienten. Den er mest relevant å plassere under den normative pillaren fordi den seier noko om korleis organisasjonen må tilpassa seg plikter og forventningar frå omgjevnadane (Scott,2008). Den pasientorienterte logikken viste seg å vera dominerande hos kommunelegane. Det er knytt sterke forventningar frå omgjevnadane om at kommunelegane skal sette pasienten sine behov først, og at dette også har vorte nedfelt i ei rekke planverk og prosedyrar som legane må forholde seg til. Pasientane sine rettar til medverknad finn me gjennom pasientrettigheitslova (1999) og skissert gjennom samhandlingsreforma (2008-2009). Det kan tolkast gjennom datamaterialet at pasientane og pårørande har forventningar til at legen tek omsyn til pasienten sine meiningar. Slik er dei logikkane kommunelegane tek i bruk tettare knytt opp mot dei normative elementa i ein institusjon.

Eit fellestrekk blant dei fleste legane, er deira bruk av magekjensla eller intuisjonen kring vurdering av pasienten. Ved bruk av intuisjonen nyttar dei det eg har valt å kalle for den situasjonelle logikken (Scott,2008). Magekjensla dreier litt mot den kognitive pillaren men den kognitive og normative går også litt i kvarandre med at dei har fokus på normative forventningar om kring seg. Når legane nyttar seg av magekjensla i ei normativ betyding, der handlingane deira instinktivt føl reglane som er forventa frå omgjevnadane, gjer dei bruken av magekjensla legitim ved at legane handlar ut frå intuisjonen. Det gjer at eg identifiserer den til å høyre heime under den normative pillaren. Legane nyttar anten magekjensla aleine eller i ei vurdering saman med kliniske funn. Ved at legane er opne om deira bruk av magekjensla har den fått eit element av gyldig sosial standard i ein institusjon (Scott,2008).

Når legane balanserer mellom dei ulike logikkane, er det oftast ikkje berre ein logikk dei tek i bruk, men vurderingane grunnar gjerne på fleire logikkar. Tabellen til Scott er ein idealtypisk modell, men i praksis er dei ulike logikkane dynamiske og grip inn i kvarandre.

Eg vil vidare i drøftinga gå djupare ned i nokre av dei logikkane som hadde størst betydning for legane.

## 5.2 Formelle krav og plikter

Funn i studien viser at særleg sjukehuslegane kan kjenne seg pressa på ressursar i periodar med mykje press frå omgjevnadane og pågang med pasientar. Informant 1 skildrar stemninga på heile huset i slike periodar, der den vert pressa til å ta større risiko. På den eine sida må legen ta omsyn til krav om å skrive ut dei pasientane som ikkje treng å vera der. Krava om å skrive ut kan koma frå kollega og leiinga ved sjukehuset, gjerne i form av formelle krav som prosedyrar og retningsliner. På den andre sida vil gjerne sjukehuslegen verta pressa på uformelle krav frå pasient og pårørande om å vera lenger på sjukehuset, der dei synes utskrivning er for tidleg. Scott (2008) skildrar korleis organisasjonar kan kjenne press frå omgjevnadane på deira krav, men at legane også inngår i eit samspel med omgjevnadane. Sjukehuset er ein slik organisasjon. Der ein ser korleis den må ta omsyn til press frå omgjevnadane, men så er det også eit omsyn å ta til lovverket som me finn i den instrumentelle logikken. Organisasjonen omhandlar dei formelle trekk slik som lovar og reglar (Scott,2008). Abbott (1988) skildrar koplinga mellom mikro- og makronivå, der han viser til at det er profesjonane som vert kopla saman i arbeidet på mikronivå og profesjonsstrategiar og politikk som vert kopla saman på makronivå. Det er koplinga mellom desse to nivåa som vert kjernen i profesjonssystemet. Slik skildrar Erichsen (1996) samspelet og spenninga mellom mikro- og makronivå. Målet til sjukehuset som institusjon er å gje gode teneste til pasienten, og det er legane ved sjukehuset som i fellesskap skapar desse handlingane. Scott (2008) peikar på at organisasjonar er nært knytt til sine omgjevnadar og

Der sjukehuset opplever utfordringar med fulle avdelingar og lite kapasitet kan det forståast at det er viktig å få støtte frå omgjevnadane, særleg frå pasient og pårørande. Pasientane må oppleva handlingane til legen som truverdige og legitime når dei skriv ut pasientar, utan det kan pasientane gjerne misse tillit til sjukehuset. Slik skildrar Erichsen (1996) samspelet og spenninga mellom mikro- og makronivå. Målet til sjukehuset som institusjon er å gje gode teneste til pasienten, og det er legane ved sjukehuset som i fellesskap skapar desse handlingane. Scott (2008) peikar på at organisasjonar er nært knytt til sine omgjevnadar og

forstår til dømes organisasjonsendring som eit resultat av ønske om å oppnå legitimitet og tillit frå omgjevnadane. Bukve og Kvåle (2014) sin analyse peikar også på at det er dei tilsette i helseorganisasjonar som ØH-tilboda og sjukehusa som møter forventningar til tenestene, ikkje berre frå pasientar og pårørende men også frå styresmaktene med krav om å sette den faglege standard innafor dei organisatoriske rammene.

Sjukehuslegane kan også koma i ein situasjon der dei er avhengig av å få støtte frå omgjevnadane. Det kan vera i form av kompetanse eller ressursar ute hos kommunelegane, dersom ein pasient med behandlingsbehov kanskje skal vera deler av behandlingstida heime eller i ein kommunal institusjon. Når me ser på press på organisasjonane er det den instrumentelle logikken som er dominerande. Men den situasjonelle logikken spelar og ei rolle sjølv om den er mindre dominerande. Det er særleg der legen må ta omsyn til pasienten sine verdiar og behov at perspektivet får situasjonelle element i seg. Då er det dei normative og kognitive forståingstilboda som får betydning for legane sine vurderingar (Scott,2008).

I denne studien skildrar sjukehuslegen at den vert pressa på kapasitet noko som kan forståast med at det faglege får mindre betydning. Kapasitetsfordringar kan skapa ei stemning og situasjonar som gjer at alle aktørane ved sjukehuset kan presse kvarandre til å ta større risiko eller gjerne ta vurderingar som ein elles ikkje ville teke. Likevel viser det seg at om sjukehuslegane i stor grad nyttar seg av ein instrumentell logikk så fortel dei også at dei har pasienten i fokus og tar omsyn til pasienten sitt ønskje. Det viser at det er den instrumentelle logikken som er rådande medan den pasientorienterte logikken framstår som ein konkurrerande og delvis motstridande logikk og kan gjera at legen opplever ei form for konflikt mellom desse to logikkane.

Datamaterialet viser at sjukehuslegane ofte må ta omsyn til utfordringar knytt til logistikk, slik som tidspress og korleis dei vert påverka av alle på huset. Funn viser at det har betydning for sjukehuslegane si vurdering av pasientar til ØH-tilbodet. Informant 1 tek i bruk fleire logikkar når den snakkar om alt som påverkar den som blant anna pasient og pårørende sine ønsker, og kollega ved avdelinga. Det sjukehuslegen seier er at den prøver å navigere for å gjere det som er best for alle. På den eine sida kan det tolkast som at pasienten kanskje vil vera att på sjukehuset, medan sjukehuslege og sjukepleiar gjerne vil ha pasienten flytta til anna institusjon som ØH-tilbodet grunna kapasitetsproblem. På den andre sida kan det kanskje tolkast som at leiinga ser på dei overordna formelle krava med tilstrekkeleg bemanning i høve tal pasientar, og vil kanskje prøve å unngå å gå utover sine bemanningsressursar. Molander og Terum (2008) peikar på at me treng profesjonane til å

løyse praktiske oppgåver, og at dei er forvaltar av både kunnskapen til å klare å løyse oppgåvene men og at dei har ei definisjonsmakt til å ta avgjersle for både pasient og samfunnsressursar.

Når sjukehuslegen opplever å vera i skvis og ikkje klare å navigere seg dit hen at alle er nøgd får gjerne sjukehuslegen mindre moglegheit til å drive med faglege og medisinske vurderingar. Når den instrumentelle logikken vert meir dominerande kan den fortrenge den medisinske logikken. Når legen då vel å nytte ØH-tilbodet i desse vurderingane, kan det tolkast som ei handling den gjer ut frå å verta påverka av dårleg kapasitet på sjukehuset. Likevel får sjukehuslegen stetta både behovet for behandling til pasienten medan den tek omsyn til kapasiteten til sjukehuset.

Eit funn i studien viser at mange av kommunelegane sine erfaringar med ØH-tilbodet er tett knytt opp til korleis dei tilsette der tek vare på pasientane deira, og at pasientane får behandling slik som avtala ved innlegging. Samtidig heng erfaringa til kommunelegane tett opp mot korleis pasientane opplever opphaldet og behandlinga ved ØH-tilbodet. Det viser seg at der legen har dårleg tid og kjenner seg pressa på tid i pasientkonsultasjonar kan reglane som regulerer tilbodet lett verta oppfatta som tvangsstyrte, og det kan enkelt førestillast at kommunelegen kan kjenne det vanskeleg å handheva reglane for innlegging slik informant 4 skildrar, med at det kan tolkast som at legen synes rutinane kan vera litt rigide. Ser me til rapporten til Rambøll (2015) og Skinner (2015) så viser dei begge at legane opplever rutinane for henvending av pasientar som tungrodd, og at det påverkar deira bruk av ØH-tilbodet. Det er også samanfallande med funn i studien til Ullebø (2017) som viser at legane ikkje føl retningsliner for innlegging i øyeblikkeleg hjelp tilbodet og er ueinige om kriteria.

Skal pasienten leggjast inn på ØH-tilbodet skal den helst ha ein diagnose, og det kan gjerne ta meir tid for legen å gjere ferdig dokumentasjon som skal sendast med pasienten til innlegging. Det famnar om dei formelle krava ved instrumentelle element som regulerer tenesta både i kommunale institusjonar og sjukehusa (Bukve og Kvåle, 2014). Likevel kjenner kommunelegane knytt til ØH-tilbod 1 eit større ansvar for å bruke tilbodet enn dei som er knytt til ØH-tilbod 2 gjer. Trass i at innlegging på ØH-tilbodet tar meir av tida til legen viser funn i Swanson m.fl. (2016) sin artikkel at det var ein signifikant effekt i tal redusere sjukehusinnleggingar etter opning av KAD avdelingar, som kan forståast dit hen at legane nyttar ØH-tilbodet sjølv om det er tidkrevjande for dei.

Motsett kan oppleving av ansvar handle om at legen som legg inn pasienten kjenner seg som ein nærare kollega med lege på ØH-tilbodet enn det ein sjukehuslege vil gjere.

Kommunelegane er på same tenestenivå som lege på ØH-tilbodet, og det vil vera naturleg å tenke seg at desse kjenner meir på det kollegiale med å støtte opp om kvarandre sine tenester. Slik kan ein anta at gjerne kommunelegane knytt til ØH-tilbod 1 kjenner på når dei skildrar si ansvarskjensle for å nytte seg av tilbodet. Bukve og Kvåle (2014) peikar på at det ved fleirnivåstyring er ei utfordring at tenesteprodusentane ikkje har styringsrett ovanfor kvarandre. Når informant 2 skildrar kravet til kommunane ut frå samhandlingsreforma så skildrar den det praktiske samarbeidet om teneste mellom ulike tenestenivå, der pasienten vert overført frå sjukehus til ØH-tilbodet. Bukve og Kvåle (2014) gjer funn i analysen som peikar på korleis formelle krav kan vera utfordrande på tvers av tenestenivåa, men informant 2 skildrar også korleis den nyttar overføring av pasient til ØH-tilbodet, som påskot for å skjerme eigne ressursar meir enn at det er eit krav til å nytta tilbodet. Informant 10 skildrar sitt samarbeid og lojalitet med sjukehuslegane der den tar omsyn til sjukehuset ved å skjerme deira kapasitet ved å bevisst nytta ØH-tilbodet der den kan. Kommunelegen opplever likevel ikkje på same måte å bli møtt med omsyn når den tar kontakt om råd og vegleing, og kjenner til tider at den møter motstand som kan forståast at den kjenner seg avvist.

Sjukehuslegane kjenner derimot på eit ansvar til å nytte ØH-tilbodet for å skjerme ressursane og kapasiteten i eigen organisasjon slik som informant 2 fortel. Sjukehuslegane er sett til, gjennom samhandlingsreforma, å utøve nasjonal politikk og skal på sitt nivå styre sin helseorganisasjon (Bukve og Kvåle,2014). Det at sjukehuslegane kjenner ansvar for å nytte ØH-tilbodet er samanfallande med funna til Swanson m.fl. sin artikkel (2016) som viser til at det er færre innleggingar av eldre på sjukehus etter oppretting av KAD. Det å styre sjukehuset som institusjon vil og seie å verne om eigne ressursar og kapasitet ved avdelingane.

Når sjukehuslegane skal samarbeide om pasientar til ØH-tilbodet peikar Bukve og Kvåle (2014) på at det skjer mellom forvaltningsnivå, kalla fleirnivåstyring. Det er lovar og reglar som styrer samspelet gjennom ei hierarkisk organisasjonsform. Når sjukehuslegane vert pressa på ressursar og får fulle avdelingar kan det verka som det er det instrumentelle med fokus på effektivitet og ressursar som styrar dei til å nytte ØH-tilbodet. Slik er det rimeleg å tolke at sjukehuslegane vil vurdere pasientar til innlegging på ØH-tilbodet meir i periodar der dei sjølve er pressa på ressursar og kapasitet, enn i rolege periodar.

Funn i studien viser at dei fleste kommunelegane har god kunnskap til ØH-tilbodet medan sjukehuslegane har lite kjennskap til kriteriå og rutinar kring tilbodet. Informant 4 fortel at dei

formelle krava om å nytte ØH-tilbodet representerer ei endring i arbeidsmønsteret til legane, og datamaterialet viser at legane oppfattar det litt ulikt kor rigid regelverket er. Utfordringa er å få nok og tilstrekkeleg informasjon ut til alle som nyttar tilbodet. Tilbodet må gjerast kjent til alle som er involvert, alle frå vikarlegar, til kommunelegar til sjukehuslegar slik som rapportane til Skinner (2015) og Rambøll (2015) peikar på viktige av, for å auke kunnskapen om tilbodet ut til legane. Det som er å merka seg med funna i Rambøll (2015) sin rapport er at til trass for eit betydeleg arbeid som er lagt ned med å få ut informasjon om ØH-tilbodet til legane, så strevar ein likevel med liten bruk av sengene i mange av ØH-tilboda. Når Rambøll (2015) viser til det omfattande arbeidet som er gjort for å få ut informasjon, er det å forstå at dei gjerne er komen lenger i arbeidet retta mot å forbetra bruken av tilbodet enn det rapporten til Skinner (2015) viser.

Legane i denne studien gjer sine vurderingar av bruk av ØH-tilbodet ut frå regelverket og prosedyrane, og det er den instrumentelle handlingslogikken dei nyttar (Scott,2008). Men den instrumentelle logikken vert utfordra av andre logikkar, og særleg visar den situasjonelle logikken seg relevant for mange av legane sine vurderingar.

### **5.3 Magekjensla som faktor for vurderingar**

Eit funn i studien er at omtrent alle legane opplever at magekjensla kan slå inn ved vurdering av pasienten og påverkar dei til kva behandling dei vel. Legane nyttar intuisjonen som eg har valt å omtale under samleomgrepet situasjonell logikk (Scott,2008). Informant 11 peikar på at den nyttar klinisk skjønn og magekjensla mykje i undersøking av pasientar. Det kan tolkast som at legen får ein intuisjon om noko som er erfart eller sett før, utan at den kan seie at det er knytt opp til noko som direkte treng ei behandling.

Dreyfus og Dreyfus (1986) sin teori gir eit mogleg perspektiv til å forstå legane sin bruk av magekjensla og til å forstå intuisjonen si rolle i det profesjonelle arbeidet. I Dreyfus og Dreyfus sin teori spelar lengda på praksiserfaringa ei viktig rolle for utviklinga av intuisjonen og bruken av denne. I denne studien har eg ikkje bevisst undersøkt kva betydning erfaring har, men informantane fordeler seg langs ein akse frå lite erfaring via middels til lang erfaring. Dei fleste legane i studien kategoriserer som å ha middels erfaring, det vil seie mellom 7-12 års yrkeserfaring. Informant 12 fortel at den nyttar magekjensla heile tida og når den no har arbeidd i mange år er det gått over til automatikk i å nytte intuisjonen. Funn i denne studien viser at dei fleste legane med middels erfaring seier at dei baserer mykje av magekjensla på

litt usikre signal som ei kjensle som slår inn men som dei gjerne ikkje heilt kan forklare mekanismen av, som når informant 6 seier at magekjensla er vanskeleg å setje ord på men kan gjere at ein kjenner eit behov for å observere pasienten.

Motsett fortel legane med lang erfaring, slik som informant 8 at der den medisinske situasjonen ikkje er heilt avklart kan magekjensla styre val og gi ei kjensle av «dette har eg sett før og det var slik». Både informant 8 og 12 nyttar gjerne magekjensla saman med konsultasjonen og sjukehistoria av pasienten, ved at legane vurderer ut frå det dei har opplevd i ein tilsvarende situasjon tidlegare.

Datamaterialet viser at det er mindre vanleg at legane støttar seg på magekjensla aleine som ei legitimert vurdering av pasienten. På den eine sida er magekjensla ein av fleire faktorar som viser seg sentral for legane si vurdering, og det kan tolkast som den er tett knytt opp til den unike konteksten legane gjer i sine vurderingar. Dreyfus og Dreyfus (1986) sin definisjon av den vidarekomne nybyrjaren har fellestrekk med funn i dette materialet. På den eine sida kan den vidarekomne nybyrjar gjerne klare å kjenne att det som er relevant for å finne ei problemstilling, men at den i tillegg må nytte seg av reglane. Reglane eller prosedyrane her kan likestillast med sjølve konsultasjonen legen gjer med pasienten. Der legen ser sjukehistoria til pasienten saman med eiga intuisjon av den totale situasjonen. Motsett klare den vidarekomne gjerne å sjå symptoma pasienten har opp mot legen sine tidlegare opplevde situasjonar, men på dette nivå er den avhengig av å følgje reglane (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Likeeins kan me sjå at legar med lengre erfaring også nyttar magekjensla ofte men den er meir knytt til klinisk erfaring som gjerne går over til ei automatisk handling. Funna frå legane viser at dei med lenger erfaring legitimerer bruk av magekjensla med å vise at den har ei gyldighet. Slik som informant 12 når den fortel at kjensla går over i automatikk når den har jobba ei tid, eller andre kommunelegar som fortel at dei fekk ei vag kjensle av at det kanskje var noko i vurderinga den gjorde. Det stadfestar at legane har ei tiltru til eiga dømmekraft og tør å vera ærlege på at dei ikkje alltid har ein medisinsk forklaring. I følgje Dreyfus brørne (1986) har desse legane gått frå å vera kyndig til ekspert. Det kan forståast med at dei har legitimert bruken av magekjensla frå å kjenne att dei kroppslege signala og nyttar reglar og rutinar for å vurdere pasienten til behandling, og opp til legen på ekspertnivå som klare å forstå korleis situasjonen er i ferd med å utvikla seg. Eksperten kjenner ikkje berre symptoma på kroppen men også erfaringane. Slik Dreyfus brørne skildrar læringsprosessen kan legane klare ut frå sin intuisjon å forstå korleis situasjonen utviklar seg (Dreyfus og Dreyfus,1986).

Til tross for at sjukehuslegane har større utredningsmoglegheiter, viser studien at dei også nyttar magekjensla, om enn i mindre utstrekning enn kommunelegane. Sjukehuslegane hadde mindre erfaring og praksiserfaring ut frå Dreyfus og Dreyfus (1986) sin teori, og det er ein faktor som vil ha betydning for bruken av intuisjon og dømmekraft i legane sine vurderingar. Funn frå sjukehuslegane viser at dei har ei vag kjensle slik som informant 2 med ei oppleving av at «det er eit eller anna.» Funn viser at der sjukehuslegane føretar seg ein innlegging på bakgrunn av magekjensla, så skjer denne innlegginga til ØH-tilbodet. Når dei nyttar magekjensla i problemstillingar finn sjukehuslegane oftast mindre målbare sjukdomsteikn, og det vert difor ikkje indikasjon for innlegging på sjukehus. I desse situasjonane nyttar sjukehuslegane seg av den situasjonelle logikken der magekjensla spelar ei viktig rolle saman med andre kontekstavhengige variablar.

Dreyfus og Dreyfus (1986) sin teori om læringsprosessar har fått ein del kritikk. Først og fremst fordi den er tufta på å anerkjenne intuisjonen som noko utelatande positivt knytt opp mot det å vera ekspert. Det vil seie at eksperten ikkje treng å nytte reglar men at deira grunngjevingar heller kjem i kroppslege kjensle (Dreyfus og Dreyfus,1986). Andre vil meine at det er problematisk dersom intuisjonen får eit stort spelarom. Kritikarane meina at læringsmodellen ikkje tar omsyn til at aktøren har med seg sin ålmenne kompetanse inn i ein kvar læringssituasjon, og at det ikkje er eit skilje mellom aktørar med lang erfaring og dei aktørane som gjerne ikkje har ein lang erfaring, men likevel gjer eit veldig godt arbeid (Dreyfus og Dreyfus,1986). Dreyfus brørne (1986) peikar på at dette skilje er retta opp når dei la inn trinn seks i modellen.

Sjølv om Dreyfus og Dreyfus (1986) sin teori har fått mykje kritikk for at ekspertar anerkjenne intuisjonen som noko utelatande positivt, viser likevel datamaterialet i studien min at omtrent alle legane nyttar intuisjonen i vurderingar kring pasienten. Anten aleine eller saman med sjukehistoria og kliniske funn, og legane gjer den legitim med å vera opne om det.

#### **5.4 Det profesjonelle fellesskapet.**

Profesjonell logikk viser i denne studien til det kollegiale fellesskapet både innan dei same profesjonar men og mellom dei forskjellige profesjonane, på eigen arbeidsplass eller på tvers av tenestenivå (Scott,2008). I det vidare vil eg drøfte korleis ein kan forstå den betydninga dynamiskar i det profesjonelle fellesskapet har for legane sine vurderingar til ØH-tilbodet.



Funn i studien viser at det er både mistru og tillit til kollega som på ulike måtar får betydning for legane sine vurderingar. Mistru til kollega sin kompetanse er særleg å sjå frå sjukehuslege til kommunelege eller lege på ØH-tilbodet. Det kan me sjå når informant 1 seier at «den er bekymra for kompetansen til nokre tilsette». Det kan forståast som at sjukehuslegen kan vera engsteleg for å senda pasienten ut til kommunehelsetenesta, og kan vera tvilande til at kommunelegane er kapable til å handtera problemstillingar den sender frå seg. Det kan vera manglande tillit til kompetanse til kommunelegane, som her kan vera både kunnskap blant dei tilsette men og utstyr som kan gjera det mogleg å følgje opp pasienten slik sjukehuslegen ser behovet for. Funn i Skinner (2015) sin rapport er samanfallande med mitt studie, og viser til at legane si tiltru til ØH-tilbodet var avgjerande av kva utstyr og kompetanse som var på tilbodet.

Kor trygg sjukehuslegen kjenner seg i sine vurderingar om pasienten skal behandlast på ØH-tilbodet eller på sjukehuset er nær bunde opp til om sjukehuslegen kjenner mistru eller tillit til lege der. Men det kan også handle om kor godt den kjenner arbeidsmåtene og kompetanse til dei andre tilsette. Funn i mitt studie viser at sjukehuslegane skil seg ut frå kommunelegane ved å vera meir utrygge på kompetanse til lege på ØH-tilbodet. Bukve og Kvåle (2014) peikar på at sjukehusa og kommunane er sette til å utøve nasjonal politikk, der arbeidsdelinga og vurderinga av kva problemstillingar som skal i spesialisthelsetenesta eller i kommunehelsetenesta er bestemt på nasjonalt nivå. Likevel er det ikkje mogleg å lage retningsliner som famnar om alle ulike problemstillingar og det vert opp til dei einskilde profesjonane å vurdere og forhandle om denne arbeidsdelinga i den einskilde saka. I Bukve og Kvåle (2014) sin analyse skildrar dei utfordringar knytt til at det er i desse helseinstitusjonane dei skal setje den faglege standarden på arbeidsdeling og at denne delinga er utfordrande. Dei peikar på utfordringar som blant anna går på at kvaliteten vert truga med både fagleg og organisatorisk oppsplitting når ein samarbeider på tvers av tenestenivå. Funn i mitt studie er samanfallande med funn i både rapporten til Skinner (2015) og rapporten til Rambøll (2015) som viser at mykje av tenestetilbodet i helsevesenet er endra og at legane generelt har liten tillit til kunnskapen i tilbodet.

Datamaterialet viser at dei aller fleste kommunelegane er trygg til å nytta ØH-tilbodet til behandlingsstad, men deira tryggleik heng saman med kor godt dei klare å diagnostisere og avklare pasienten. Der dei har utrygge problemstillingar opplever kommunelegane høgare grad av tryggleik med å sende pasienten til ØH-tilbodet enn det sjukehuslegane har. Informant 8 viser at den har tillit både til kunnskapen men og til utstyret som er på ØH-tilbodet, med at

den har lit til at tilsette der kan ivareta pasienten sine problem. Samtidig seier informant 8 at den har tillit til rutinar og retningsliner med å sende pasientar vidare mellom tenestnivå, der det er behov. Mine funn er her motstridande til Rambøll (2015) sin rapport som seier at det er særleg fastlegane som har manglande tillit til ØH-tilbodet. Bukve (2012) peikar på at det er utfordrande å samarbeide på fleirnivåsystem slik som å samarbeide mellom sjukehuset og ØH-tilboda fordi det er mellom desse organisasjonane dei skal verta einige om standarden på tenestene.

Funn i studien viser at samarbeidet på tvers av dei kommunale ØH-tilboda og helseføretaket kan vera utfordrande. Slik som vist til under den instrumentelle logikken der kommunelegane opplever at sjukehuslegane presser igjennom deira vurderingar, der sjukehuslegen skildrar samarbeidet som ein kamp. Bukve (2012) peikar på at tenesta i våre helseorganisasjonar er styrt på tre nivå, nasjonalt, statleg og kommunalt. Det gjer at helseorganisasjonane inngår i eit komplekst fleirnivåsystem der sjukehuslegane og kommunelegane er sett til å samarbeide på tvers av desse helseinstitusjonane når det gjeld å behandle og vurdere pasientar. Ullebø (2017) peikar og på utfordringar i sin studie med samarbeid på tvers av tenestnivå som viser til at det også er hemmande for samarbeidet med at det ikkje finnes incentivordningar for å nytte ØH-tilbodet.

Kommunelegane har og eit samarbeid med andre profesjonelle, både på legevakta og på fastlegekontora. Motsett til sjukehuslegane ber dette samarbeidet preg av ein harmonisk karakter med dialog mellom meir likestilte partar. Her er det kommunelegen som har full jurisdiksjon, noko sitata ber tydeleg preg av slik som når informant 8 seier at «medarbeidarane har ofte ei oppfatning av situasjonen når pasienten er her, (...) det hjelper meg til å ta vurderingar.» Samarbeidet ute i kommunen mellom legen og sjukepleiaren eller medarbeidaren, har kjenneteikn som minna om det Molander og Terum (2008) omtalar som profesjonell samanslutning, som ei gruppe med aktørar som alle arbeider mot same mål. Funn frå kommunelegane viser at dei er kollektivt samde om vurderingar som er teke kring pasienten, men kommunelegane er og samde om kven som har avgjersle plikt. Ulikskapar som kjem fram i denne undersøkinga mellom legar i sjukehusa og legar i kommunane knytt til betydninga av det profesjonelle fellesskapet for vurderingar av ØH-tilbodet, kan handle om at måla dei jobbar mot er ulike. Profesjonane ute i kommunen skal samarbeide om å få pasienten vidare til det beste behandlingstilbodet. Dei har ikkje behov for å verne om kapasitetsproblem. Uavhengig av kor pasienten fer vidare vil det påverke ressursane deira lite.

Datamaterialet viser at samarbeidet mellom kommunelegane og lege på ØH-tilbodet jamt over vert opplevd som godt med høg grad av tillit mellom profesjonsutøvarane som informant 7 skildrar. Profesjonane vil gjerne ha størst fokus på eigen organisasjon og arbeide for å verne om eigen kapasitet og ressursar, men når dei har behov for å nytte seg av teneste på eit anna tenestenivå så må profesjonane ta omsyn til den andre avdelinga og samarbeide om innlegging der.

Verktøyet legane har til å einast om korleis samarbeidet skal gå føre seg er vegleiaren (2016) som det overordna vegleiingsmaterialet, og særavtalen som regulerer kva pasientar som skal vera på dei respektive institusjonane. Det er også særavtalen alle dei lokale rutine og retningslinene byggjer på. Men rutine vil ikkje vera førebudd på alle utfordringar ein møter på, og partane vil møte grenseoppgangar som ikkje er trekte mellom problemstillingar som gjerne lagar rom for kampar slik som informant 1 skildrar, og som kan gjere at profesjonane opplever det som utrygt. Christensen et.al. (2015) skildrar korleis ein organisasjon vil verta mindre fleksibel når den koplur inn dei uformelle trekka i ein organisasjon. Det teorien skildrar er at organisasjonen då får nye kvalitetar som kan gjera at den vil utvikle eit større sosialt fellesskap og gjerne klare å løyse oppgåver på ein betre måte. Det kan trekkjast parallellar til funna i denne studien som viser at det kan vera utfordrande i samarbeidet om uklare grenseoppgangar i arbeidsdelinga, opp mot teorien til Christensen et.al. (2015) som seier at organisasjonane gjerne kan klare å løyse oppgåvene betre når dei uformelle trekka vert kopla inn. Det kan forståast som uformelle trekk som normer og verdiar profesjonane kan einast om som måtar å ta kontakt mellom ØH-tilboda og sjukehusa.

Sjukehuslegane argumenterer på ulikt vis når dei grunngjev kvifor kommunane bør ta imot fleire pasientar. Informant 2 dreg vekslar på ein instrumentell logikk når den peikar på det formelle ansvaret som ligg i samhandlingsreforma (St.meld.nr.47,2008-2009) for å ta ein del av pasientgruppene som tidlegare vart innlagt på sjukehuset. Ei slik grunngjeving kan også tolkast som å legitimere bruk av makt i relasjonen til kommunelegane. Samtidig peikar samhandlingsreforma (St.meld.nr.47,2008-2009) på at mange pasientgrupper vil liggja i grenseland mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, og seier vidare at det er dei lokale forhold som er avgjerande for kva pasientgrupper ØH-tilbodet kan handtera. Det vert og stadfesta i vegleiaren (2016) som viser til at kommunane står fritt til å organisere tilbodet. Gjennom den lokale særavtalen skal innhaldet i ØH-tilbodet skildrast og vera eit overordna verktøy for samarbeidet mellom aktørane. Likevel viser funn at det må kjempast for å få igjennom sitt syn om pasienten skal leggjast inn på ØH-tilbod eller på sjukehus.

Vidare fortel informant 1 at den treng ei ryggdekning frå overlegen for å gå i forhandling med lege på ØH-tilbodet for å få igjennom ei innlegging. Sjukehuslegen sine handlingar ber preg av ein autoritær tankegong og har likheit med sitat frå informant 2 der den skildrar frå ein pasientdialog: «men dei får ikkje bestemme nei.» Begge sjukehuslegane viser ei makt i form av sin profesjon både ovanfor pasienten men og ovanfor lege på ØH-tilbodet. Abbott (1988) peikar på at det som bring profesjonane i konflikt med kvarandre handlar om få kontroll over både arbeidsområde og arbeidsoppgåver, denne koplinga mellom profesjonane vert kalla jurisdiksjon. Ei form for jurisdiksjon som kan oppstå er over- og underordning (Abbott,1988). Slik over- og underordning er mest vanleg mellom lege og sjukepleiar, og meir vanleg på sjukehusa enn i kommunehelsetenesta. Teorien er relevant for funn i denne studien knytt til samarbeidet mellom sjukehuslegane og kommunelegane. Det at sjukehuslegane kjenner at dei må i ein kamp og presse igjennom ei innlegging på ØH-tilbodet, kan forståast med at det er ein annan kultur på sjukehuset og andre arbeidsmåtar enn i kommunehelsetenesta, noko som den regulative logikken identifiserer. Formelle trekk ved sjukehuset som institusjon påverkar sjukehuslegane i deira handlingar og åtferd, der sjukehuslegane gjerne ser på oppgåvene som regelbundne og oppfattar dei som tvangsstyrte (Scott,2008).

Bruk av makt og autoritær snakkemåte er heilt fråverande hos kommunelegane som er motsett til sjukehuslegen. Bukve og Kvåle (2014) stadfestar i deira analyse at samarbeid og arbeidsdeling i fleirnivåsystem er utfordrande. Mellom sjukehuset og ØH-tilboda opplever legane til eksempel eit stadig aukande krav til kunnskap og kompetanse, særleg innafor spesialisering og fragmenterte oppgåver.

Datamaterialet viser at profesjonell hierarki har betydning for sjukehuslegane i samarbeid med sjukepleiarane i deira organisasjon. På den eine sida skildrar dei det tradisjonelle hierarkiet mellom legar og sjukepleiarar der legen er overordna sjukepleiar og har full jurisdiksjon (Abbott,1988). På den andre sida viser funna at legane nokon gongar skildrar seg sjølve som avhengige av sjukepleiarane sine vurderingar og at dei ofte lenar seg til desse når dei skal vurdere innleggingar i ØH-tilbodet. Dette gjeld særleg for sjukehuslegane.

Funn viser at legen legg vurderingar og avgjersle i hendene på sjukepleiarane medan legane sjølve sit med ansvaret for den vurderinga som er teke. Det viser sitatet frå informant 1 når den skildrar sjukepleiar på eigen arbeidsplass sine erfaringar, og at deira argument kan overgå legen sine medisinsk faglege grunnleggjadar. Eg ser likheitstrekk med funn i avhandlinga til Johannessen (2018) opp mot funn i mitt studie. Det at sjukepleiarane får moglegheit til å overta ein del av legane sine tradisjonelle arbeidsoppgåver, og at sjukepleiarane må bruke

skjønn og praktisk kunnskap i dette, tenkjer eg er eit viktig budskap frå studien. Det bidreg til å utfordre det tradisjonelle hierarkiet og den klassiske jurisdiksjonen mellom legar og sjukepleiarar og er eit funn som har parallell til mitt studie.

Ser me til Abbott (1988) så peikar han på at det er legen som har full jurisdiksjon i samarbeidet og arbeidsdelinga mellom sjukepleiar- og legeprofesjonen. Det er legen som avgjer retninga på behandlinga av pasienten. I dette tilfellet synast det som den tradisjonelle jurisdiksjonsforma er utfordra. Har me her å gjera med dei legar som vert underordna sjukepleiarar? Eller er det kanskje meir snakk om rådgjevande jurisdiksjon eller teigdeling?

Abbott (1988) viser til teigeling som ei form for arbeidsdeling mellom to profesjonar, som har ulike funksjonar men er likeverdige strukturerte. Ei slik arbeidsdeling kan forklarast med at sjukepleiarane meiner, slik som i denne studien, at dei har ein særeigen kunnskap kring ØH-tilbodet. Både når det gjeld innleggingskriteria og kva pasientar som kan behandlast der. Det er legen som set diagnose, har ansvar og tek avgjersle, og skal kjenne om det er forsvarleg å sende pasienten til ØH-tilbodet eller ei. Ved teigdeling kan motiva til profesjonane vera ulike og me kan med det oppleve ei jurisdiksjonskonflikt (Abbott,1988). Samarbeidet mellom sjukepleiar og sjukehuslege i vurdering om pasient kan leggjast til ØH-tilbodet eller ei, har trekk av rådgjevande jurisdiksjon. Det er sjukepleiar som har rådgjevande kontroll med deira erfaring kring pasientar til ØH-tilbodet. Det kan forståast som at sjukehuslegen må søkja råd hos sjukepleiar om kva pasientar den skal leggja på ØH-tilbodet. I praksis kan det tolkast som det er slik denne arbeidsdelinga føregår når informant 1 viser til at den høyre på det sjukepleiar fortel om den sine erfaringar til ØH-tilbodet.

Datamaterialet viser at det, i samarbeidet mellom sjukehuslege og sjukepleiar, er sjukepleiar som har best kunnskap om ØH-tilbodet. Når me ser funn i studien kan det tolkast som at sjukepleiar nyttar kunnskapen som ei makt den ikkje deler med legen. Både Skinner (2015) og Rambøll rapporten (2015) viser til at legane generelt har lite kunnskap om det kommunale øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Funn i eige studie er samanfallande med desse rapportane. Informant 2 peikar på at den gjerne nyttar sjukepleiar til å gjere greie for rutinane. Det kan tolkast som at sjukehuslegen lar vera å tileigne seg kunnskap om ØH-tilbodet og lar sjukepleiar vera rådande på kunnskapen kring tilbodet. Motsett viser funn i mitt studie at dei fleste kommunelegane har god kunnskap om ØH-tilbodet og held seg oppdatert om endringar. Når eg ser på kva for logikkar legane tek i bruk når dei snakkar om kunnskap om ØH-tilbodet, finn eg to som er rådande. Den profesjonelle logikken dominerer når legane snakkar om samarbeidet mellom lege og sjukepleiar kring kunnskap om ØH-tilbodet, medan den

instrumentelle logikken kjem til uttrykk når legane snakkar om deira kunnskap om kriteria for å nytte ØH-tilbodet eller kva behandlingstilbod lege der kan tilby pasienten. Me kan og sjå til Molander og Terum (2008) for å skildra kunnskapsdelinga mellom profesjonane og deira måte å nytta omgrepet monopol om ein profesjon sitt herredømme over nokre typar oppgåver. Monopol omgrepet til Molander og Terum (2008) minna såleis om jurisdiksjonsomgrepet til Abbott. Monopol kan ein som profesjon ha over nokre typar oppgåver, men det å ha monopol er også ekskluderande og gjev nokre profesjonar eigarforhold til visse typar arbeidsoppgåver. Me kan seie at sjukepleiarane ved sjukehuset har monopol kring kunnskap om ØH-tilbodet og vurderinga av pasientar dit og er ekskluderande ovanfor sjukehuslegen med å ha eigarforhold til kunnskapen om sine erfaringar til tilbodet. Dette viser to innfallsvinklar der sjukepleiarane er dei som sit på mest kunnskap kring same arbeidsoppgåve.

Der Bukve og Kvåle (2014) snakkar om samarbeidsutfordringar i deira analyse, finn eg nokre samanfallande funn i mitt studie samanlikna med deira. Dei snakkar litt meir eintydig om samarbeidsutfordringane med utfordringar dei tilsette møter kring arbeidsdeling og samarbeid frå omgjevnadane. Bukve og Kvåle (2014) skildrar korleis dei tilsette møter forventningar frå pasient, pårørande og styresmaktene, men at det også er ei utfordring med arbeidsdeling og spesialisering av tenestene mellom tenestenivåa. I mitt studie finn eg fleire nyansar av samarbeidsforståing og kva betydning det får for vurderingane til legane. Eg finn blant anna at sjukepleiarane får overta nokre av legane sine tradisjonelle oppgåver, og at legane nokre gongar legg avgjersle i hendene til sjukepleiarane. Eg finn og i mitt studie at det er utfordringar i samarbeidet mellom sjukehuslege og kommunelege der sjukehuslege nyttar meir omgrep som makt og kamp for å vinne igjennom sine vurderingar. Noko av funna i min studie opp mot analysen til Bukve og Kvåle (2014) er felles medan noko finn eg som er litt annleis enn det dei gjer.

Som Abbott (1988) skildrar så er det på det operative nivå, lågt nede på tenestenivået, at arbeidsdeling og spesialisering finn stad. Når teneste vert flytta er det profesjonane på operativt nivå som først og fremst merkar endringa. Endring i arbeidsoppgåver kan lett kjennast som ein trussel og at ein misser ansvar og oppgåver. Det kan gjera at viljen til endringsomstilling og aksept for flytting av oppgåver ikkje vert like godt teke imot.

Opplever ein at grensene mellom profesjonane på sjukehusa og profesjonane på kommunalt ØH-tilbod endrar seg så kan det gjerne uttrykkja seg som jurisdiksjonelle konflikhtar fordi dei tilsette kan kjenne seg truga og relasjonane dei imellom kan verta forstyrta. Dette kan ha

betyding for dei vurderingane dei gjer i forhold til ØH-tilbodet og korleis dei balanserer ulike omsyn i desse vurderingane.

## **5.5 Pasienten først**

Press frå pasient og pårørande kan gjera at den pasientorienterte logikken står veldig sterkt hos legane. I den pasientorienterte logikken er det forholdet mellom lege og pasient som er i fokus. Den pasientorienterte logikken kan relaterast til ulike element i omgjevnadane, som korleis det skal takast omsyn til pasienten, formelle trekk som reglar og lovar, men og normer og forventningar som me kan sjå på som uformelle reglar eller etablerte forståingar. (Scott,2008).

Datamaterialet viser at nokre kommunelegar lar pasientar påverke sine vurderingar meir enn det sjukehuslegane vert påverka, og at kommunelegane gjev etter for krava til pasienten slik som informant 4 fortel. Kommunelegane sin måte å handle på kring pasientar som prøver å påverke kan koma av rettane pasienten har blant anna gjennom brukermedverknad som me finn i samhandlingsreforma (St.meld.nr.47,2008-2009). Det kan tolkast som at pasienten er meir klår over sine rettar, og gjerne vil stå meir på krava ved å påverke kommunelegen. Molander og Terum (2008) peikar på at legen som profesjon har ei særleg interesse til å fremme ålmenne interesser i samfunnet, som kan forklare kvifor kommunelegane gjev etter, såkalla instrumentelt imperativ.

Funn i studien viser at pasientane er vorte ei sterkare gruppe som legane må forholde seg til i sine vurderingar, og det ser ut til å påverke legane i deira val. Informant 8 peikar på at pasientane i dag er meir kunnskapsorienterte og stiller aukande krav til helsetenesta. Sjukehuslegane på si side fortel om pasientar som har spesifikke ønskje om omsorgstilbod, og pasientar som ikkje ønskjer å skrivast ut. Lovverket skildrar pasienten sine rettar som legen pliktar å ta omsyn til. Pasientrettigheitslova (1999) viser til pasienten sine rettar til medverknad til tenestene, og at legen skal forsøke å forme innhaldet i tilbodet til pasienten så langt det let seg gjera. Det same finn me i samhandlingsreforma (St.meld.nr.47,2008-2009) som skildrar nye teneste og helse- og omsorgstenestelova (2011) som begge skildrar rettane til befolkninga.

Sjølv om lovverket er tydeleg på kva pliktar legen skal ta omsyn til fortel mange kommunelegar at det er av betydning kva pasienten ønskjer. Kommunelegane strekk seg langt

for å imøtekoma ønskja deira som informant 7 som skildrar fleire ikkje- medisinske årsaker for å legge inn pasient. Det å ha pasienten først har å gjera med å vera grei, og prøve å gjera som pasienten ønskjer. Vektlegginga av pasienten sine ønskje og behov er mest framtrudande hos kommunelegane. Det kan forståast med at deira tankesett kan vera knytt opp mot relasjonen som gjerne ligg mellom pasienten og kommunelegen, noko som funna i studien i større grad viser, der relasjon mellom kommunelegane og pasienten er meir synleg enn relasjon mellom sjukehuslegane og pasienten. Kanskje fordi kommunelegen gjerne er fastlegen til pasienten, står den nærare enn sjukehuslegen og vil gjerne vera knytt mot pasienten i ei meir regelbunden form og gjerne over fleire år, enn det sjukehuslegen vil vera.

Nokre informantar fortel at dei kjenner særleg på pårørande som sterke personar som kan leggja føringar for vidare behandling. Fleire kommunelegar seier at dei gjev etter for press frå både pasient og pårørande, og det kjennest ikkje godt. Informant 9 skildrar seg som eit mellomledd som skal passerast. Analysen til Bukve og Kvåle (2014) peikar på at det er helseorganisasjonane og deira tilsette som møter mål og forventningar frå både pasient og pårørande og at dette kan opplevast utfordrande slik som nokre legar i mitt studie også kjenner på.

Funna i studien viser at nokre kommunelegar klarar å sjå forbi desse krava og vurderer sjølve tenestebehovet til pasienten. Andre kommunelegar set seg ned med pasient og pårørande, lyttar og prøver å koma med råd. Legen viser med dette pasienten respekt med å gå i dialog med å vegleie slik som informant 4 og 8 fortel at dei gjer. Funna viser at kommunelegane legg vekt på pasienten sine behov og har fokus på pasienten sin situasjon og omgjevnadane deira. Samtidig kan kanskje ei slik tilnærming vera med å skape tillit til legen, og vera med å gje kommunelegen ein inngangsport til å styre pasienten etter sine egne vurderingar av kva den tenker er det beste behandlingstilbodet. Det å ha pasienten først kan gjera at legen kan kjenna seg i ein skvis i forhold til andre omsyn den må ta. Det kan vera at omsyn til pasienten sine ønskje kjem i konflikt med dei instrumentelle trekka ved tenesta som fulle senger på ØH-tilbodet, eller at pasienten gjerne ikkje fyller kriteria til innlegging i ei ØH-seng som igjen kan gjera at kommunelegen ikkje får teke omsyn til pasienten i den utstrekking den skulle ønskje (Særavtalen).

Fleire av kommunelegane i studien fortel at pårørande kjem med ferdigpakka bag for sine næraste og har ei bestilling på innlegging. Legen som profesjon har ansvar og mynde innfor sitt arbeidsområde og den har tradisjonelt hatt full jurisdiksjon (Abbott,1988). Sjølv om pårørande kjem med føring om at pasienten skal leggjast inn, er det legen som avgjer om det



er medisinsk naudsynt. Legen kan avvise bestillinga dersom det er eit urimeleg krav. På ei anna side er det ikkje alltid like enkelt å vera heilt sikker i sin vurdering av kva behandling pasienten treng. Det kan kanskje vera vanskeleg å stille riktig diagnose, legen får mange målingar og vitalia som informant 2 fortel, likevel kan legen vera usikker på kva veg sjukdomsteikna utviklar seg.

På den eine sida ber skildringane til kommunelegane sine vurderingar av pasienten preg av å vera påverka av normative forståingar, der kommunelegane tek omsyn til krav frå omgjevnadane. På den andre sida vurderer dei og pasienten ut frå regulative forventningar og ut frå parameter og vitalia, som likevel viser seg å ikkje alltid vera tilstrekkeleg for å gje legane dei rette svara.

Sjukehuslegane ønskjer og å ha pasienten først, men deira behov for å verne om kapasiteten og ressursane ved avdelingane på sjukehuset ser likevel ut til å ha forrang. Når dei likevel vel å ta omsyn til pasienten sitt ønskje så legg dei gjerne pasienten på ØH-tilbodet slik som informant 1 skildrar. Sjukehuslegane føl kravet til samhandlingsreforma (St.meld.nr.47,2008-2009) når dei prioriterer slik som funna fortel oss. Sjukehuslegane kan med rette støtte seg til at dei kan skrive ut pasientane som ikkje er i behov for behandling i spesialisthelsetenesta. Motsett viser funn at sjukehuslegane gjerne vel å halde pasienten att på sjukehuset når det er rolege periodar og lite press på avdelingane slik som informant 1 fortel. Det kan forklarast med Jacobsen og Thorsvik (2014) som skildrar at profesjonane i ein organisasjon skal arbeide etter mål og strategi. For sjukehuslegane kan strategi i denne studien forståast med at sjukehuslegen skriv ut pasientar som ikkje er i behov for å behandlast på sjukehuset og legg dei på ØH-tilbodet. Motsett ved god kapasitet, kan dei velje å halde pasienten att på sjukehuset. Ved ein slik strategi viser sjukehuslegane ein handlefridom når dei likevel vel å halde pasienten att på sjukehuset, som eg tolkar kan vera for å vise til gode tal og beleggspersent i eiga organisasjon. Handlingane til legane må her forståast ut frå konteksten dei er ein del av.

Det kan sjå ut som at sjukehuslegane i større grad enn kommunelegane tek rolla som portvaktar for helsetenestene (Molander og Terum,2008). Bukve (2012) viser til at styring av helseorganisasjonar skjer gjennom ei hierarkisk organisasjonsform der det er koplingar mellom forvaltningsnivåa og sektorane. Når me ser til samhandlingsreforma (St.meld.nr.47,2008-2009) skal spesialisthelsetenesta ha dei kompliserte og uavklarte pasientkategoriane. Artikkelen til Swanson m.fl. (2016) viser at oppretting av KAD

avdelingar har hatt effekt der det har redusert tal sjukehusinnleggingar som ein variasjon etter organiseringa.

Akkurat slik som kommunelegane opplever det, opplever sjukehuslegane også pasientar som har eit ønske eller krav om vidare behandling, som når Informant 2 skildrar at pasienten gjerne ikkje vil heim att. Informant 1 skildrar at sjukehuslegen nyttar ØH-tilbodet så ofte dei kan ved slike utfordringar. Sjukehuslegane fortel at dei gjerne prøver å presentere ØH-tilbodet på ein slik måte at pasienten synes det er eit godt alternativ, som å prøve å selje det inn. På denne måte kan det synast som om sjukehuslegane nyttar ØH-tilbodet som eit forhandlingskort, ved å gje pasienten eit vidare behandlingstilbod som er rimeleg å tenke at pasienten vil vera tilfreds med. Det å nytte ØH-tilbodet som eit forhandlingskort kan gjerne samanfalle med ei incentivordning eller ein motivasjonsfaktor. Ullebø (2017) finn at det er hemmande for samarbeidet mellom tenestenivå at det manglar incentivordningar for å nytte ØH-tilbodet.

Legen nyttar her si definisjonsmakt med å ta avgjerse for kva behandling pasienten skal få. Legen forvaltar ei spesialisert kunnskap som gjer at den har rett til å ta slike avgjerder. Med dette har legen eit monopol på å styre kva tilbod av teneste som skal vera for pasienten (Molander og Terum,2008). Det er riktig at sjukehuslegane framstår som portvakter og er kritiske til kva pasientar som vert lagt inn på sjukehuset. Det kan forklarast med sentrale styringsdokument og er heilt i tråd med intensjonen til reforma (St.meld.nr.47,2008-2009). Likevel kan ein forstå at det kan opplevast vanskeleg for pasienten, når den kjem til sjukehuset for ei vurdering for så å verte sendt til ei anna avdeling for behandling.

Pasienten sin rett til medverknad kjem av etablerte førestillingar i samfunnet. Legane fortel korleis dei balanserer mellom sentrale føringar til kravet om å nytte ØH-tilbodet, pasienten si eiga medverknad og legen sine faglege vurderingar når dei vurderer pasienten til behandling i ØH-tilbodet. Dei fleste fortel at dei legg størst vekt på pasienten sitt ønskje. Press frå mange kantar gjer at det kan bli vanskeleg å anvende den medisinske logikken som legen vanlegvis plar å gjera. I slike situasjonar viser datamaterialet at legane oftare vel innlegging i ØH-tilbodet. Der pasienten vert innlagt på sjukehuset har den medisinske logikken ein mykje større betydning.

## 6.0 Oppsummering og implikasjon for praksis

I denne studien har eg sett på kva som vert tillagt vekt når legane i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta gjer sine vurderingar knytt til bruk av øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

Tradisjonelt dreier den medisinske vurderinga seg om legen som diagnostiserer pasienten ut frå kliniske vurderingar og prøvesvar på bakgrunn av legen sin faglege kunnskap. Funn i denne studien viser at det er mange andre faktorar enn det reint medisinske som får ei betydning for legane sine vurderingar knytt til ØH-tilbodet. Legane sine vurderingar inngår i ein større kontekst, der både formelle krav, normative føringar og etablerte kulturar og forståingar vil verke saman og tilby legane ulike ressursar for handling. I ein utfordrande og til tider pressa kvardag må legane handtera og balansera mellom desse ulike elementa. I denne studien har eg analysert fram ulike logikkar som visar seg å spele ei rolle for legane sine vurderingar. Eit sentralt funn var at den medisinske logikken ofte såg ut til å koma i skuggen av andre og meir dominerande logikkar, men der legen stilte ein avklart diagnose var den medisinske logikken rådande.

Eg fann at sjukehuslegane nyttar meir den profesjonelle og den instrumentelle logikken, og er oppteken av rettar, plikter og formelle krav. Sjukehuslegane hadde mindre tillit til kommunelegane, og det viste seg at tillit var tett knytt opp til tryggleik. Kommunelegane har den pasientorienterte logikken meir i bruk med å ha pasienten først. Den situasjonelle logikken er like mykje i bruk hos alle legane. Legane, og særleg sjukehuslegane, har fortsatt ein veg å gå for å få god nok kunnskap om ØH-tilbodet.

Uventa funn i studien er at sjukehuslegen legg avgjersle i hendene til sjukepleiar i vurdering av kva pasientar som skal til ØH-tilbodet, og at sjukepleiarane sine vurderingar kunne overgå sjukehuslegane sine medisinsk faglege vurderingar. Sjukehuslege lar kapasitetsproblem påverke dei til sine vurderingar, og nyttar omgrep som makt og kamp for å få igjennom sine vurderingar. Det var og uventa funn at kommunelegane ga etter for pasient og pårørande til innlegging, der dei kom med ferdig pakka bag. Det mest uventa funnet var likevel den store bruken av magekjensla inn i legane sine vurderingar av pasienten.

Implikasjon for praksis: Legane har funne sin veg i vurdering av pasientar. Ikkje alle føl rutinar og retningsliner for innlegging men har laga seg sin eigen praksis. Slik som sjukehuslegane som nyttar ØH-tilbodet meir i periodar der det er dårleg kapasitet på sjukehuset, og vert pressa av logistikk-utfordringar der ØH-tilbodet kan verta eit forhandlingskort. Kommunelegane lar seg farga av pasient og pårørande. Det viser at veldig

mange vurderingar legane gjer i val av ØH-tilbodet handlar om seg sjølve i forhold til andre. Konsekvens for praksis er når desse vurderingane får forrang og det vert mindre fokus på den medisinske logikken som kan føre til innleggingar utan medisinsk årsak.

Innleiingsvis i studien stilte eg meg spørsmål om vurderingane og kunnskapen til legane har endra seg gjennom desse åra etter at øyeblikkeleg hjelp tilbodet vart etablert. Sjukehuslegar og kommunelegar har fortsatt mangelfull kunnskap om ØH-tilbodet og sjukehuslegane har manglande tillit til kompetanse til tilbodet. Funn i studien viser at kommunelegane har auka sin kunnskap om ØH-tilbodet i forhold til sjukehuslegane. Det mest samanfallande mellom Ullebø si masteroppgåve og funn i mitt studie er at legane ikkje føl retningslinene for innleiing korrekt.

Basert på det eg har funne tenker eg at det er viktig, for den vidare utvikling av tenesta, å få ut informasjon om ØH-tilbodet til alle partar, for å auka forståinga for den konteksten som legane står i på dei ulike helseinstitusjonane. Skal me unngå at vurderingane til legane vert lite fagleg fundert er det viktig å ha eit godt samarbeidsklima frå lege på ØH- tilbodet ut mot kommunelegane og sjukehuslegane, slik at dei kan ha dialogar og diskusjonar kring innleggingar. Kanskje skulle innleggingskriteria endrast for å tilpassa ØH-tilbodet til legane sine vurderingar?

## **6.1 Vidare forskning**

Gjennom prosessen med arbeidet av denne studien men og gjennom mi eiga interesse og eigen kontekst innan feltet, ser eg eit område med moglegheit for vidare forskning.

Det kunne vert interessant å studera legane sine vurderingar med bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbodet ved hjelp av andre metodiske inntak, til dømes å kunne observere legane i pasientkonsultasjonar. Det kunne gjeve meg ein moglegheit til å sjå korleis desse vurderingane faktisk skjer i praksis. I denne studien kan eg seie noko om dei forståingane dei snakkar fram som sentrale for vurderingane, men eg kan ikkje seie noko om kva som skjer i legane sine konsultasjonar av pasienten og kva som faktisk vert gjort relevant i det aktuelle møte med pasienten. Den metoden eg har nytta i dette studie har sine avgrensingar. Eg ville nytta observasjon i praksis som metodisk inngang med utgangspunkt i same tema og problemstilling.

Eit anna studie som kunne vert interessant å gjennomføre er å sjå korleis funn i denne studien kunne nyttast til å auke beleggsprosenten ved øyeblikkeleg hjelp tilbodet. Gjennom samtale med informantane sit eg på mange gode forteljingar og kunnskap frå praksisfeltet til kva som påverkar legane til å vurdere øyeblikkeleg hjelp tilbodet som behandlingsstad. Det ville vert interessant å teke studien vidare og forska på korleis desse vurderingane kunne vert nytta til å auke beleggsprosenten ved tilbodet. Ved å nytte andre metodiske inntak som statistisk analyse av tidlegare forskingsdata over bruk av øyeblikkeleg hjelp tilbodet saman med fokusgruppeintervju. Der legane vart delt inn i grupper, gjerne etter kor dei arbeider, og saman arbeidd fram gode ide' forslag som ei ide' dugnad til utvikling av tilbodet. Data frå fokusgruppeintervju saman med statistisk analyse kunne vert nytta saman med data frå dette studie for å utforme øyeblikkeleg hjelp tilbodet slik at det vart tilpassa behova til dei ulike legane som nyttar det.

## Litteraturliste

- Abbott, A. (1988) *The system of professions, an Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago, Press. London.
- Bukve, O. (2012) *Lokal og regional styring- eit institusjonelt perspektiv*. Oslo, Det norske samlaget.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P.G. og Røvik, K.A. (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. (3.utg.) Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Dreyfus, H.L. & Dreyfys, S.E. (1986) *Mind over machine*. Rockefeller Center. New York.
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Otta, Tano Aschehaug.
- Helsedirektoratet (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell*. Oslo: april 2016. Henta frå: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid* St.meld.nr.47 (2008-2009). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgstenestelova (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. m.v. av 24.juni 2011 nr.30* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisasjoner fungerer*. (4.utg.) Bergen, Fagbokforlaget.
- Johannessen, L.E.F. (2018). *Narratives and gatekeeping: Making sense of triage nurses' practice*. Published online ahead of print in *Sociology of Health & Illness*
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier–en introduksjon*. (2.utg.) Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Pasient- og brukerrettighetslova (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr.63*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rambøll (2015) *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud- bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid*. Rapport. Oslo. Rambøll. Henta frå [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Ringdal, K (2012) *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ analyse*. (3.utg.) Bergen, Fagbokforlaget
- Scott, W. Richard. (2008) *Institutions and organizations: Ideas and interests*. (3.utg.) Sage.

Skinner, M.S. (2015) *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaring fra de fire første årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold.* Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, øst. Henta frå [www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)

Swanson, J., Alexandersen, N., og Hagen, T.P. (2016) (02) *Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelser for eldre pasienter ved somatiske sykehus?* Tidsskrift for omsorgsforskning, pp.125-134.

Thagaard, T (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* (4.utg.) Bergen, fagbokforlaget

Ullebø, C. (2017) *Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Hva er årsakene til at det kommunale ØHD- tilbudet ikke benyttes i tråd med intensjonen til samhandlingsreformen?* Masteroppgave, Høgskolen i Sogn & Fjordane, Førde.

Lothe, M.Y.E., (2017) Kurs ME6-500 *Forskningsstrategier og metode.* Tekst henta frå eigen eksamensoppgåve.

## Vedlegg 1.

NSD sin vurdering

Skriv ut

### **Prosjekttittel**

bevisste eller ubevisste val? Ei studie i bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbudet

### **Referansenummer**

210156

### **Registrert**

04.10.2018 av Mona Yvonne Espeland Lothe - 151547@stud.hvl.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Monika Alvestad Reime, monika.alvestad.reime@hvl.no, tlf: 57676356

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Mona Yvonne Lothe, mona.lothe@sklbb.no, tlf: 48201982

### **Prosjektperiode**

05.10.2018 - 15.08.2019

### **Status**

16.11.2018 - Vurdert

## **Vurdering (1)**

---

### **16.11.2018 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.11.2018. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.08.2019. LOVLIG



GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vil du delta i forskingsprosjektet

*«Bevisste eller ubevisste val?»*

*«Ei studie i bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbodet.»*

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt kor føremålet er å utforske legane sine erfaringar med bruken av ØH-tilbodet, og dei vurderingane dei gjer i samband med dette.

### **Føremål**

Eg heiter Mona Yvonne Espeland Lothe og er deltidsstudent ved Høgskulen på Vestlandet. Eg tar master i organisasjon og leing over fire år, dette prosjektet er siste ledd i utdanninga.

I prosjektet ønskjer eg å sjå nærare på dei vurderingane legane i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta gjer når dei vel å nytte seg av eller ikkje nytte seg av øyeblikkeleg hjelp døgntilbodet. Ved å ta utgangspunkt i eit kulturelt perspektiv ønskjer eg å utforske om det er forskjellar i den meininga ulike legar i ulike tenester gjev til øyeblikkeleg hjelp tilbodet og kva for pasientar som kan ha nytte av tilbodet.

Problemstillinga for mitt prosjekt er: *«Kva for kulturelle ressursar tek legar i ulike kommunar og ulike tenester i bruk når dei gir meining til sine erfaringar med bruk av ØH- tilbodet, og kva for forståingar vert nytta i deira vurderingar av kva for pasientar som får tilbodet?»*

Tema i prosjektet er å sjå på legane sitt bruk av øyeblikkeleg hjelp døgntilbodet. I mitt studie vil eg sjå nærare på dette tilbodet og kva faktorar som gjer at bruken varierer mellom dei ulike legegruppene ut frå eit kulturelt perspektiv.

Det er Høgskulen på Vestlandet som er ansvarleg for prosjektet.

### **Kvifor får du spørsmål om å delta?**

For å belyse og få svar på problemstillinga mi har eg valt å intervjuje både fastlegar og legevaktslegar i kommunehelsetenesta, samt LIS 2 legar i spesialisthelsetenesta. Eg vel å intervjuje legar både frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta då det kan koma variasjonar i forståinga av tilbodet og målgruppe. Totalt vil eg intervjuje 11 legar.

### **Kva inneber det for deg å delta?**

Eg vil foreta eit djupne intervju med utgangspunkt i på førehand definerte tema. Intervjuet vil vera delvis strukturert, og leggja til rette for ein utforskande samtale mellom informant og forskar. Tidsbruk er estimert til ca. 1 time. Eg vil nytte diktafon i tillegg til å lytte undervegs.

All personopplysingar kring deg som informant, samt lydopptak og notat vil verta behandla konfidensielt. Det er berre eg som forskar som vil ha tilgang til dette materialet. Når forskingsprosjektet er avslutta vil alt datamateriell verta makulert.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du kva tid som helst trekke samtykke attende utan å grunngje det. Alle opplysingar om deg vil då verta makulert. Det vert inga konsekvens for deg dersom du vel å ikkje delta, eller ved eit seinare høve vel å trekkja deg.

## **Ditt personvern- korleis oppbevarer og nyttar me opplysingane dine**

Me vil berre nytte opplysingane om deg til føremålet me har skildra i dette skrivet. Me behandlar opplysingane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved Høgskulen på Vestlandet som behandlingsansvarleg institusjon er det berre eg som forskar og min rettleiar Monika Alvestad Reime som vil ha tilgang til opplysingane.
- Ditt namn og kontaktinformasjon vil i alle mine notat verta erstatta med informant 1-11. Dette vil verte lagra på ei eiga namneliste åtskilt frå anna data.

I prosjektet vil deltakarane verta registrert med informant 1-11, det vil ikkje verta publisert opplysingar som kan spore attende til informant.

## **Kva skjer med opplysingane dine når me avsluttar forskingsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttast august 2019. Etter denne dato vil alle personopplysingar verta makulert og lyd opptak verta sletta.

## **Dine rettar**

Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet har du rett til:

- Innsyn i kva personopplysingar som er registrert om deg,
- få retta personopplysingar om deg,
- få sletta personopplysingar om deg,
- få utlevert ein kopi av dine personopplysingar (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandling av dine personopplysingar.

## **Kva gjev oss rett til å behandle personopplysingar om deg?**

Me behandlar opplysingar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet, har NSD- Norsk senter for forskingsdata AS vurdert at behandling av personopplysingar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Kor kan eg finne ut meir?**

Dersom du har spørsmål om studie, eller ønskjer å nytte deg av dine rettar, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet, ved rettleiar Monika Alvestad Reime eller student Mona Yvonne Espeland Lothe
- NSD- Norsk senter for forskingsdata AS, på epost [personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no) eller telefon 55 58 21 17.

Med venleg helsing

Monika Alvestad Reime

Prosjektansvarleg

(Rettleiar)

Mona Yvonne E. Lothe

Student

## Samtykkeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet *bevisste eller ubevisste val? Ei studie i bruken av øyeblikkeleg hjelp tilbodet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

å delta i djupne intervju etter intervjuguide

Eg samtykker til at mine opplysingar vert behandla fram til prosjektet er avslutta, ca. 15.08.19.

-----

Dato

-----

Signatur prosjektdeltakar

### Vedlegg 3.

## Intervjuguide

Kort gjennomgang av punkta nedanfor (ca.2-3 min.)

- Ønskje velkomen og presentere meg sjølv. Deretter vil eg informere om bakgrunn for val av tema og føremålet med prosjektet før eg går raskt gjennom punkta som står under.
- Eg som forskar har teieplikt om informasjon eg får tilgjengeleg samt at all informasjon frå dei vil verta behandla anonymt.
- Tidsbruk av intervjuet på ca. 1 time.
- Er det noko som er uklart for informanten, dersom behov må du berre spørje undervegs i intervjuet.
- Eg tar opp intervjuet på diktafon og ber om samtykke frå informanten at det er greitt med diktafon.
- Eg vil informere om at informanten kan trekkja seg frå prosjektet kor tid som helst.
- Når informanten ikkje har fleire spørsmål informere eg om at eg starte lyd opptaket.

### Bakgrunn

- Kva stilling eller funksjon som lege har du no og kor lenge har du hatt den?
- Har du hatt anna stilling/ funksjon eller arbeidsplass etter at samhandlingsreforma tredde i kraft ? Eventuelt kva?
- Ca. kor mange gongar har du nytta ØH-tilbodet som behandlingsstad for ein eller fleire av dine pasientar? Då tenker eg meir eller mindre enn 10 innleggingar.

### Erfaringar (skal få fram verdiar, normer, artefakter)

- Kan du fortelje litt om dine tankar/ meiningar om ØH-tilbodet etter at samhandlingsreforma tredde i kraft?
- Kan du fortelje litt om dine erfaringar du har opparbeida deg etter å ha nytta ØH-tilbudet? (Som korleis behandlinga er utført, korleis behandlinga er utført, dersom pasienten er vorte innlagt via annan lege- mottak eller legevakt- korleis opplever d behandlinga etter t.d epikrise)
- Har dine tankar/ meiningar til ØH-tilbudet endra seg etter at du har fått erfaring med å bruke det?
- I kor stor grad er dine erfaringar avgjerande for om du nyttar ØH-tilbodet?
- Spelar trygghet til tilbudet som behandlingsstad nokon rolle for deg om du nyttar det? (Eks.trygghet til at pasienten får den behandling som er tenkt og oppfølging av lege/ spl.)

- I dei tilfelle du har vore utrygg til å legge ein pasient på ØH-tilbud, kan du fortelle kva som har vore grunnen til det?
- Trur du at graden av utrygghet hos ein lege kan ha ein samanheng med legen sin erfaring?
- Nokre informantar har snakka om at dei får ein magefølelse for noko når dei skal vurdere ein pasient til innlegging og at dei ofte lytter til magefølelsen. Har du ein erfaring med det?
- Tenker du at ein magefølelse er noko som kanskje ein nyutdanna lege kjenner mest, medan magefølelsen hos ein lege som har praktisert nokre år gjerne har utvikla seg til erfaring som han kan henga symptom og kliniske vurderingar på?
- Når du har pasientar til konsultasjon som treng innlegging. I kor stor grad opplever du at dei har eit ønskje om ein eksakt behandlingsstad? Fortel.
- Har du opplevd at ØH-tilbodet er eit av behandlingsstadane dei ønskjer attende til?
- Har du tankar om kva som kunne vore endra/ andre rutinar for at ØH- tilbodet skulle vore eit betre tilbod for deg som behandlar å nytte deg av?

### **Autonomi (skal få fram prinsippal- agent teorien)**

- Når du skal vurdere pasientar til behandling, korleis balanserer du mellom dei sentrale føringar til å nytte ØH tilbodet, pasienten sin medbestemming og dine egne faglege vurderingar?
- Korleis vil du rangere dine vurderingar ut frå dei tre punkta ovanfor frå viktigast til minst viktig?
- På kva måte har du opplevd sjølv at ikkje- medisinske grunnar kan påverke vurderingane dine til å nytte/ ikkje nytte ØH-tilbodet? Fortel. (Dette kan for eksempel vera grunnar som ting i eige liv, ein dårleg dag, relasjon til pasient, lita tid til pasientkonsultasjon/ koma i ein skvis)?
- Dine vurderingar og avgjersler kring pasienten og eventuell behandlingsstad er ikkje nødvendigvis noko pasienten er einige i men du må ta ei avgjersle. Kan du kjenna deg som ein overordna eller underordna i slike vurderingar? På kva måte?
- Kva gjer slike opplevingar med deg?
- Trur du erfaring til ein lege kan ha påverknad på opplevinga. Kor lenge den har praktisert?
- Kjenne du eit ansvar for å nytte deg av ØH-tilbodet? Fortel.
- Har du nokon gong unnlate å vurdere pasientar til innlegging ved ØH-tilbodet? Kva kan grunnen vera til det?

- Er det viktig for deg å gjera ein god jobb som lege? Kva meiner du er å gjera ein god jobb?
- Kor viktig er det for deg å få aner kjenning frå andre for jobben du gjer?
- Kven andre er det viktigast å få anerkjenning frå?
- Får du ofte anerkjenning?

### **Samhandling mellom organisasjonane**

- Opplever du at det kan vera vanskeleg å vurdere pasient til behandling i ØH-tilbodet? Fortel
- Korleis opplever du moglegheit til å diskutere behandlingsplan eller innlegging med anna lege i ØH-tilbodet?
- Kva betyr det for deg å kunne diskutere behandlingsplan eller innlegging med anna lege i ØH-tilbodet?
- Ved å diskutere behandlingsplan med lege, kunne det ført til at du nytta tilbodet oftare? Fortel.
- Korleis opplever du samarbeid med anna helsepersonell, som for eksempel pleiar ved sjukeheim/ heimetenestene/ sengepost ved sjukehuset e.l.? Forklar eventuelt korleis dette kan gå føre seg.
- Har du latt deg påverke av anna helsepersonell sine meiningar om pasient skal/ bør innleggast i ØH-tilbod? Fortel korleis dette går føre seg.
- Etter at ØH-tilbodet vart oppretta, synes du at du har god nok kunnskap om tilbodet?
- Dersom kunnskapen din har auka- kva er det som gjer det?
- Ser du på dei tilsette ved ØH-tilbodet som ein samarbeidande part til din eining/ praksis?
- På kva måte? Er dette faktorar som påverkar om du nyttar tilbodet?

### **Samhandling internt i organisasjonane**

- Det er rutinar og retningsliner for innlegging i ØH-tilbod. Kor godt er desse gjort kjent på din arbeidsplass? Har du dei tilgjengeleg?
- Korleis nyttar du rutinane i vurdering av kva pasientar som kan leggjast inn på ØH-tilbodet?
- Påverkar kjennskapen til rutinane deg i bruken av ØH-tilbodet?
- Korleis samarbeider du med kollega på eigen arbeidsplass om ein pasient skal/ kan behandlast ved ØH-tilbodet eller ikkje. Fortel.

- Kva profesjon er det du samarbeider mest med om innlegging? (Sjukepleiar, lege, anna)
- Påverkar dette samarbeidet deg til å bruke ØH-tilbodet? Fortel.
- Er du ,gjennom din legeprofesjon, knytt til eit fagleg nettverk eller fagmiljø? Anten på din arbeidsplass eller av typen kollokviegruppe.
- Vert ØH-tilbodet eit samtaletema i dette miljøet (eller på din arbeidsplass)?
- (Har du andre fagmiljø du kan nytte for å diskutere ØH-tilbodet?)
- Korleis påverkar meiningane til kollega i fagmiljøet deg til vurdering om pasientar kan behandlast i ØH-tilbodet?
- På kva måte opplever du at dei har ulike meiningar og forståing av tilbodet? Kan du fortelja litt om dei ulike meiningane?
- Kjenner du om det er personlege- eller faglege faktorar som gjev desse meiningane?
- Har du opplevd at meiningar til kollega om tilbodet har endra seg til lenger tilbodet har eksistert?
- Vert du påverka av desse meiningane når du sjølv skal vurdere pasient til behandling?

Kan du fortelje litt om det er andre faktorar som påverkar dine egne val til å nytte ØH-tilbodet som behandlingsstad? Både faglege og personlege.





# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgåve i organisasjon og leiing

MR691 masteroppgåve

### Predefinert informasjon

|                      |                          |                        |                            |
|----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>    | 01-06-2019 09:00         | <b>Termin:</b>         | 2019 VÅR1                  |
| <b>Sluttdato:</b>    | 14-06-2019 14:00         | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b> | Masteroppgave            | <b>Studiepoeng:</b>    | 30                         |
| <b>SIS-kode:</b>     | 203 MR691 1 MA 2019 VÅR1 |                        |                            |

### Deltaker

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| <b>Navn:</b>        | Mona Yvonne Espeland Lothe |
| <b>Kandidatnr.:</b> | 119                        |
| <b>HVL-id:</b>      | 151547@hvl.no              |

### Informasjon fra deltaker

|                         |  |   |  |
|-------------------------|--|---|--|
| <b>Egenerklæring *:</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <b>Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------|--|---|--|

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei