



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Erfaring med bruken av kommunale ØHD senger og relasjonen til andrelinjetjenesten

Experience with the use of municipal ØHD beds and the relationship with the second line service

Barbro Isabell Farstad Longva

Masterstudium i organisasjon og ledelse,
helse - og velferdsledelse og utdanningsledelse

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap
Institutt for samfunnsvitenskap

Innleveringsdato 14.juni 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

FORORD

Veien til å nå målet om å levere en komplett masteroppgave har vært både utfordrende og lærerik. Det har vært 4 år med en følelse av å leve i en berg og dalbane, men mest av alt har det vært en utrolig kunnskapsreise.

Gjennom disse fire årene har jeg fått muligheten til å utvikle meg som leder både ved å lære gjennom studiet, men også fordi masterstudiet har åpnet nye dører for meg i arbeidslivet. Det at jeg startet på masterstudiet kan jeg takke min tidligere kollega Anita Solberg for og uten henne hadde jeg vel ikke klart å holde ut. Hun har motivert og støttet meg på veien og vært en sparringspartner i både opp og nedturer.

Jeg har også fått mye hjelp av familie og venner som har støttet meg på veien og heiet meg fram. Høyskolen i Førde har også vært en flott læringsplass med meget kompetente lærere og mange flotte studenter som jeg har hatt gleden av å bli kjent med.

Jeg vil også benytte muligheten til å takke veilederen min Oddbjørn Bukve for en god oppfølging og veiledning i arbeidet med masteroppgaven.

Til slutt og viktigst av alle, familien min. Spesielt takk til min tålmodige ektemann Tommy for å ha holdt ut i fire år med en kone som har studert, vært mye på farten og vært i krevende jobb endringer, mens han har stelt hus og tatt vare på barna. De 3 små – som ikke lenger er så små, Jørgen, Ellie Martine og Josefine, fortjener også en takk for at de gjennom fire år har holdt ut med en mamma som har hatt et hektisk studie og arbeidsliv, samt vært mye vekke. Vi håper på bedre tider når oppgaven nå er i boks.

Førde, juni 2019

Barbro Isabell Farstad Longva

SAMMENDRAG

Samhandlingsreformen har som mål å sikre at helsetjenestene er bærekraftige og av god kvalitet. Et av tiltakene i reformen er at kommunene skal opprette kommunalt øyeblikkelig hjelp døgn tilbud (ØHD). Intensjonen med tilbudet er å redusere antall sykehusinnleggelser ved å overføre ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Jeg vil i denne oppgaven se på hvordan bruken av ØHD sengene og relasjonen til andrelinjetjenesten varierer og hva som påvirker dette.

Bakgrunn for valg av tema er egne erfaringer fra å jobbe i kommunen og å oppleve at legene i stor grad tar kontakt med institusjonen for å få lagt inn pasienten heller enn å legge inn pasienten på ØHD.

Jeg har valgt å bygge studien på en kvalitativ metode der jeg har utarbeidet en strukturert intervjuguide og foretatt 3 intervju av ledere ved utvalgte ØHD tilbud og 4 intervju av leger knyttet til tilbudene. Utvalget av informanter er gjort på bakgrunn av at alle er i et interkommunalt samarbeid og at utvalget av kommuner er basert på kort og lang avstand til ØHD tilbudet.

Jeg har valgt å analysere dataene tematisk og først innenfor hvert tilbud, før jeg videre sammenligner på tvers mellom tilbudene.

Studien viser at det ikke er geografisk avstand som fører til om tilbudet er mer eller mindre brukt, men at det er andre faktorer som spiller inn. Kunnskap og kjennskap til rutiner for innleggelse, relasjoner til samarbeidspartnere og forventningene på om en skal samarbeide eller ikke, er faktorer som kan påvirke bruken av tilbudet. Hva som påvirker relasjonen til andrelinjetjenesten kan være opplevelsen av nærhet / fravær av nærhet og integrasjon i ulike former.

ABSTRACT

The meaning with the interaction reform, is to ensure that the health services are sustainable and of good quality. One of the measures in the reform is that the municipalities should establish municipal beds for use 24/7 to avoid the number of admission in hospital when the patients diagnosis are clarified and within the criteria. The meaning is to transfer the responsibility from the specialist health service to the municipalities.

In this study I will look at how the use of the municipal beds and the relation to the specialist health service vary and what affects this.

This topic is chosen due to my own experience in working in the municipality. I have experienced that doctors often contact the municipality`s nursing home to have the patient admitted rather than use the municipal beds that is available 24/7.

The study is build on a qualitative method in which I have prepared a structured interview guide. I have interviewed seven persons in total, three leaders of the municipal beds and four doctors working in different municipalities.

All of the informants is in an inter-municipal collaboration, and has been chosen for that reason. The selection of informants and municipalities is based on short and long distance the municipal beds.

In this study I have chosen to thematically analysis the data whitin each inter-municipal collaboration, before further compare between the inter- municipal collaborations.

I have found that geographical distance does not affect whether the beds are more or less used, and that there are other factors that play a role.

Knowledge and awareness of routines for admission, relationships with partners and expectations of whether or not to cooperate are factors that can influence the use of the beds.

What affects the relationship to the other line service can be the experience of proximity / absence of proximity and integration in various forms.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	II
Sammendrag	III
Abstract.....	IV
Tabelloversikt	VII
Figuroversikt.....	VII
Oversikt vedlegg	VII
1.0 Introduksjon	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Formål	6
2.0 Kunnskapsstatus og problemstilling	7
2.1 Tidligere forskning	7
2.2 Oppsummering	11
2.3 Avgrensing	12
2.4 Problemstilling	13
2.5 Disponering av oppgaven.....	13
3.0 Teori.....	15
3.1 Presentasjon av teoriene	15
3.2 Proximity - nærhet.....	15
3.2.1 Geografisk nærhet.....	15
3.2.2 Institusjonell nærhet	16
3.2.3 Organisatorisk nærhet.....	17
3.2.4 Kulturell nærhet.....	17
3.2.5 Kognitiv nærhet	18
3.2.6 Teknologisk nærhet	18
3.2.7 Sosial nærhet.....	19
3.3 Samhandling.....	19
4.0 Design og metode	25
4.1 Komparativ design	25
4.2 Kvalitativ metode	26
4.3 Strategisk valg av caser	27
4.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene	28
4.5 Analyseprosessen	30
4.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet	31
4.7 Forskningsetiske aspekter	32

5.0 Funn og drøfting	33
5.1 Bakgrunn	34
5.1.1 Tilbud 1.....	34
5.1.2 Tilbud 2.....	34
5.1.3 Tilbud 3.....	35
5.2 Kapasitet og bruk av ØHD og sykehus	36
5.2.1 Oversikt over kapasitet og bruk.....	36
5.2.2 Kommune A	37
5.2.3 Kommune B.....	37
5.2.4 Kommune C.....	37
5.2.5 Kommune D	38
5.3 Kapasitet.....	38
5.3.1 Tilbud 1.....	38
5.3.2 Tilbud 2.....	39
5.3.3 Tilbud 3.....	39
5.3.4 Sammenligning.....	40
5.4 Nærhet	41
5.4.1 Tilbud 1.....	42
5.4.2 Tilbud 2.....	43
5.4.3 Tilbud 3.....	44
5.4.4 Sammenligning.....	45
5.5 Integrasjon	47
5.5.1 tilbud 1	47
5.5.2 Tilbud 2.....	51
5.5.3 Tilbud 3.....	54
5.5.4 Sammenligning.....	56
6.0 Konklusjon.....	57
6.1 Hvordan varierer bruken av ØHD sengene og akutte innleggelser i sykehus.....	57
6.2 Hvilke faktorer kan forklare kommunenes bruk av ØHD - tilbudet	60
6.2.1 Nærhet	60
6.2.2 Kapasitet	60
6.2.3 Integrasjon	61
6.3 Hvordan varierer samhandlingen mellom ØHD – tilbudet og andrelinjetjenesten.....	62
6.4 Hvilke faktorer kan forklare variasjoner i samhandlingen.....	64
6.5 Relevansen av teoriene.....	65

6.6 Avslutning	65
Referanser	67

TABELLOVERSIKT

Tabell 1 Lokalisering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode.....	3
Tabell 2 Lokalisering av kommunalt døgntilbud og øyeblikkelig hjelp i Sogn og Fjordane...	4
Tabell 3 Medisinske akutte korttidsinnleggelser (0-2 døgn) for 2017.....	5
Tabell 4 Skjema for ulike former for integrasjon.....	21
Tabell 5 Strategisk utval av kommuner.....	27
Tabell 6 Oversikt pr utvalgte kommune over antall innleggelser i ØHD og antall medisinske akutte korttidsinnleggelser i spesialisthelsetjenesten totalt og pr 1000 innbygger for 2016, 2017 og t.o.m. 2.kvartal 2018.....	36
Tabell 7 Oversikt over ressurser for hvert enkelt ØHD tilbud.....	40
Tabell 8 Oversikt over geografisk avstand fra kommunelegen sitt kontor til ØHD og sykehus, geografisk avstand for leder, samt leger og ledere sin opplevelse av nærhet til andrelinjetjenesten.....	45
Tabell 9 Oversikt over integrasjonsform mellom ØHD og andrelinjetjenesten og hvilke integrasjonsform som er tilstede ved bruk av +.....	56

FIGUROVERSIKT

Figur 1 Modeller for organisering av KAD (ØHD).....	2
Figur 2 Analysemodell.....	24

OVERSIKT VEDLEGG

Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeskjema
Vedlegg 2 Intervjuguide forhåndsinformasjon
Vedlegg 3 Intervjuguide lege
Vedlegg 4 Intervjuguide leder
Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD

1.0 INTRODUKSJON

1.1 INNLEDNING

Tema for denne oppgaven er bruken av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold – senger og relasjonen til andrelinjetjenesten, belyst gjennom en studie av utvalgte kommuner i Sogn og Fjordane. I lovverk og i offentlige dokument kalles tilbudet øyeblikkelig hjelp døgnopphold, mens kommunene har ulike benevnelser på tilbudet. I tabell 2 i denne oppgaven, står benevnelsen KAD, som betyr kommunalt akutt døgntilbud. Jeg vil i oppgaven benytte meg av forkortelsen ØHD, som er en forkortelse av det som lov og offentlige dokument nytter.

Deler av teksten i kapittel 1 – 4 er hentet fra eksamensoppgaven min i kurs ME6-500 «Forskningsstrategiar og metode» høsten 2017 og kurs OR6-502 «styring, omstilling og leiing», våren 2018. Begge kursene er et forberedende arbeid til denne masteroppgaven i organisasjon og ledelse (Longva, 2017) (Longva, 2018).

ØHD – senger ble et obligatorisk kommunalt tiltak som et resultat av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen tredde i kraft 01.01.2012 med mål om å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. En skal blant annet nå målet i reformen ved at en mye større del av helsetjenesten ytes av kommunehelsetjenesten slik at en får en dempet vekst i bruk av sykehus tjenester. En skal sikre god kvalitet gjennom å styrke ansattes kompetanse og øke samarbeidet mellom helsenivåene. Samhandlingsreformen bygger på to nye lover. Folkehelseloven (lov om folkehelsearbeid) og den nye helse og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse og –omsorgstjenester m.m (Riksrevisjonen, 2015 - 2016, s. 34). Begge disse lovene skal sikre innbyggerne i Norge tjenester av god kvalitet, så tidlig som mulig i sykdomsforløpet og nærmest mulig der en bor.

Befolkningen skal sikres rett behandling, til rett tid og på rett sted, gjennom levering av helhetlige og koordinerte helse og – omsorgstjenestetilbud.

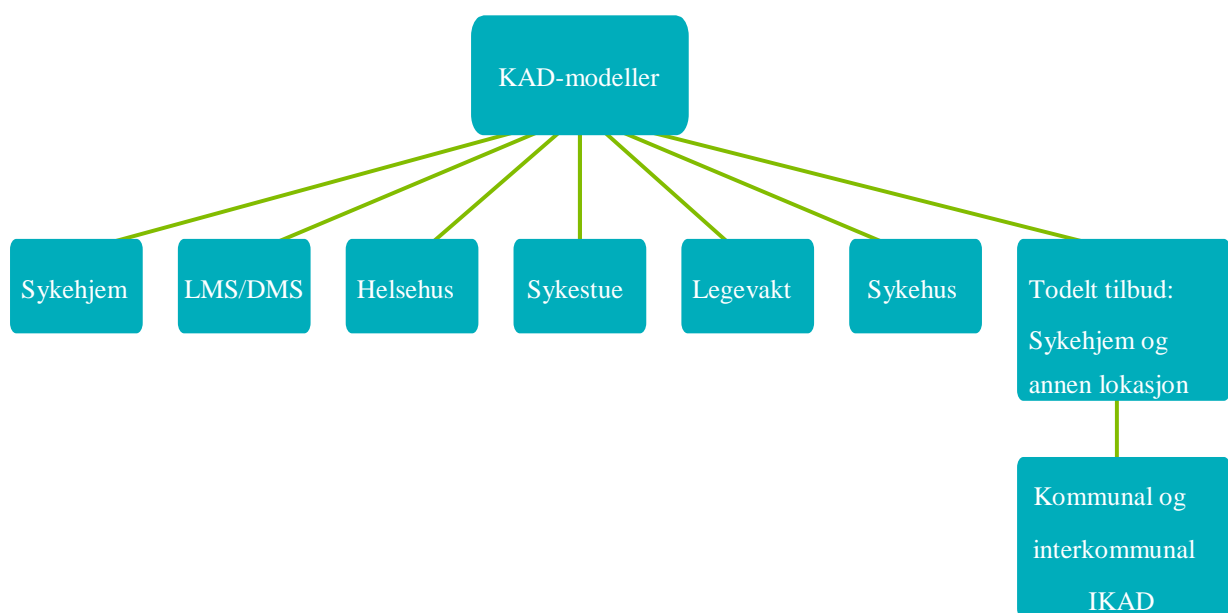
Bakgrunnen for samhandlingsreformen var erfaringer med at en leverte fragmenterte tjenester, at det var for lite fokus på å begrense og forebygge sykdom og at den demografiske utviklingen sett opp mot endringer i sykdomsbildet ville føre til samfunnsøkonomiske utfordringer (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Ifølge stortingsmeldingen står

samhandling sentralt i reformen og den enkelte pasient og bruker skal oppleve at helsetjenestene er koordinerte ut fra individuelle behov.

En av føringene i reformen er at landets kommuner skal opprette egne ØHD (øyeblikkelig hjelp døgn) senger. Intensjonen med sengene er å redusere innleggelser i sykehus der sykdomsårsak er avklart og at en da kan behandles lokalt i egen kommune. Dette kommer tydelig fram i den nye helse og omsorgstjenesteloven fra 2011 §3-5 tredje ledd som lyder som følger:

”Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til”.

Tilbudet skal kunne sidestilles med et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten og det er opp til den enkelte kommune hvordan en ønsker å organisere tilbudet. Kommunene har mulighet til å etablere det lokalt i tilknytning til for eksempel sykehjem og sykestue eller i et interkommunalt samarbeid med andre kommuner som for eksempel i tilknytning til legevakt, sykehus, lokalmedisinsk senter eller helsehus (Riksrevisjonen, 2015 - 2016, s. 51).



Figur 1: Modeller for organisering av KAD Kilde: (Skinner M. S., 2015, s. 6).

Den mest vanlige formen for organisering er å legge tilbudet til sykehjem, etterfulgt av LMS, legevakt og helsehus. De minst vanlige organiseringsformene er å legge det til sykehus og sykestue. Som vist i tabellen over har også noen kommuner valgt et todelt tilbud der en organiserer det mellom institusjon med heldøgns pleie og omsorg på den ene siden og legevakt og sykehus på den andre (Skinner M. , 2015).

Kravet til at kommunene skulle opprette egne ØHD senger er, som nevnt relativt ny, med en ikrafttredelsesfrist fra 01.01.2016. Samhandlingsreformen tredde i kraft i 2012, så flere kommuner startet opp med ØHD senger før den endelige fristen for oppstart gikk ut. I Følge rapport fra SAMDATA kommune over status for ØHD tilbudet for 2017 var det Pr. 31.desember 198 rapporteringsenheter for dette tilbudet på landsbasis. Der kommuner samarbeider om tilbudet, er det vertskommunen som har ansvar for rapporteringen for alle deltakerne i samarbeidet. Det er store forskjeller i organiseringen av tilbudet og av de 198 rapporteringsenhetene som SAMDATA refererer til, er det 122 enkeltkommuner uten samarbeidsavtaler med andre kommuner, mens de resterende 76 er i interkommunale samarbeid med inntil 12 deltakende kommuner (Mortensen, 2018, s. 7).

Tabell 1: Lokalisering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Data per rapporteringsenhet. Kilde : SAMDATA kommune rapport 2017

	2013-14		2014-15		2016		2017	
	Antall enheter	Andel	Antall enheter	Andel	Antall enheter	Andel	Antall enheter	Andel
Sykehjem	69	48,6	110	56,4	118	59,6	127	58,5
Legevakt	17	12,0	22	11,3	17	8,6	26	12,0
LMS/DMS/helsehus o.l. ⁵	24	16,9	33	16,9	32	16,2	29	13,4
Annet	14	9,9	15	7,7	14	7,1	17	7,8
Sykestue	18	12,7	15	7,7	17	8,6	18	8,3
Totalt	142	100	195	100	198	100	217	100

Som tabellen viser, så er det pr 2017 opprettet 217 enheter på landsbasis, altså noe høyere enn sum rapporteringsenheter. Dette skyldes at noen av tilbudene kan finnes i samme bygning som legevakt og sykehjem og dette fører til at total tallene blir høyere enn rapporteringsenheter.

Tabell 2: Lokalisering av kommunalt døgntilbud og øyeblikkelig hjelp i Sogn og Fjordane.

Kilde: Kommunene sine hjemmesider med orientering om tilbudet.

Kommuner	Lokalisering	Antall Senger
Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Stryn	Interkommunale helsetenester Nordfjord Eid er vertskommune	5 senger (3,4 senger ØHD og 1,6 legevakt)
Lærdal, Årdal, Aurland, Leikanger	Sogn LMS (lokalmedisinske senter) Lærdal er vertskommune	4 senger (2 rom)
Solund, Hyllestad, Fjaler, Askvoll, Bremanger, Høyanger, Balestrand, Gaular, Førde, Naustdal, Jølster	SYS IKL Førde er vertskommune	4 senger (8 senger frå 01.07.2017, enerom der 5 senger er ØHD, 2 er legevakt og 1 seng er akutt avrusingsseng)
Gloppen	Gloppen omsorgssenter	2
Flora	Furuhagane omsorgssenter	2
Sogndal og Vik	Sogndal omsorgssenter Sogndal er vertskommune	2,7
Luster	Omsorgssenteret i Gaupne	2

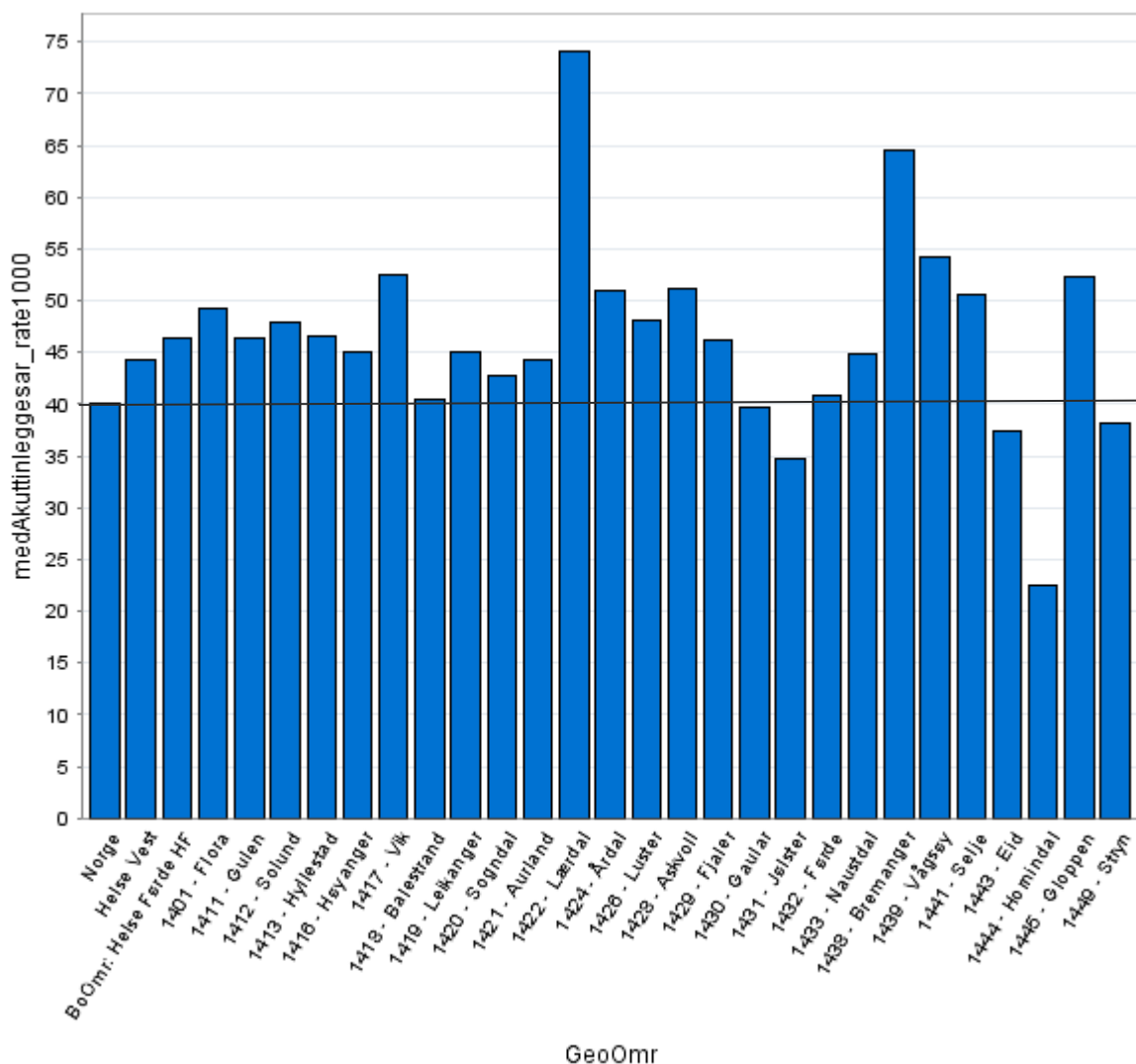
Når det gjelder statistikk over bruken av ØHD tilbudet på landsbasis og over Sogn og Fjordane så fins det ikke noen felles statistikk med oversikt over hvert enkelt tilbud. Det finnes oversikt over innleggelser, men det er noe vanskelig å nyttiggjøre meg av disse tallene fordi det er avhengig av om det er vertskommune, samarbeidskommune eller annet tilbud.

På samhandlingsbarometeret finner en imidlertid statistikk over akuttinnleggelser i sykehus. Tall fra 2017 viser at snittet for innleggelser akutt i sykehus er 40 innleggelser pr 1000 innbygger. Som en ser i tabell på neste side, så varierer bruken. Sogndal, Førde og Eid er alle vertskommuner og har en relativt lav bruk sammenliknet med andre kommuner. Flora og Gloppen står alene om tilbudet og har en høyere bruk av akutte sykehusinnleggelser og det

samme gjelder for Lærdal som er vertskommune for ØHD. Bremanger, Vågsøy og Selje er alle knyttet til et interkommunalt tilbud og har et høyere bruk av akuttinnleggelser i sykehus, mens Stryn og Jølster som også er med i interkommunale tilbud har et lavere bruk enn snittet.

Tabell 3: Medisinske akutte korttidsinnleggelser (0-2 døgn) for 2017.. Kilde:

Samhandlingsbarometeret.no



En kan stille spørsmål ved om høy bruk av akutte innleggelser i sykehus har sammenheng med lav bruk av ØHD senger og omvendt. Samtidig kan det også være at noen kommuner bruker mye eller lite av begge deler. Jeg ser at det er ulikheter mellom kommunene og det ønsker jeg å undersøke nærmere.

1.2 FORMÅL

Selv jobber jeg i kommunehelsetjenesten og er leder på et sykehjem. Kommunen er en del av et interkommunalt samarbeid som dekker legevakt og ØHD. Det er 5 kommuner som er med i samarbeidet og det er lokalisert ca 1 time fra kommunen jeg jobber i. I følge årsrapporten for disse samarbeidskommunene, så ser en at bruken blant kommunene som er med i denne avtalen, er ulik. Noen er aktive brukere, mens andre har få liggedøgn gjennom året.

Gjentatte ganger opplever jeg at de lokale legene så vel som legevaktslegene prøver å legge pasienter inn på Sykehjemmet for observasjon og planlagt behandling. Dette kan være pasienter som trenger et opphold for å observeres, få planlagt intravenøs behandling eller andre behandlingstyper som kunne vært utført på ØHD.

Kriteriene for innleggelse ved ØHD er at pasienten har en avklart diagnose med behov for behandling og observasjon. Diagnosen må kunne stilles med allmennt medisinske metoder og hjelpemidler. Somatiske sykdommer kan være kroniske sykdommer i forverring som hjertesvikt, diabetes, KOLS og pasienter med behov for justering av medisiner. Det kan også gjelde mer akutte lidelser som luftveisinfeksjoner og urinveisinfeksjoner for å nevne noen. Essensen er at diagnosen er avklart i forkant (Helsedirektoratet, 2016, s. 19).

I min masteroppgave vil jeg skrive om det interkommunale ØHD tilbudet. Formålet er å finne ut hvordan bruken av tilbudet varierer og hvorfor og hvordan relasjonen til andrelinjetjenesten er.

2.0 KUNNSKAPSSTATUS OG PROBLEMSTILLING

2.1 TIDLIGERE FORSKNING

Deloitte gjennomførte høsten 2014 en undersøkelse på vegne av helsedirektoratet. Undersøkelsen hadde som formål å få fram erfaringer fra kommuner med allerede etablert ØHD tilbud og se på utfordringene og suksess faktorene opp mot mengde bruk og beleggprosent (Deloitte, 2014). Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av kvalitativ metode med telefonintervju av 30 informanter fra 30 ulike tilbud. Utvelgelsen av informanter ble gjort på bakgrunn av variasjon i geografi, antall senger og lokalisering/organisering av tilbudet. Hovedfunnene var at kommunene var godt i gang (over 50%) med etableringen av tilbudet da undersøkelsen var gjort i 2014. 3 av 4 kommuner har inngått et interkommunalt samarbeid i organiseringen av sengene og de fleste kommuner har opprettet tilbudet ilag med legevakt eller på sykehjem. De fleste små kommuner har ikke et tilbud lokalisert i egen kommune. Den viktigste faktoren for suksess er samhandling med legene. Forankring blant innleggende leger tar tid og flere informanter antok at belegg prosenten vil øke. Det kom også fram i rapporten at legene glemmer tilbudet og i noen tilfeller er usikre på kompetansen som finnes og at flere pasienter kunne blitt innlagt i ØHD. De forteller også om noe tungvinte innleggelsesrutiner.

Senter for omsorgsforskning – øst har skrevet flere rapporter gjeldende kommunalt akutt døgnopphold – ØHD. De gav blant annet ut en rapport i 2015 med tittel «skeptiske leger og tomme senger?» (Skinner M. S., 2015). Det var brukt både kvalitativ og kvantitativ metode i rapporten. Kvalitativt ved hjelp av semi – strukturerte intervju med elleve sentrale personer fra ni forskjellige kommunale akutte døgnenheter. Seks av disse var fra et interkommunalt tilbud og tre var fra kommunale enheter. Disse representerte samtlige landsdeler. Dette var det primære grunnlaget for dataanalysen. I tillegg var det brukt statistikk fra Helsedirektoratet om bruken av tilbudet fra de kommunene som på daværende tidspunkt hadde mottatt tilskudd og åpnet ØHD. Statistikken inneholdt rapportering som kommunene selv hadde sendt inn og omfattet 246 kommuner – tilsvarende 106 rapporteringsenheter. Herav var det 45 enheter som var i et interkommunalt samarbeid, samt 61 rapporteringer fra enkeltkommuner. Èn kommune deltok ikke i rapporteringen. Dataene er fra 2013 – 2014.

Denne rapporten er svært interessant for min oppgave. Undersøkelsen har som hensikt å finne ut av forhold som påvirker bruken av ØHD sengene og har fokus på både kommunale og interkommunale tilbud. Rapporten tar for seg legenes kunnskap, geografisk avstand til

tilbudet og om forhold som ulike innleggelsesrutiner mellom ØHD og sykehus kan påvirke belegg prosenten. Rapporten konkluderer med at legenes kunnskap og tillit til ØHD uten tvil har betydning for bruken av sengene, men at det alene ikke kan forklare stor variasjon i bruk mellom kommuner. Årsaksfaktorer for lav og høy bruk, kan også begrunnes med geografisk avstand, tradisjon for lokal akuttbehandling på sykehjem og et pasientgrunnlag med stor variasjon. Det understrekes at informantene i undersøkelsen ble direkte oppfordret til å snakke om utvalgte tema og at dette til en viss grad vil påvirke resultatene. Samtidig vil de forskjellige tilknytningene og erfaringene informantene har til ulike former for ØHD tilbud spille inn på svarene de gav i intervjuene. Rapporten legger vekt på at elementer som geografisk avstand, akuttbehandling i sykehjem og variasjon i pasientgrunnlag, bør settes større søkelys på i videre undersøkelser. Her tenker jeg at min masteroppgave kan være et bidrag til videre forskning.

Senter for omsorgsforskning har også utgitt en rapport med tittel Øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de fire første årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Skinner M. S., 2015). Denne rapporten ble bestilt av Helsedirektoratet med spesifikt å sette søkelys på kunnskapen og erfaringene som har kommet fram i Helsedirektoratet og KS sine tidligere utredningsoppdrag samt Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikk. Litteraturgjennomgangen i denne rapporten er hentet fra flere underliggende rapporter som er utarbeidet av blant annet Deloitte, Den norske legeforening, Skinner, M.S, m.fl. I alt så er det over 25 rapporter som ligger til grunn for dette dokumentet.

Som overskriften sier, så tar rapporten for seg en oppsummering av de erfaringene og kunnskapen en har fått i etableringsfasen fra 2012 – 2015. Oppsummeringen viser at det er stor forvirring rundt meningen med sengene og hvilke pasienter som passer til tilbudet og det anbefales en tydeligere kommunikasjon ut til kommunene at det er akseptert å tenke annet enn den «korte akutte innleggelsen» når en skal definere målgruppen for tilbudet. Det kommer fram at det også bør være et fokus på forebygging og ikke kun behandling, da forebygging også kan hindre innleggelse i sykehus. Den nasjonale veilederens konkrete anbefalinger har hatt stor betydning for hvordan tilbudene har blitt organisert. Det anbefales i rapporten at veilederen burde vært tydeligere i formidlingen om at både forebyggende og behandlende innleggelser er «godkjent bruk» av sengene. Kommunene burde gjøres oppmerksom på at veilederen er – kun en veileder – og at kommunene burde i større grad nytte seg av handlingsrommet i etableringen og tilpasningen av et slikt tilbud. Det har heller

ikke kommet fram i de nye veilederne hva som er revidert fra forrige versjon, og dette er uheldig for de som skal opprette nye tilbud.

Når det gjelder helseforetakenes rolle, så sier rapporten at helseforetakene var aktive i oppstartsfasen av tilbudene, men at denne aktiviteten endrer seg etter at planleggingsfasen er over. Den to delte finansieringsordningen, der en del blir gitt som tilskudd fra helsedirektoratet mens den andre blir gitt fra helseforetaket, har hatt en negativ innvirkning på relasjonen mellom kommuner og helseforetak. Rapporten sier at helseforetakene har vært kritiske til at de har måtte overføre penger til kommunene uten at det har blitt stilt krav til hvordan kommunene skal bruke pengene. I rapporten kommer det fram at dette kunne vært unngått hvis det hadde vært avsatt egne midler til etableringen av ØHD istedet for at pengene blir tatt fra helseforetakene. Rapporten har hatt hovedfokus på legerollen, bruken av sengene, det interkommunale samarbeidet, hvordan lovbestemmelsen for oppretting av tilbudet har betydning for organiseringen og helseforetakene sin rolle. Det er derfor flere andre forhold som ikke har blitt løftet fram. Det trengs supplerende studier der utvikling og drift er fokus fra et eksplisitt og teoretisk perspektiv, da det fins lite på dette området til nå. Rapporten er interessant ut fra min problemstilling.

Jeg har også kommet over en rapport som har blitt skrevet på bestilling fra helsedirektoratet, «Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid» (Rambøll, 2015). Rapporten er datert september 2015 og hadde som formål å gi helsedirektoratet et bilde på de erfaringene som kommuner i et interkommunalt samarbeid har gjort seg i et slikt samarbeid. Metoden som er brukt i undersøkelsen er semistrukturerte kvalitative intervju av ledere og andre sentrale personer fra åtte ØHD tilbud, samt dokumentstudier. Fokuset i denne undersøkelsen var både prosessen i forkant, implementeringen, drift av tilbudet, i tillegg til forbedring – og utviklingstiltak som enten var planlagt eller igangsatt og hvordan dette påvirket bruken av sengene. Hoved funn her var at det er vertskommunene som tar det største ansvaret i alle faser av opprettelsen av disse tilbudene. Kommunene som er med i samarbeidet blir invitert inn og opplever seg som likeverdige parter. En finner også at aktivt informasjonsarbeid blant legene påvirker bruken av disse sengene i positiv retning, men at dette er krevende. Det kommer også fram at det er vertskommunene som benytter tilbudet mest.

På nettsiden til tidsskriftet.no- den Norske legeforening - har jeg funnet en artikkel som ser på kunnskap og erfaringer i mellomstore kommuner som drifter ØHD tilbud uten et

interkommunalt samarbeid (Hole, Barstad, Teigen, & Kvangarsnes, 2015). Artikkelen ble publisert 22.09.2015. Målet med denne artikkelen var å få mer kunnskap om erfaringene i de mellomstore kommunene som drifter et slikt tilbud alene. Metode for innhenting av data var fokusgruppeintervju med 25 helsepersonell og innhenting av data i forhold til bruken av sengene. Det kom fram i artikkelen at kommunene valgte å organisere tilbudet lokalt for å styrke fagmiljøet i sykehjemmene, at det var et pasientnært og fleksibelt behandlingstilbud og at bruken av sengene hadde økt. Det kom også fram at etablering av lokale tilbud hadde gitt kommunene et kompetanseløft, samtidig med at god sykepleiefaglig kompetanse var nødvendig for at det skulle være et godt pasienttilbud. Dette er relevante funn i forhold til min oppgave med tanke på at jeg vil ha fokus på nærhet. Som nevnt tidligere vil jeg legge en hoved vekt på interkommunale tilbud, men samtidig vil betydning av nærhet til tilbudet stå i sentrum og vil kunne bidra til å se det i sammenheng med de kommunene som oppretter tilbudet selv, bruker tilbudet mer enn andre kommuner som er i et samarbeid. Da vil spørsmål om nærhet til tilbudet være relevakt i forhold til bruken. I forhold til denne artikkelen ser jeg at det stilles noen kritiske spørsmål til funnene og dette er noe jeg selvsagt har med meg når jeg leser og analyserer den.

Tjerbo og Skinner har skrevet en vitenskapelig artikkel med navnet «Interkommunale samarbeid om døgnåpne kommunale akutte enheter og legevakt. Tar helsekommunen form?». Dette er en kvantitativ studie med analyse av data relatert til kommunenes samarbeid om legevakt og kommunale akutte døgntilbud (ØHD). Dataene som er brukt er hentet fra alle de 428 kommunene i landet. Studien viser at 81 prosent av Norges kommuner deltar i interkommunalt samarbeid om legevakt, mens 73 prosent har samarbeid om ØHD (Tjerbo, 2016, s. 120). Det kommer fram i studien at det er høy grad av overlapp mellom samarbeid innenfor ØHD og legevakt. Det kommer også fram at det er en sterk tradisjon for og erfaring med interkommunalt samarbeid mellom norske kommuner, men at det er langt fra samarbeid til sammenslåing. I artikkelen står det at evnen til kollektiv handling er framtreddende og hjelper til å løse kravene til kommunene som følger av samhandlingsreformen, men at det lar seg løse uten endring i kommunestrukturen. Konklusjonen i artikkelen er at helsereformen ikke tar form.

Riksrevisjon publiserte i 2016 en undersøkelse av kvalitet og ressursutnyttelse i helsetjenesten etter at samhandlingsreformen kom (Riksrevisjonen, 2015 - 2016). Det ble brukt både kvalitativ og kvantitativ metode, med intervju, innhenting av statistikk og spørreundersøkelser til alle kommuner, helseforetak og et utvalg fastleger. Når det gjaldt

ØHD sengene kom det her fram at tilbudet ikke blir brukt i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen. Ifølge undersøkelsen er det blant fastlegene en utbredt usikkerhet om kvaliteten i tilbudet er god og de har også manglende kjennskap til hvilken behandling som blir utført ved ØHD. Mange av fastlegene mener at tilbudet ikke er tilpasset det behovet som innbyggerne har. Det kom også fram i rapporten at tidkrevende innleggelsesprosedyrer også er en sentral årsak til at ikke flere pasienter legges inn ved ØHD – tilbudet. Dette er interessant i forhold til min oppgave. I de kommunene som var i et samarbeid, men som ikke selv var vertskommunen, ble bare hver fjerde plass benyttet, selv om det hadde vært drift i ØHD tilbudet i over et år.

Jeg har også kommet over en masteroppgave skrevet av Cathrine Ullebø (Ullebø, 2017) med tema : Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - Hva er årsakene til at det kommunale ØHD-tilbudet ikke benyttes i tråd med intensjonen til Samhandlingsreformen? Det er brukt en kvalitativ metode med dybdeintervju av kommuneleger og lis – leger (leger i spesialisering) for å innhente informasjon. Denne oppgaven ser nærmere på faktorer som påvirker samhandling og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutt innleggelser i sykehus kontra ØHD. Et av funnene var at det var hemmende for samarbeidet og for bruken av ØHD at det manglet incentiver for å bruke tilbudet. Bruken ble også påvirket av om det var 1 eller 2 leger på vakt og hvordan legevakt og ØHD var organisert.

2.2 OPPSUMMERING

Det kommer fram i flere rapporter at i et interkommunalt samarbeid, så er det vertskommunene som nytter tilbudet mest i tillegg til de kommunene som oppretter tilbudet på egenhånd. Disse kommunene har den høyeste belegg prosenten. Kunnskap blant legene og kjennskap til tilbudet er noe som trekkes fram som årsaksfaktor til at bruken blant enkelte kommuner er lav. Det er også skrevet en del om innleggelsesruinene og at de kan være noe omfattende å skrive og at det kan være en årsak til at en velger en «enklere» utvei når en pasient skal legges inn. Avstand er også en faktor som kommer fram som årsak, men da med fokus på geografisk avstand som kilometer. Samhandling / samarbeid og kjennskap til tilbudet kommer også fram i flere rapporter som årsaksfaktorer til lav bruk. Noen av artiklene legger også vekt på tilgang på kompetanse og ressurser og at det kan spille en rolle i bruken av tilbudet. Ved at jeg i min oppgave velger å kombinere sammenhengen med nærhet

i ulike perspektiv, kapasitet og samhandling / samarbeid, så håper jeg at jeg kan bidra til videre forskning på om disse faktorene har betydning for bruken og dermed understøtte eller nyansere tidligere rapporter og funn.

2.3 AVGRENSING

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til innleggelser som gjelder somatiske lidelser. Veilederen for oppretting av ØHD tilbud ble oppdatert i 2016, med krav fra 01.01 2017 om at det også skal tilbys plasser til pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2016, s. 9). Bakgrunnen for avgrensingen er at det kun er kort tid siden kravet om etablering av disse plassene kom og funnene hittil vil derfor være begrenset. I tillegg vil omfanget av oppgaven bli stor ved å innlemme flere områder, så jeg er redd for at det kan bli uhåndterlig ut fra oppgavens lengde.

Jeg ønsker å se nærmere på interkommunale ØHD tilbud med ulik geografisk avstand. På den måte vil jeg kunne finne ut om nærhet til et slikt tilbud har betydning for bruken – sett i sammenheng med de kommunene som oppretter slike tilbud på egen hånd. Jeg ønsker å ha fokus på faktorer som for eksempel lang reisevei og samhandling / samarbeid. Blir ØHD sengene mer brukt når det er kort reisevei til tilbudet? Er det forskjell på antall innleggelser i sykehus ut fra avstand til ØHD tilbudet? Er samhandling / samarbeid en faktor som har betydning for bruken? Dette er spørsmål som jeg ønsker å få utforske nærmere. Jeg syntes at det er veldig interessant å kunne få mer innsikt i om det er variasjon i bruken og hva som kan ligge til grunn.

Jeg mener at temaet er relevant i forhold til en masteroppgave fordi det etter disse årene er viktig å evaluere organiseringen av tilbudet og om kommunene bruker sengene etter intensjonen.

Ifølge riksrevisjonens rapport (2015 – 2016), så har tre av fire kommuner, som har valgt å etablere tilbudet på egen hånd, lagt det til sykehjemmet, mens de kommunene som har inngått samarbeid med andre, har valgt å legge det til helsehus, lokalmedisinsk senter, sykehus eller legevakt (Riksrevisjonen, 2015 - 2016, s. 51). Jeg tenker at min undersøkelse kan gi svar på om avstand spiller inn for bruken og/eller samhandling rundt det interkommunale tilbudet og med spesialisthelsetjenesten. Dette kan mulig også fortelle noe om det å ha et slikt tilbud lokalt, vil ha betydning og om sengene benyttes mer jo nærmere det er der pasienten bor. På

bakgrunn av dette har jeg valgt å gå dypere inn i samhandlingsteori fordi samlokalisering kan virke inn på samhandling og dermed også bruken, mens jeg har valgt å bruke proximityteori som vil bidra til å gå nærmere inn på problemstillingen relatert til avstand til tilbudet. Disse teoriene blir utdypet under kapittel 3.

Samhandlingsreformen legger føringer for at kommunene skal ta et større ansvar for tjenester som tidligere har lagt under 2.linje tjenesten. Mye av ansvaret skal derfor overflyttes til kommunene slik at tilbudet er nærmere der folk bor. Det er ikke så mange år siden reformen tredde i kraft, så erfaringene er fortsatt ikke så breie. Ut fra teamet jeg har valgt å skrive om, så ble kravet om oppretting av ØHD senger for kommunene først lovpålagt 01.01.2016. Noen kommuner kom tidligere i gang, men det er fortsatt lite skrevet og dokumentert på dette området, spesielt når det gjelder bruk sett i sammenheng med nærhet til ØHD.

Som nevnt tidligere, jobber jeg på et sykehjem og erfarer at både kommuneleger og leger i det interkommunale samarbeidet på legevakten, ringer sykehjemmet for å få pasienter innlagt på sykehjemmet. Disse pasientene kunne hatt utbytte av å legges inn på ØHD. Ut fra de rapportene jeg har funnet, så er det gjengående at sengene ikke blir brukt etter intensjonen og at belegg prosenten i snitt er lav på landsbasis.

2.4 PROBLEMSTILLING

På bakgrunn av dette har jeg følgende problemstilling i min masteroppgave:

Bruken av ØHD senger – Hvordan varierer bruken av ØHD sengene og relasjonen til andrelinjetjenesten, og hvorfor?

2.5 DISPONERING AV OPPGAVEN

Innledningsvis presenterer jeg mitt utgangspunkt for valg av tema og formålet med oppgaven.

I kapittel 2 har jeg presentert noe av det jeg har funnet av forskning knyttet til relevansen for oppgaven samt statistikk over bruk. Dette avsluttes med en oppsummering av hva som kan være årsakene til at bruken er slik den er pr i dag.

Jeg har i kapittel 3 presentert en oversikt over de teoretiske perspektivene som jeg tenker er relevante for å drøfte problemstillingen i forhold til mine funn.

I kapittel 4 presenterer jeg valg av metode og hvordan jeg vil gå fram i valg av case, gjennomføring av intervju og analyseprosessen.

I kapittel 5 presenterer jeg funn og drøfting fra det empiriske materialet.

I kapittel 6 presenterer jeg konklusjonen.

3.0 TEORI

3.1 PRESENTASJON AV TEORIENE

Ut fra valg av problemstilling, så ønsker jeg å finne ut hva som gjør at bruken av ØHD varierer, hvilke faktorer ligger til grunn for variasjonen og hvordan relasjonen er mellom ØHD – tilbudet og andrelinjetjenesten. Jeg har en hypotese – både fra egen erfaring og fra gjennomgang av litteratur, at samhandling mellom profesjoner og helseforetak samt nærhet til tilbudet kan påvirke dette og derfor har jeg valgt ut teori om samhandling / samarbeid og proximity – som oversatt til norsk betyr nærhet. For å kunne gå nærmere inn på om avstand kan ha betydning for bruken, så vil teori om nærhet - organisatorisk og fysisk avstand være relevant og hjelpe meg til å tolke informasjonen jeg får inn. Videre er det viktig å ha med teori relatert til legenes og ledernes opplevelse av samhandling og samarbeid for å få en forståelse for og kunne tolke funnene i lys av teori på en rett måte. Jeg mener derfor at utvalgt teori er relevant i forhold til min problemstilling. Jeg vil her gå inn på de teoriene som jeg vil bruke i mitt forskningsarbeid.

3.2 PROXIMITY - NÆRHET

3.2.1 GEOGRAFISK NÆRHET

Geografisk nærhet betegnes som nærhet i lokal eller fysisk forstand og er den mest brukte dimensjonen av nærhet i litteraturen (Oerlemans, 2006, s. 74). Definisjonen varierer litt mellom ulike forfattere, der noen forfattere definerer nivået basert på den faktiske geografiske avstanden mellom aktører, mens andre definerer begrepet ut fra transport (reisetider) eller hvordan aktørene oppfatter avstandene. Geografisk nærhet uttrykker den kilometer avstanden som skiller to enheter i geografisk avstand og har to egenskaper.

- Det er todelt: Det finnes mange nivå, som for eksempel – mer eller mindre langt fra, mer eller mindre nær – men hensikten med å undersøke den geografiske nærheten er å avgjøre om en er «langt fra» eller «nær» (A.Rallet, 2005, s. 49).
- Det er relativt i dobbel forstand:

- 1. Geografisk nærhet – sett i sammenheng mellom nærhet og avstand, som er relativt i forhold til transport. Avstanden sett i kilometer blir lagt vekt på ut fra tid eller kostnad.
- 2. Nærhet er også en subjektiv opplevelse der individets bedømmelse av den naturlige geografiske avstanden blir lagt til grunn for vurdering av avstanden. Vurderingene blir gjort ut fra objektive data som km, tid og pris, men også individets subjektive oppfatning av dette. Vurderingen kan variere ut fra individets alder, Sosiale bakgrunn, kjønn og yrke.

3.2.2 INSTITUSJONELL NÆRHET

Institusjonsbegrepet kan brukes på ulike områder. Både i større og mindre dimensjoner blir begrepet brukt og spekteret av synonymer er vidt. Alt fra de mindre dimensjonene som en familie, til en total organisasjon som for eksempel en stat er betegnet som institusjoner av sosiologene (Bukve, 2012, s. 37). Institusjoner er menneskeskapt og strukturert av politiske, økonomiske og sosiale samspill. I følge Bukve (Bukve, 2012, s. 37), kan vi se på institusjoner som en samling av sosiale praksiser. Disse praksisene er regulerte av underliggende tankemønstre, verdier, normer, konvensjoner og regler som til sammen legger føringer for hva som er passende adferd.

Institusjonell nærhet er i utgangspunktet en samlebetegnelse for flere dimensjoner av nærhet. Ifølge J.Knoben og L.A.G. Oerlemans er definisjonen på institusjonell nærhet opplagt. Forfatterene refererer til følgende definisjon – her oversatt fra engelsk til norsk:

Institusjoner er de menneskelig utarbeidede begrensningene som strukturerer politiske, økonomiske og sosiale samspill. De består av både uformelle begrensninger og formelle regler (Oerlemans, 2006, s. 76) .

Både formelle institusjoner (for eksempel lover og normer) og uformelle institusjoner (kulturelle normer og vaner) påvirker koordineringen av handlingene. Kollektiv læring i form av institusjonell nærhet vil være lettere ved at kunnskapsoverføringen kommer gratis og at en har en felles plass for prosedyrer, normer og representasjon (Oerlemans, 2006, s. 76) .

Knoben og Oerlemans skriver at det er en stor sammenheng mellom institusjonell, - kulturell - og organisatorisk nærhet, men at litteraturen behandler disse dimensjonene som separate nivå.

3.2.3 ORGANISATORISK NÆRHET

Organisatorisk nærhet er ment som evnen en organisasjon har til å få sine aktører til å samhandle (A.Rallet, 2005, s. 49). Ulike forfattere definerer organisatorisk nærhet på forskjellige måter. Torre og Rallet (2005) sin definisjon beskriver denne typen nærhet som at aktører sine interaksjoner - eksplisitte eller implisitte - lettes av regler og rutiner, som deler samme system og som baserer seg på ideen om praksismiljøer (Oerlemans, 2006, s. 75).

Organisasjonen forenkler samspillet og gjør det lettere å samhandle for de som er innenfor enn de som er utenfor. Dette forklares med at det å tilhøre en organisasjon, fører til å bedre samspillet ved at det ligger i rutine til organisasjonen. Medlemmene er nære hverandre fordi de samhandler og forholder seg til et sett av regler og rutiner for atferd som de følger. Samtidig er logikken at to personer som deler det samme systemet og den samme kunnskapen er «like» og dette letter samhandlingen (A.Rallet, 2005, s. 50). Et eksempel på dette kan være to ansatte som jobber på legesenter i 2 ulike kommuner. Disse to kan ha større organisatorisk nærhet enn to som jobber på legesenter og i hjemmebasert omsorg innen samme kommune.

3.2.4 KULTURELL NÆRHET

Denne typen nærhet brukes – innen litteraturen – i mindre grad enn de to forutgående. I følge J.Knoben og L.A.G. Oerlemans er definisjonen av kultur følgende:

«Kultur er mønster av tanker, følelser, atferd, symboler osv. som betyr handlinger og adferd, og gir fortolkninger av situasjoner for mennesker. Kultur er offentlig delt og akseptert av en gitt gruppe på et gitt tidspunkt, binder medlemmer sammen og definerer eller skiller en gruppe fra andre grupper» (Oerlemans, 2006, s. 76).

Ifølge J.Knoben og L.A.G.Oerlemans (2016) forventes det at når organisatoriske kulturer er like, så samhandler organisasjonene lettere og resultatet er bedre. Grunnen til det er at fortolkning og rutiner tillater organisasjonen både å tolke og gi mening til handlinger uten å gjøre de vanskelige tolkninger uttrykkelig. Dugnaden er et eksempel på kulturell nærhet. Her er det sosiale forventninger om at «hvis jeg stiller opp for deg, så stiller du opp for meg». Om ingen gjør gjengjeld, så vil dugnadsånden heller ikke lenger eksistere og en vil miste den kulturelle nærheten.

3.2.5 KOGNITIV NÆRHET

Definisjonen på kognitiv nærhet er likhetene i måten aktørene oppfatter, tolker, forstår og evaluerer verden (Oerlemans, 2006, s. 77). Begrunnelsen er at forskjellige forhold som for eksempel organisasjonskultur, skikker, normer og rutiner påvirker aktørenes måte å se verden på. For en effektiv kunnskapsoverføring må aktørene ha like referanserammer. Knoben og Oerlemans skriver at ulike forfattere definerer kognitiv nærhet på ulike måter, der flere skriver at det er en egenskap relatert til relasjoner, mens flere forfattere definerer det som en gruppe av mennesker som tilhører en «praksis i et samfunn» som igjen gjør at en kan ha en effektiv kommunikasjon til tross for store geografiske avstander. Summen av definisjonene og begrunnelsen nevnt innledningsvis i dette avsnittet, knytter kognitiv nærhet til både kulturell nærhet og institusjonell nærhet og at kognitiv nærhet kan være en «oversettelse» av disse to fra nasjonalt og regionalt nivå, til organisasjonsnivået og brukt i en kontekst der det er viktig med kunnskapsoverføring (Oerlemans, 2006, s. 77).

3.2.6 TEKNOLOGISK NÆRHET

I følge Knoben og Oerlemans (2006) er definisjonen på teknologisk nærhet den kunnskapen aktørene har om teknologien. Selve teknologi begrepet handler om de verktøy og enheter som brukes som formidlingsredskap, mens teknologisk nærhet refererer til aktørenes kunnskap om disse elementene. En skaper, ved hjelp av teknologi, en virtuell nærhet. I følge Knoben og Oerlemans (2006), så må organisasjonene ha sammenliknbare kunnskapsbaser for å kunne etablere samarbeid, samtidig som en må ha en kunnskapsbase for utnyttning av ny kunnskap. Det vil si for eksempel at 2 firmaer må være nok like til å gjenkjenne kunnskap, men nok ulike til å bidra med ny kunnskap til hverandre. I utgangspunktet er denne typen nærhet mye likt kognitiv nærhet, men den vesentlige forskjellen er at den kognitive nærheten har et bredere spekter med referanse til i hvor stor grad aktørene kan kommunisere effektivt med hverandre, mens den teknologiske nærheten refererer til i hvor stor grad aktørene kan lære av hverandre (Oerlemans, 2006, s. 78).

3.2.7 SOSIAL NÆRHET

Sosial nærhet kan også betegnes som personlig eller relasjonell nærhet. Denne dimensjonen refererer til aktører som hører til det samme rommet av relasjon. Sosial nærhet gjør det mulig å utveksle kunnskap på grunnlag av gjensidig tillit, slektskap og erfaring (Oerlemans, 2006). Bukve beskriver en sosial struktur som et mønster av relasjoner mellom enheter og disse enhetene kan være individ, roller, posisjoner eller organisasjoner (Bukve, 2012, s. 47).

3.3 SAMHANDLING

I St.mld. 47 – samhandlingsreformen, s. 13 beskrives samhandling på følgende måte: «Samhandling er uttrykk for helse – og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles, omforente mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte». Dette tolker jeg slik at samhandling forplikter og forutsetter at handlingene til enkeltpersoner er koordinerte. En må ha en gjensidig tilpassing mellom sine egne oppgaver og kollegaer sine oppgaver og det er basert på tillit, gjensidighet og likeverd. En må også ha en felles forståelse av situasjonen.

I følge Bukve og Kvåle (2014) kan samhandling forstås som samarbeid. Når samarbeid er sentralt, så har ikke aktøren full kontroll og oversikt over det som skal skje. Slike situasjoner kan være utfordrende og for at samhandling skal finne sted på en god måte, må en ha felles mål og en felles forståelse av situasjonen. Tillit er også sentralt i samhandlingen, samt erfaring -, kunnskap – og informasjonsutveksling (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16).

I boken Helsefremmende samhandling (2017), av Gunnar Tellnes står det at «å *samhandle betyr å kombinere kunnskap, erfaring og innsikt på en god måte*». Han skriver at god kommunikasjon er sentralt, samt gjensidig respekt og forståelse og at man er bevisst på at den andre parten kan ha en annen oppfatning enn en selv.

Samhandling er en måte å løse komplekse oppgaver på. Jo mer kompleksitet, jo større behov for samhandling både i samfunn, system og organisasjoner (Bukve & Kvåle, 2014, s. 16).

Samhandling er et begrep som er brukt både når det gjelder samarbeid mellom organisasjoner, men også mellom mennesker. Samarbeid er basert på gjensidighet og tillit i nettverk. Det forutsetter selvorganisering og frivillighet og det er ikke mulig å påtvinge parter et godt samarbeid. De involverte må frivillig avgi autonomi. Det innebærer at de som er med, forplikter seg til å tenke helhetlig gjennom å bidra med sin kunnskap, sin tid og egne

ressurser (Vabø M. , 2014). Offentlige organisasjoner er avhengige av å samarbeide med hverandre for å løse mange av de oppgavene som velferdsstaten er satt til å løse. Dette gjelder både på tvers av forvaltningsnivåene, men også på tvers av offentlig og privat sektor. Et velfungerende samarbeid forutsetter en felles forståelse av problemet og en fasiliterende ledelse som legger til rette for at partene lytter til hverandre (Vabø M. , 2014, s. 19).

Det kan være prosesser på forvaltningsnivå der det er behov for å samarbeide eller samarbeid mellom selvstendige aktører. Når det gjelder samhandling på forvaltningsnivå, så er det ofte de sentrale føringene og politiske avgjørelsene som bestemmer rammene for samhandlingen og dermed kan lokale organ få en følelse av å «miste kontroll». I følge Bukve og Kvåle, kan begrepet samhandling favne flere fenomen og begrepet blir omtalt fra ulike perspektiv.

Innen organisasjonsteori blir samhandling omtalt som arbeidsdeling og samordning. Teorien har fokus på at lederen kan oppnå resultat gjennom formell organisering. Ved at personene i organisasjonen jobber strukturert og målrettet, så blir det definert som en organisasjon. Arbeidsdeling og spesialisering blir sett på som effektivisering, men vil også kreve samordning og integrasjon (Bukve & Kvåle, 2014, s. 17). Både horisontal og vertikal integrasjon må til for at organisasjonen skal «gå» i den retningen en ønsker og samtidig oppnå kostnadseffektive resultat. Dagens helse og omsorgstjeneste er preget av spesialisering og arbeidsdeling, noe som kan utfordre samordning og samhandling både i det vertikale og det horisontale plan.

Ifølge Axelsson og Axelsson skiller man mellom to hoveddimensjoner av integrasjon, vertikal og horisontal. Dette for å skille mellom de ulike formene for integrering. Den vertikale integrasjonen foregår mellom organisasjoner eller organisasjonsenheter på ulike nivå i en hierarkisk struktur, mens den horisontale integrasjonen foregår mellom organisasjoner eller enheter på samme hierarkiske nivå eller innehar lik status. Axelsson og Axelsson viser til en måte å kombinere disse dimensjonene på ved å konstruere et skjematisk oppsett av hovedformer for integrasjon.

Tabell 4: Skjema for ulike former for integrasjon

		Horisontal integrasjon	
		-	+
Vertikal integrasjon	+	Koordinering Å plassere, sideordne for eksempel virksomheter i det riktige forhold til hverandre og bringe det i samvirkende system.	Samarbeid Der man samarbeider ved bytte av informasjon til hverandres nytte
	-	Entreprenørskap En prosess hvor man alene eller i samarbeid med andre går fra å ha en idè til å etablere og/eller utvikle ny forretningsmessig virksomhet.	Samhandling Der man jobber sammen for å skape noe nytt med felles mål

Som vist her, er entreprenørskap en form for integrering med lav grad av både vertikal og horisontal integrasjon. Dette er det samme som mangel på integrasjon. Som alternativ kan organisasjonen konkurrere som i et marked og denne konkurransen kan føre til en form for integrering gjennom kontrakt.

Koordinering kan sees på som en form for integrering med høy grad av vertikal integrasjon, men en lav grad av horisontal integrasjon. Dette vil si at en har oppnådd integrasjon hovedsakelig gjennom eksistensen av et felles ledelseshierarki. Integrasjon blir besluttet øverst i den hierarkiske strukturen og implementert på lavere nivå (Axelsson, 2006, s. 80).

Samarbeid kan defineres som en form for integrasjon der både vertikal og horisontal integrasjon fremstår i høy grad. Hierarkisk ledelse er framtrødende i denne typen samarbeid, men kombineres med frivillige avtaler og gjensidig justering mellom de involverte organisasjonene.

Samhandling kan defineres som en form for integrasjon med en høy grad av horisontal integrering, men en lav grad av vertikal integrasjon. Med dette menes at de fleste integrasjoner oppnås gjennom frivillige avtaler og gjensidig tilpasning mellom de involverte organisasjonene.

Ifølge Axelsson og Axelsson kan alle disse integreringsformene være effektive, avhengig av graden av differensiering. Ved en lav grad av differensiering, så kan dette styres gjennom vertikal integrering, mens høyere grad av differensiering krever større grad av horisontal integrasjon. Dette betyr at koordinering kan være en effektiv form for integrasjon når det er lav grad av differensiering, mens samarbeid og samhandling kan være mer effektive når det er høy grad av differensiering.

Institusjonell teori har rettet spesiell oppmerksomhet på hvordan kulturbaserte verdier og normer påvirker arbeid og samarbeid i en organisasjon. Teorien mener at formelle organisasjonskart og prosedyrer alene, ikke danner hele bildet for hva som påvirker samhandling i og mellom organisasjoner, men at ideer og diskurser også er med på å påvirke samhandlingen (Bukve & Kvåle, 2014, s. 18). For at samhandling i og mellom organisasjoner skal være frivillig, så krever det at aktørene deler lik oppfatning og idéer, eller at de i det minste forstår hverandre og har respekt for den andre part sin legitimitet.

Systemteori er også en teori som har blitt brukt til å studere samhandling. Teorien har vært i utvikling, der den først hadde fokus på intern styring av åpne system, til teorier om komplekse system (Bukve & Kvåle, 2014, s. 19). Bukve og Kvåle skriver om den kybernetiske systemteorien, som har fokus på de interne styringsmekanismene i systemet. Denne teorien legger vekt på at kursjusteringer i systemet blir utført på bakgrunn av tilbakekobling eller feedback. Systemer som fungerer godt, er de som lærer av erfaringene sine. Læring kan være virkemiddel for å nå mål, eller måljustering på bakgrunn av erfaring. Nøkkelen her er gode læringsprosesser på systemnivå, for å få til bedre samhandling og måloppnåelse (Bukve & Kvåle, 2014, s. 19).

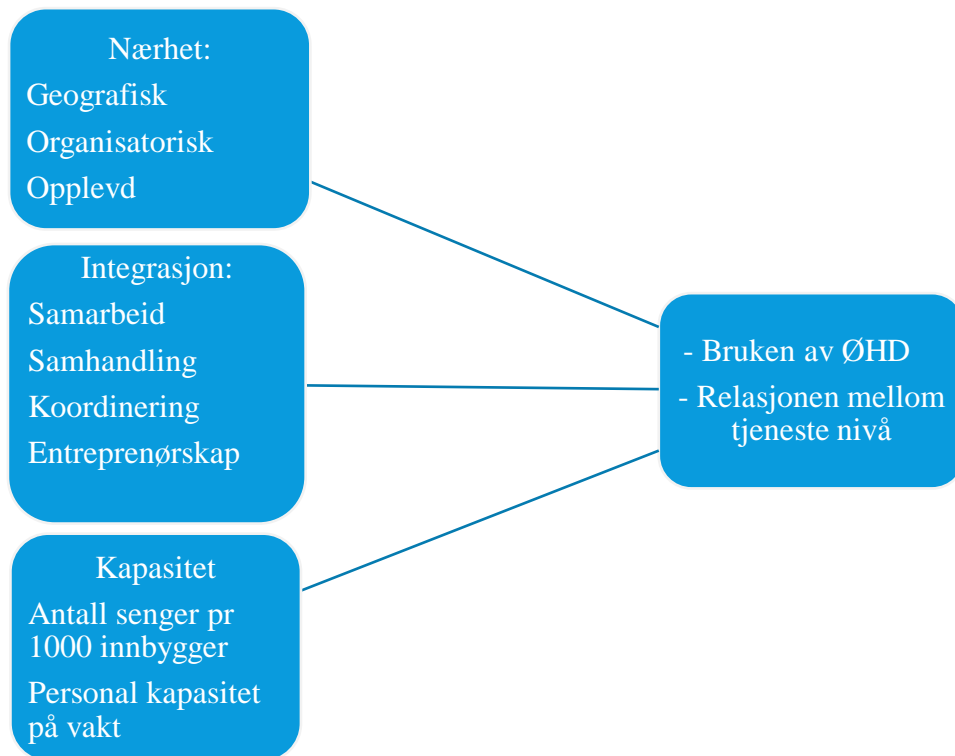
Når det gjelder komplekse system, så er dette system i flere deler som opptrer uavhengig av hverandre. Delsystemene blir oppfattet som frittstående – at de ikke er del av en større helhet – og en kan dermed få læringsprosesser som er systeminterne. Delsystemene fungerer på hver sin måte – med egne logikker, noe som lett kan føre til perioder med relativ stabilitet – til perioder der endring er uforutsigbart (Bukve & Kvåle, 2014, s. 20). På bakgrunn av dette, kan det være vanskelig å styre endring i komplekse system. Gjensidig læring er ikke lett å få etablert og det samme gjelder styring fra sentralt hold. Teorier om komplekse system forteller oss at samhandling innen denne teorien kan være problematisk fordi aktørene handler ut fra egne logikker.

Jeg har valgt disse teoriene for å inngående kunne analysere funnene ut fra min problemstilling og forskningsspørsmål. Proximity teorien kan ha ulike dimensjoner av nærhet, som for eksempel geografisk og institusjonell nærhet noe som kan ha betydning for legen sin opplevelse av hvor nært han føler ØHD tilbudet er, sett fra ulike dimensjoner. I tillegg er samhandling en faktor som vil spille en stor rolle i et interkommunalt samarbeid både mellom kommuner og mellom andrelinjetjenesten.

Som problemstilling har jeg valgt å sette søkelys på hvordan bruken av ØHD sengene og relasjonen til andrelinjetjenesten varierer, og hvorfor. For å kunne analysere trenger jeg å nyttiggjøre meg av avhengig og uavhengige variabler. Den avhengige variabelen kan påvirkes av uavhengige variabler, mens de uavhengige variablene ikke påvirkes av andre. Man kan si at den avhengige variabelen er virkningen, mens den uavhengige variabelen er årsaken. Ved å velge på uavhengig variabel, så vil jeg kunne finne ut om de uavhengige variablene har påvirkning på bruken av ØHD. Som vist i analysemodellen på neste side, har jeg valgt tre uavhengige variabler – nærhet, integrasjon og kapasitet, for å kunne svare på problemstillingen min.

Valg av teori i oppgaven henger sammen med denne analysemodellen. Jeg kan nytte teorien til å understøtte og forklare de funnene jeg gjør gjennom intervjuene.

Modellen viser hvordan jeg vil analysere funnene ved hjelp av de uavhengige variablene nærhet, integrasjon og kapasitet til venstre og bruken av ØHD til høyre.



Figur 2.0 Analysemodell

For å kunne svare på problemstillingen, så har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

- Forskningsspørsmål 1: Hvordan varierer bruken av ØHD sengene og akutte innleggelser i sykehus?
- Forskningsspørsmål 2: Hvilke faktorer kan forklare bruken?
- Forskningsspørsmål 3: Hvordan varierer samhandlingen med andrelinjetjenesten?
- Forskningsspørsmål 4: Hvilke faktorer kan forklare variasjoner i samhandlingen?

4.0 DESIGN OG METODE

For å kunne svare på problemstillingen, er jeg avhengig av å velge rett metode som kan hjelpe meg på veien i å samle inn data og å analysere.

4.1 KOMPARATIV DESIGN

For å gå i dybden på problemstillingen så ønsker jeg å bruke komparativ design, der jeg velger på avhengig variabel og ser på bruken av ØHD - tilbudet. Videre velger jeg på en mulig forklaringsvariabel som er den uavhengige variabelen – geografisk avstand og sammenlikner mellom disse.

Komparativ design er en studie av et avgrenset tall caser der formålet er å studere variasjon mellom casene uten at en bruker statistiske analyser for sannsynlighetsberegning (Bukve, 2016). I komparative studier er hovedstrategien for kunnskapsutvikling, å ha en strukturert sammenlikning mellom casene kombinert med en caseorientert analyse innenfor hver case (Bukve, 2016, s. 157). Bukve skriver at argumentet for å ha en strukturert sammenlikning er å unngå at materialet blir for stort og tilfeldig. Det er derfor hensiktsmessig med strukturerte metoder for sammenlikning. Design typen vil komme til nytte ved at jeg i denne oppgaven kan sammenlikne kommuner, ut fra de utvalgte variablene. I følge Bukve (2016) er det to sentrale strategier for å sammenlikne i og mellom caser. Casesentrert strategi er den ene, som går ut på å sammenlikne typer, mens den andre, variabelsentrert strategi, går ut på å sammenlikne variable egenskaper for å klare å finne ut hvilke egenskaper som er avgjørende for å produsere gitte resultat.

Det interessante i denne oppgaven er at bruken av ØHD tilbudene i det utvalget jeg har gjort, ikke varierer på bakgrunn av geografisk avstand. Jeg søker å finne ut hvilke andre faktorer som kan ligge til grunn for variasjon og samhandlingen rundt ØHD – tilbudet på bakgrunn av de uavhengige variablene jeg har valgt.

Jeg vil bruke casesentrert design for å komme på sporet av forklaringer på variasjonene. Ved bruk av casedesign vil jeg kunne analysere innen casene og sammenlikne svarene jeg finner internt i det enkelte ØHD tilbudet. Når en skal bruke caseorientert tilnærming i dette arbeidet, er verktøy som typer og typologier sentrale. Typer har til hensikt å beskrive variasjon og angir et sammensatt fenomen på flere måter. Bukve beskriver typer som et stilisert bilde som

kan brukes som utgangspunkt for å vurdere konkrete tilfeller av fenomenet (Bukve, 2016, s. 158). Bukve skriver også at typer kan oppfattes som en av flere celler i en typologi (modell) og at disse typene gir oss et grunnlag for at caser kan grupperes, for videre å kunne sammenlikne et avgrenset tall typer. På denne måten unngår en å måtte gjennomføre en statistisk analyse av mange enheter. Vurderingen går på om de er nyttige til å vurdere et fenomen, ikke om de er sanne eller falske (Bukve, 2016, s. 159). Komparativ design vil hjelpe meg å strukturere og analysere datamaterialet ved at jeg ved hjelp av en strukturert intervju guide får systematisert og tematisert spørsmålene og dermed svarene fra informantene. På denne måten kan jeg sammenlikne innenfor hvert ØHD tilbud ut fra hva leger og leder svarer, samt deretter sammenlikne mellom hvert ØHD tilbud satt opp tematisk ut fra de mulige forklaringsvariablene / uavhengige variablene.

4.2 KVALITATIV METODE

Oppgaven bygger i hovedsak på kvalitativ metode. Den kvalitative metoden søker å gå i dybden for å fremheve prosesser og mening og kan ikke måles i kvantitet eller frekvenser (Thagaard, 2013, s. 17). En kvalitativ tilnærming gir en viss grad av fleksibilitet, der en underveis kan justere og tilpasse opplegget etter behov. En kan her få mye informasjon om få enheter. I tillegg er en kvalitativ studie mer preget av relasjon til kildene, der nærhet og sensitivitet står sentralt. Den kvalitative tilnærmingen gir mulighet for relevante tolkninger på grunn av nær kontakt med kildene og at designen er fleksibel. Det karakteristiske ved en kvalitativ tilnærming er å søke å forstå det sosiale fenomenet en studerer.

Jeg vil i intervjuene bruke kvalitativ metode for å inngående få forståelse for temaet gjennom informanter. Ved hjelp av denne metoden så får jeg sett på adferd og samhandling, samtidig som jeg får informanten sitt perspektiv. Et viktig mål ved bruk av en kvalitativ tilnærming er å utvikle en forståelse for det fenomenet en undersøker. Kjernen er å forstå mer enn å forklare.

Det har i oppgaven også vært behov for å bruke en del kvantitative data for å kunne se på hvor vidt bruken av ØHD varierer. Den kvantitative metoden legger vekt på utbredelse og antall og har hovedfokus på de variablene som ikke er avhengig av den samfunnsmessige konteksten (Thagaard, 2013, s. 17). Studier som er bygget på en kvantitativ metode, kan omfatte store utvalg og forskeren jobber i hovedsak med talldata.

4.3 STRATEGISK VALG AV CASER

Tabellen under viser hvordan jeg tenker utvalget av caser og hvordan jeg tenker å sammenlikne de.

Tabell 5: Strategisk utvalg av kommuner

	Vertskommune	Ikke vertskommune
Lav bruk av akuttinnleggelser i sykehus i 2017	Kommune B Knytt til tilbud 1 Kort til sykehus	Kommune C Knytt til tilbud 2 Langt til ØHD og sykehus
Høy bruk av akuttinnleggelser i sykehus i 2017	Kommune D Knytt til tilbud 3 Kort til sykehus	Kommune A Knytt til tilbud 1 Langt til ØHD og sykehus

Jeg vil ta et utvalg av kommuner med ulike bruk av akuttinnleggelser i sykehus og ulik avstand til et interkommunalt tilbud. Utvalgene vil være kommuner med lang avstand og høy bruk, lang avstand og lav bruk, kort avstand og lav bruk og kort avstand og høy bruk.

Utvalget er tatt på bakgrunn av tall fra 2017.

På grunnlag av at jeg har valg å bruke kvalitativ metode i oppgaven, så vil det kreve at jeg er innom flere kommuner og jobber med enkelt intervju. Innen hver kommune vil jeg intervju kommunalegen, samt leder for tilbudet. Dette blir totalt 7 informanter. Jeg vil bruke intervju som tilnærming fordi jeg mener at den metoden gir et godt grunnlag for å forstå og fortolke informasjonen som kommer inn, sett i lys av problemstillingen. I mine forskningsspørsmål er jeg avhengig av informasjon fra informanter og derfor er intervju naturlig å bruke. Jeg vil legge opp til en strukturert intervjuguide med faste spørsmål, men gi informanten mulighet til åpne svar. Fordelen med dette er at jeg kan sammenlikne svarene mellom informantene. Jeg tenker å ta et strategisk utvalg med både kommuneleger og ledere for ulike ØHD tilbud, da det er disse nøkkelpersonene som vil være relevante å intervju i forhold til problemstillingen.

Ved å velge strategisk tar jeg utgangspunkt i de deltakerne som har de rette egenskapene og kvalifikasjonene i forhold til problemstillingen (Thaagard, 2013, s. 60).

Jeg må ta et utvalg der jeg intervjuer de som er i et interkommunalt samarbeid med ulike geografisk avstand til tilbudet. For å få en studie som er håndterbar og gjennomførbar ut fra oppgavens størrelse, så tenker jeg å bruke 4 kommuner som er i et interkommunalt samarbeid. Jeg håper å kunne få til prøveintervju i kommunen jeg jobber i, slik at intervjuguiden er testet ut før oppstart og at jeg på den måten kan ha god kontroll på tidsberegning og om det er justeringer i guiden som må foretas før en for alvor skal starte.

Når jeg skal starte med utvelgelsen av kommuner, så håper jeg å kunne få tatt intervjuene i kommuner som jeg ikke kjenner godt. Dette fordi jeg tenker det er lett å være «farget» av egne og andres erfaringer og meninger om tilbudet og at det vil være med i underbevisstheten når jeg skal tolke funnene mine. Jeg ser på det som en liten utfordring å skulle få legene til å sette av tid til å bli intervjuet, men jeg håper ved å ta direkte kontakt med den enkelte, at jeg får presentert både meg selv og tematikken på en god måte som fører til at de ønsker å delta.

4.4 INTERVJUGUIDE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE

På bakgrunn av at jeg har valgt kvalitativ metode, så er utarbeiding av intervjuguide en viktig del av datainnsamlingen. Jeg har valgt strukturerte intervju fordi jeg har konkrete temaer og variabler jeg ønsker svar på og fordi jeg skal sammenligne på tvers av caser. Strukturerte intervju kjennetegnes av at spørsmålene er utformet på forhånd og at rekkefølgen på spørsmålene i stor grad er fastlagt. En slik strukturert tilnærming gjør at svarene er sammenlignbare fordi informantene har gitt informasjon om samme tema (Thagaard, 2013, s. 98). Siden jeg intervjuet både kommuneleger og ledere for ØHD, så laget jeg to intervjuguides, der spørsmålene i hovedsak var like, men legene hadde noen ekstra spørsmål relatert til sin rolle som bruker av ØHD tilbudet i form av å legge inn pasienter.

Jeg valgte å bygge opp strukturen i intervjuguiden logisk slik at spørsmålene i stor grad var koblet tematisk sammen. Jeg startet med å stille et nøytralt spørsmål;

- Hvor mange år har du jobbet i stillingen?

Deretter gikk jeg over til å stille spørsmål knyttet til tematikken i figur 2.0.

Relatert til den avhengige variabelen - bruken av ØHD - hadde jeg blant annet spørsmål som;

- Fins det data over bruken av tilbudet de siste årene?
- Hvordan opplever du bruken av tilbudet? Blir det mer eller mindre brukt enn forventet? Ved lite bruk – evt årsak til dette?

Relatert til de uavhengige variablene nærhet, integrasjon og kapasitet, så var det viktig at spørsmålene hadde sitt utspring fra problemstillingen slik at eg fikk svar på det jeg lurte på. Jeg hadde totalt 20 spørsmål til legene og 15 spørsmål til lederne av ØHD. Jeg hadde spørsmål som;

- Hvor langt er det mellom ØHD tilbudet og nærmeste sykehus?
 - o Hvor langt er det å kjøre?
 - o Hvordan opplever du denne avstanden?
- ØHD skal være istede for sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
 - o Blir det tilrettelagt for et slikt samarbeid?
 - o Forventes det at det skal samarbeides?
 - o Evt. eksempler?
- I hvor stor grad styres dine vurderinger for innleggelse i ØHD ut fra oppfatning av tilgangen på rett kompetanse innad i tilbudet?

Jeg hadde tett dialog med veileder i utforming av intervjuguiden og justerte spørsmålene underveis ut fra tilbakemeldingene. Jeg opplevde at det endelige resultatet var utformet slik at jeg ville få fram informantenes meninger og tanker rundt temaene jeg har valgt å ha fokus på.

I starten av alle intervjuene introduserte jeg bakgrunn for valg av tema i tillegg til at jeg tok en gjennomgang på informasjonsskrivet som den enkelte informant hadde fått tilsendt i forkant av møtet. Alle signerte også på samtykkeerklæringen.

Under intervjuene brukte jeg lydopptaker og noterte samtidig. Som nevnt over, så signerte alle på samtykkeerklæringen og godkjente bruk av lydopptaker. Jeg opplevde det som en fordel å bruke opptaker, da jeg i større grad kunne konsentrere meg om informanten og hvordan han / hun reagerte og hvilke kroppsspråk han / hun hadde. I tillegg gav det meg muligheten til å gi direkte respons på utsagn fra informanten. Det gir meg også en fordel ved at jeg lettere kan sitere direkte utsagn i oppgaven.

Tidsbruken på hvert intervju varierte i alt fra 40 min til 1time og 15 minutter. Jeg gjennomførte intervjuene fra november 2018 til februar 2019.

I intervjuene la jeg stor vekt på å vise interesse, gi respons i form av å nikke, smile og å ikke ta for mye plass, nettopp for å bygge tillitt og en god relasjon til informanten. Jeg opplevde at alle informantene viste interesse for temaet og at det var spennende og interessant å høre hva de hadde å si. Som forsker er det viktig å være bevisst på å ikke stille for ledende spørsmål, fordi det i stor grad kan påvirke informantenes meninger.

I følge Thagaard (2013) er det viktig at forsker oppleves troverdig og at utvikling av tillit gjennom intervjuet gir en større mulighet for at intervjupersonen forteller åpent om sine erfaringer. Forsker kan for informant assosieres med en kategori av mennesker som han / hun har kjennskap til og dette kan føre til at informant har forventninger til at forsker kan bidra mer i intervjuet enn hva forsker har kompetanse på (Thagaard, 2013, s. 113). Det er derfor viktig å avklare forventninger på dette området i starten av intervjuet.

I perioden jeg foretok intervjuene, jobbet jeg også aktivt med transkribering. I følge Thargaard er det viktig å gjøre dette underveis, fordi vi lærer mye av å lytte til hvert intervju, hvordan vi stiller spørsmålene og hvordan vi bidrar til flyten. På denne måten kan vi lære og samtidig unngå at vi gjentar de samme feilene (Thagaard, 2013, s. 112). Jeg synes arbeidet med transkriberingen var svært nyttig, både med tanke på læring i måten jeg opplevde meg selv som forsker, men også i form av å få en repetisjon av intervjuene og en dypere forståelse for hva som ble formidlet.

4.5 ANALYSEPROSESSEN

Etter at transkriberingen av alle intervjuene var ferdig, leste jeg igjennom alt materialet for å danne meg et helhetsinnrykk. I det videre prøvde jeg meg litt fram med å systematisere de ulike temaene. Etter litt prøving og feiling, kom jeg fram til at det å systematisere innenfor hver case / hvert ØHD tilbud var mest ryddig. Dette for å danne meg et bilde av om leder og lege internt hadde samme oppfatning og svar på spørsmålene. Jeg brukte komparativ design og gjennomførte en strukturert sammenlikning innenfor hver case, samt mellom casene.

I forhold til dataanalyse handler dette om å forstå og fortolke. Det handler om å forstå selve materialet som jeg har samlet inn, finne ut hva som er relevante data og finne ut hva

materialet forteller meg (Thagaard, 2013). I mitt prosjekt vil teorien være styrende i alle fasene i prosjektet, under planleggingen, når jeg lager intervjuguiden og under analysen. Teorien vil være veiviseren i prosjektet mitt, teorien vil hjelpe meg med å gi begrep, stille spørsmål, forstå og forklare det jeg studerer.

Jeg vil i denne kvalitative delen av studien bruke en hermeneutisk tilnærming, dette for å forsøke å forstå og fortolke mine intervjuobjektets handlinger. Vi kan gjøre det gjennom å utforske det som ikke er åpenbart innlysende, finne ett dypere meningsinnhold. Hermeneutisk tilnærming sier noe om at det ikke bare er en sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike nivåer (Thagaard, 2013). Jeg vil da kunne forsøke å forstå og fortolke deltagerne sine grunner og intensjoner for sine handlinger, sett i lys av helheten. Hvorfor har de valgt akkurat den veien i prosessen foran en annen.

De som ble intervjuet kan ønske å fremstille prosessen bedre enn den er eller verre. Det kan kanskje være forskjellig ut fra om en er leder eller «vanlig arbeider». Det vil være viktig å være klar over dette i analysen av materialet (Thagaard, 2013). I mitt prosjekt vil det være interessant å finne ut om lederen og den ansatte har samme syn. Er det slik at de har samme oppfattelsen av hvordan den har vært eller ser de ulikt på prosessen?

4.6 RELIABILITET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET

Det er ulike krav som stilles til en god forskningsdesign. Utforming av undersøkelsen må utformens på en slik måte at dataen kan brukes på forsvarlig vis og dette er et sentralt krav. Bukve refererer til tre typer validitetskrav. Det ene er konstruksjonsvaliditet, som omhandler i hvor stor grad dataene måler det teoretiske begrepet en har tenkt å måle. Måling av teoretiske begrep kan kun skje gjennom etablering av empiri eller andre indikatorer relatert til begrepet (Bukve, 2016). Det andre kravet er intern validitet, som handler om i hvor stor grad en har trukket de rette beslutningene når det gjelder årsakssammenhenger i datamaterialet. Her snakker en om hvor gode argumentene er for å vise samsvar mellom teori på den ene siden og observasjoner og data på den andre. Det tredje kravet er ekstern validitet, som omhandler i hvor stor grad materialet er representativt for det fenomenet det er en del av (Bukve, 2016).

I arbeidet med prosjektet mitt, er det viktig at det framstår med reliabilitet og validitet. I kvalitativ forskning handler reliabilitet om spørsmålet om forskeren framstår med troverdighet. Forskingen må framstå på en måte som er pålitelig og tillitsvekkende

(Thagaard, 2013, s. 201). For å sikre at leser opplever reliabilitet, er det sentralt at jeg som forsker argumenterer godt for hvordan data har blitt utviklet gjennom prosessen. Når det gjelder validitet, så må jeg som forsker være bevisst på hvordan jeg tolker data. Tolkningene må være gyldige og de resultat en kommer fram til må kunne presentere virkeligheten (Thagaard, 2013, s. 204).

4.7 FORSKNINGSETISKE ASPEKTER

De etiske retningslinjene er de samme for kvalitative prosjekt som for andre prosjekt og det krever at forskeren både tar hensyn til de etiske prinsippene internt i forskermiljøet og eksternt til omgivelsene (Thagaard, 2013, s. 24). For forskeren betyr dette at de etiske retningslinjene krever en presentasjon av forskningsresultater på en redelig og nøyaktig måte. Dette gjelder også i vurdering av andres forskningsarbeid.

Når det gjelder innmelding til NSD – personvernforbundet for forskning – så hadde jeg i utgangspunktet ikke behov for å innhente sensitiv informasjon. Jeg ville likevel måtte gjøre notater som sikret at jeg ville finne tilbake til informantenes status. Jeg tok testen som kunne fortelle meg om jeg skulle melde inn og svaret var at det måtte jeg.

I et slikt prosjekt er det viktig å ta med de etiske vurderingene, personvern og anonymitet. Jeg la her til grunn at det var frivillig for informantene å bli intervjuet, og at de på ett hvert tidspunkt kunne trekke seg fra studien. Videre måtte jeg være bevisst på at man som intervjuobjekt kunne ønske å fremstille saken bedre eller annerledes enn det den var i frykt for å kunne bli gjenkjent. Det ville være viktig å ikke stille spørsmål som i ettertid kunne sette informanten i et dårlig lys eller gjør slik at informanten ikke kjente seg igjen.

Siden jeg i oppgaven har valgt ut ØHD tilbud og kommuner i Sogn og Fjordane og dette kan gjenkjennes, så har jeg vært i kontakt med alle informantene før oppgaven ble innlevert for å forsikre meg om at det som kommer fram av funn var noe de kunne gå god for. Alle informantene har gitt tilbakemelding på at det som er skrevet er godkjent og kan trykkes.

5.0 FUNN OG DRØFTING

Jeg vil i dette kapittelet presentere funn fra analysen av datamaterialet og drøfte funnene. Datamaterialet er intervjuene jeg har hatt med ledere fra ØHD, samt leger som jobber i kommunen og bruker tilbudet i form av å legge inn pasienter. Jeg bruker også tall over akutte innleggelser i sykehus, samt innleggelser i ØHD som en del av datamaterialet. Problemstillingen blir det som er retningsgivende i presentasjonen av funnene.

Bruken av ØHD senger – Hvordan varierer bruken av ØHD - sengene og relasjonen til andrelinjetjenesten, og hvorfor?

Som nevnt innledningsvis bygger samhandlingsreformen på to nye lover. Folkehelseloven (lov om folkehelsearbeid) og den nye helse og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m (Riksrevisjonen, 2015 - 2016, s. 34). Summen av disse lovene skal sikre at Norges innbygger skal oppleve god kvalitet i tjenestene, så tidlig som mulig og nærmest mulig der den enkelte bor. Reformen har ført til en flytting av ansvar fra andrelinjetjenesten og ut i kommunene. Oppretting av kommunale ØHD senger er et av tiltakene i dette arbeidet.

Helse og omsorgstjenesteloven legger føringer for dette, jmf § 3-5 tredje ledd:

«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenesten til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp».

ØHD er etablert som en løsning og intensjonen er å redusere akutte innleggelser i sykehus ved å gi kommunene et større ansvar på dette området.

Det er et krav at kommuner og regionale helseforetak skal ha samarbeidsavtaler og dette kommer tydelig fram i helse og omsorgstjenesteloven kapittel 6 § 6-2. I punkt 3 står det at en skal ha en avtale om retningslinjer til innleggelse i sykehus og i punkt 4 en beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (ØHD) etter § 3-5 tredje ledd:

«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til».

Det er opp til hver enkelt kommune å organisere ØHD, samt hva som er inklusjons- og eksklusjonskriteriene for innleggelse, men det er helt tydelige nasjonale føringer for at det

skal etableres et samarbeid mellom kommunen og helseforetak med samarbeidsavtalene som rettesnor ved å konkretisere arbeidsoppgaver og hvem som har ansvar for hva.

I neste kapittel vil jeg først presentere bakgrunnen for hvordan det enkelte tilbudet ble opprettet. Deretter presenterer jeg et skjematisk oppsett med oversikt over bruken av akutte innleggelser i sykehus og innleggelser i ØHD de siste 3 årene og utfyllende forklarer hvordan dette ser ut i forhold til hverandre. Videre vil jeg tematisk presentere hvert enkelt tilbud sine likheter og ulikheter mellom lege og leder, samt oppsummere mellom alle tilbudene tematisk.

5.1 BAKGRUNN

5.1.1 TILBUD 1

I opprettelsen av tilbud 1 var det allerede etablert et interkommunalt legevaktsamarbeid mellom flere kommuner. Både leder og begge legene refererer til styringsgruppe for interkommunalt samarbeid, bestående av Kommunalsjefer innen helse og omsorg, som aktører i arbeidet med å finne løsning på lokalisering av ØHD. Samtidig var lokalsykehuset i en omstilling som gjorde at det ble rom for å etablere tilbudet i lokaler på sykehuset i tilknytning til en allerede etablert legevakt. En ønsket å støtte opp under et allerede etablert tilbud lokalt og å nytte legekompentansen på legevakten inn i ØHD. Først var sengene etablert i samme avdeling som medisinsk avdeling, men etter noen år ble sengene flyttet til en egen etasje nært vaktrommet for legevakt.

5.1.2 TILBUD 2

I opprettelse av tilbud 2 var det en større prosjektgruppe med representanter fra flere kommuner som så på mulighetene for å løse flere av kravene i samhandlingsreformen. Det var både rådmenn og ordførere med i prosjektgruppen. Andrelinjetjenesten hadde en observatør rolle i prosjektet. Legevaktsamarbeidet var allerede etablert og en så på muligheten for å legge ØHD i tilknytning til legevakt for å stette kravene i reformen.

5.1.3 TILBUD 3

I opprettelsen av tilbud 3 Så var leder noe usikker på hvor dialogen først ble tatt opp. Denne lederen er forholdsvis ny, og var ikke med da ØHD ble etablert. Legen som er tilknyttet tilbudet var tydelig på at det var gjennom vertskommune og lokal patriotisme i et forsøk på å fylle sykehuset med innhold i en tid der lokalsykehusene var i omstilling. Flere kommuner ble invitert til å være med som samarbeidspartnere og ØHD ble lagt til lokalsykehuset i tilknytning til legevakt, bare i en annen etasje, i samme avdeling som medisinsk sengepost.

5.2 KAPASITET OG BRUK AV ØHD OG SYKEHUS

5.2.1 OVERSIKT OVER KAPASITET OG BRUK

Tabell 6: Oversikt pr utvalgte kommuner over antall innleggelser i ØHD og antall medisinske akutte korttidsinnleggelser i spesialisthelsetjenesten totalt og pr 1000 innbygger for 2016, 2017 og t.o.m 2.kvartal 2018

ØHD kapasitet	Folketall	2016 Tall innleggelser	2016 Innl. Pr 1000 innb.	2017 Tall innleggelser	2017 Innl. Pr 1000 innb.	2018 Tall innleggelser	2018 Innl. Pr 1000 innb.
Tilbod 1: 3,4 senger 5 kommuner i Samarbeidet Totalt 23.187 Innbyggere i samarbeidet 0,146 senger pr 1000 innb.	Kommune A Ca 6000 innbyggere Ca 6 mil til ØHD	63 pas ØHD	10,5	58 pas ØHD	9,7	76 ØHD	12,7
		358 pas Akutt sykehus	59	327 pas Akutt sykehus	54	178 pas Akutt sjukehus Pr. 2 kvartal	44
	Totalt innleggelser	421	69,5	385	63,7	254	56,7
	Kommune B 6000 innbyggere Vertskommune	86 pas ØHD	13,9	76 pas ØHD	12,3	53 ØHD	8,6
		252 pas Akutt sjukehus	42	227 pas Akutt sykehus	37	183 pas Akutt sjukehus Pr 2.kvartal	45
Totalt innleggelser	338	55,9	303	49,3	236	53,6	
Tilbod 2: 5 senger 11 kommuner i sammarbeidet Totalt 39.028 Innbyggere i sammarbeidet 0,128 senger pr 1000 innb.	Kommune C 4000 innbyggere 6 mil til ØHD	41 pas ØHD	10	55 pas ØHD	10,99	57 pas ØHD	14,1
		199 pas Akutt sykehus	48	189 pas Akutt sykehus	45	161 pas Akutt sjukehus Pr 2.kvaartal	58
	Totalt innleggelser	240	58	244	56	218	72,1
Tilbod 3: 4 senger 4 kommuner i samarbeidet Totalt 11.491 innbyggere i sammarbeidet 0,348 senger pr 1000 innb.	Kommune D 2000 innbyggere Vertskommune	52 pas ØHD	24,6	38 pas ØHD	17,66	33 pas ØHD	13,34
		115 pas Akutt sjukehus	53	160 pas Akutt sykehus	74	103 pas Akutt sjukehus Pr 2.kvartal	72
	Totalt innleggelser	167	77,6	198	91,66	136	85,34

Tallene over innleggelser i ØHD er hentet fra det enkelte ØHD tilbud, mens tallene for akutte innleggelser i sykehus er hentet fra samhandlingsbarometeret. Som det kommer fram i

tabellen, så er tall innleggelser i sykehus for 2018 ikke fullstendige enda, da denne kolonnen kun inneholder tall pr 2.kvartal 2018. Som nevnt tidligere i oppgaven er valg av kommuner tatt på bakgrunn av kort/lang avstand til ØHD og høy/lav bruk av akuttinnleggelser i sykehus basert på tall fra 2017, da det er dette året som gir mest korrekte tall. Tall innleggelser i ØHD er hentet direkte fra det enkelte ØHD tilbud og er for alle 3 årene.

5.2.2 KOMMUNE A

Sammenlignet med de andre kommunene i studien, ligger denne kommunen totalt sett på et relativt stabilt tall innleggelser, men noe over landssnittet når det gjelder innleggelse i sykehus pr 1000 innbygger. Kommunen er samarbeidskommune med ca 6000 innbyggere. I ØHD tilbudet er det tilgjengelig 0,146 senger pr 1000 innbygger. Kommunen hadde et noe høyere bruk av akuttinnleggelser i sykehus i 2016 og 2017. Andelen akuttinnleggelser har imidlertid gått ned fra 2016 til 2017 og det samme har innleggelser på ØHD.

5.2.3 KOMMUNE B

Sammenliknet med de andre kommunene i studien, så ligger denne kommunen lavest på antall innleggelser totalt sett og holder seg relativt stabilt fra 2016 – 2017. Kommunen er vertskommune for ØHD med et innbyggertall på ca 6000. I ØHD tilbudet er det tilgjengelig 0,146 senger pr 1000 innbygger. Kommunen har en liten nedgang i andel akuttinnleggelser i sykehus fra 2016 til 2017, uten de store svingningene. Når en ser dette i sammenheng med innleggelser i ØHD, så har kommunen her også en liten nedgang i innleggelser.

5.2.4 KOMMUNE C

Sammenliknet med de andre kommunene i studien, så har denne kommunen hatt et relativt stabilt tall innleggelser totalt sett fra 2016 til 2017 sett i sammenheng med tall innbyggere, men ligger litt over snittet i forhold til akutte innleggelser i sykehus. Kommunen er samarbeidskommune med ca 4000 innbyggere. Kommunen har en relativt lik andel innleggelser i sykehus i 2016 og 2017. En ser også en liten økning fra 2016 – 2017 når det gjelder innleggelser i ØHD.

5.2.5 KOMMUNE D

Denne kommunen utmerker seg med at de har et mye høyere tall innleggelser totalt sett enn de andre kommunene i studien når en ser på tall innbyggere opp mot tall innleggelser. Kommunen er vertskommune med i overkant av 2000 innbyggere. Kommunen har en betydelig økning i akutte innleggelser i sykehus fra 2016 til 2017, til tross for at de er vertskommune for ØHD. Kommunen har også et betydelig høyere antall innleggelser i ØHD enn de andre kommunene i studien, men fra 2016 til 2017 gikk det en del ned – fra 24,6 innleggelser pr 1000 innbyggere til 17,66 innleggelser.

5.3 KAPASITET

Når det gjelder kapasitet, så har jeg valgt å se på to sider av dette. Det ene er sengetall og det andre er personellkapasitet på vakt. Tabell 5 i avsnitt 5.2.1 gir en oversikt på sengetall, mens jeg her vil gå inn på data som kom fram i intervjuene når det gjelder personellkapasitet.

Som det kommer fram i tabell 5, så er det store variasjoner mellom tilbudene når det gjelder antall disponible sengeplasser pr 1000 innbygger. Tilbud 2 med flest innbyggere tilknyttet tilbudet har 0,128 sengeplasser pr 1000 innbygger, mens tilbud 3 som har færrest innbyggere tilknyttet tilbudet har 0,348 disponible sengeplasser pr 1000 innbygger.

5.3.1 TILBUD 1

Tilbud 1 er organisert i tilknytning til legevakt og er lokalisert ved en egen avdeling på sykehuset. Leder er utdannet sykepleier med tilleggsutdanning. Det er vertskommune som har ansvar for tilsynslege funksjonen og der er lege på tilsyn hver mandag – fredag fra kl 08.00 – 10.00. denne funksjonen deles av to leger som er tilsatt ved det lokale legekantoret. Ved behov for konsultasjon for inneliggende pasient mellom kl 10.00 - kl 16.00, så kan tilsynslege ringes, men tilsynslegen vil da være tilbake i sin jobb ved legekantoret. Etter kl 16.00 er det lege ved legevakten som har ansvaret for ØHD pasientene fram til neste morgen kl 08.00.

Legevakten dekkes av alle samarbeidskommunene og legene går turnus for å sørge for legedekning gjennom døgnet. Hver lørdag og søndag overlapper legene med 3 timer, for å klare å ta unna de utfordringene som ofte kan oppstå på helg. Ut over disse 3 timene, er de

ellers alene på vakt. Når det gjelder sykepleier dekningen, så er det alltid 2 sykepleiere på vakt gjennom døgnet, som også bemanner legevakten.

5.3.2 TILBUD 2

Tilbud 2 er organisert i tilknytning til legevakten og er lokalisert i eget bygg rett ved sykehuset. Leder er utdannet lege. Det er vertskommune som har ansvar for tilsynslege funksjonen som deles av 4 leger. Tilsynslege er på jobb mandag til fredag fra kl 08.00 – 12.30. Mellom kl 12.30 – 15.30 er det ikke lege på ØHD, så ved behov for lege i dette tidsrommet, tar en kontakt med tilsynslege som var der på formiddagen.

Legevakten dekkes av alle samarbeidskommunene. På hverdager – etter kl 15.30 er det alltid to leger på vakt fram til kl 08.00 neste morgen, samt hele døgnet på helg og helligdager. En av legene har ansvar for ØHD, mens den andre legen har ansvar for legevakt. En samarbeider på tvers ved behov. Lege som har ansvar for ØHD, går av vakt kl 23.00 og har deretter sovende tilstedevakt fram til kl 08.00 på morgenen og blir kun tilkalt ved spesielle feller. I dette tidsrommet er det lege ved legevakten som tar over ansvaret på ØHD. Gjennom døgnet er det alltid 2 sykepleiere på vakt som er knyttet til ØHD. Disse kan også hjelpe til på legevakten ved behov.

5.3.3 TILBUD 3

Tilbud 3 er organisert i tilknytning til legevakt, men lokalisert i samme avdeling som medisinsk sengepost ved det lokale sykehuset. To av rommene er forbeholdt ØHD pasienter. Leder er utdannet sykepleier. Legevakten ligger i 1.etg, mens sengeposten ligger i 2.etg. Tilsynslegefunksjonen dekkes ved at lege ved det lokale legekantoret som har vakt på dagtid der, også skal ha tilsyn på ØHD. Tilsyn foregår mellom kl 08.00 – 10.00 mandag til fredag.

Legevakten dekkes av alle samarbeidskommunene og det er en lege på vakt på hverdager fra kl 15.30 samt på helg og helligdager. Det er lege på vakt ved legevakten som har ansvar for ØHD. Når det gjelder sykepleier bemanning, så er det tilknyttet 2 sykepleiere på dagtid i tillegg til innleie av 2 timer pleietjenester fra medisinsk avdeling. På kveldstid leier en personell fra medisinsk avdeling, mens på natt har en bemanning med en sykepleier på vakt. Samtidig som en er på vakt, så har en også ansvar for legevaktstelefonen.

5.3.4 SAMMENLIGNING

Tabell 7: Oversikt over ressurser for hvert enkelt ØHD tilbud.

Ressurser	Tilbud 1	Tilbud 2	Tilbud 3
Antall senger i ØHD pr 1000 innbygger	0,146 senger	0,128 senger	0,348 senger
Legeressurser som har ansvar både for legevakt og ØHD	En lege på vakt fra kl 16.00 på hverdager, samt natt, helg og helligdager. Lørdag og søndag er det overlapp på tre timer der det er to leger på vakt samtidig.	To leger på vakt fra kl 15.30 på hverdager, samt natt, helg og helligdager. På natt har ene legen vakt på vaktrom og blir tilkalt ved behov.	En lege på vakt fra kl 15.30 på hverdager, samt natt, helg og helligdager
Sykepleierressurser	To sykepleiere på vakt hele døgnet	To sykepleiere på vakt hele døgnet	To sykepleiere på vakt på dagtid, på kveld er det sykepleier fra medisinsk avdeling som har ansvar og på natt er det en sykepleier på vakt
Tilsynslege	2 timer hver morgen mandag - fredag	4,5 timer hver morgen mandag - fredag	2 timer hver morgen mandag - fredag

Alle tre tilbudene er samlokaliserte med legevakt og ligger tett på andrelinjetjenesten. De har tilsynslegefunksjon med leger fra de lokale legekantorene, som er innom ØHD på formiddag på ukedager for å ta en gjennomgang på pasientene og evt justere behandlingsplanen. Tilbud 1 og 3 har avsatt 2 timer hver morgen til dette formålet, mens tilbud 2 har avsatt over dobbelt så lang tid. Forklaringen kan være at dette tilbudet er større enn de andre to og dermed har et større behov for denne funksjonen. Det varierer mellom tilbudene vedrørende hvor mange

tilsynsleger som er knyttet til tilsynslegefunksjonen. Alt fra to leger i det ene tilbudet, til alle leger som har dagvakt på det lokale legekantoret i tilbud 3.

Tilbud 1 og 2 har etablert ØHD i egen avdeling, mens tilbud 3 har ØHD i samme avdeling som medisinsk sengepost. I denne avdelingen deles det også på sykepleier ressursen. De andre to tilbudene har egne sykepleiere som kun jobber opp mot ØHD og legevakt. Legene ved alle tre tilbudene, som går vakt på legevakten gjennom kveld, natt, helg og helligdager har også ansvaret for ØHD, men organiseringen varierer noe. Tilbud 1 har legevakt i samme avdeling som ØHD. Tilbud 2 er et relativt større tilbud og har en mye større legedekning, med 2 leger på vakt gjennom døgnet som deler på ansvaret mellom ØHD og legevakten.

Tilbud 3 har legevakten lokalisert i en annen etg enn ØHD og skal samarbeide ved å dele sykepleier ressursene mellom medisinsk avdeling og ØHD, spesielt på kveldsvakt da det kun er medisinsk sengepost sine sykepleiere som har ansvaret for ØHD pasientene, samt delvis på natt når det kun er 1 sykepleier på vakt på ØHD som også skal administrere legevaktstelefonen og evt hjelpe vakthavende lege der.

5.4 NÆRHET

Som det kommer frem i teoridelen av denne oppgaven fins det ulike dimensjoner av nærhet. Dimensjonene påvirkes av en rekke faktorer både på system og individnivå. I oppgaven har jeg valgt å skrive om hvordan bruken av ØHD varierer og hvordan relasjonen til andrelinjetjenesten er.

Jeg vil i dette kapittelet se nærmere på den enkelte lege og leder sin opplevelse av nærhet for å prøve å forstå og forklare om dette kan påvirke bruken av ØHD sengene. Innen tilbud 1 har jeg intervjuet to leger. Den ene er lokalisert i kommunen der tilbudet er og den andre er lokalisert ca 6 mil fra ØHD. Innen tilbud 2 har jeg intervjuet en lege. Denne legen er lokalisert 6 mil fra tilbudet. Innen tilbud 3 har jeg intervjuet en lege. Denne legen er lokalisert i den kommunen som tilbudet er.

5.4.1 TILBUD 1

Det kom fram innen ØHD tilbud 1 at en ikke opplever nærhet til samarbeidspartene når det kommer til 2.linje tjenesten. Innen dette tilbudet intervjuet jeg to leger. Jeg opplevde at legene ikke var samstemte i at det er nødvendig og viktig med samhandling med andrelinjetjenesten. Den ene legen som er lokalisert tett på ØHD tilbudet, samt leder gav uttrykk for at selv om ØHD tilbudet er lokalisert i samme bygg som medisinsk avdeling, så er det i liten grad opplevd nærhet i form av å lett kunne ta kontakt med de som jobber i etasjen over for å diskutere og å løse oppgaver sammen. Avstanden oppleves som kort fordi den er kort i form av geografi, men lang i form av at man ikke opplever en tett dialog i oppgaveløsning til pasienten sitt beste. Både leder og den ene legen refererte til tidligere organisering der ØHD var lagt til samme avdeling som medisinske pasienter, men vekk fra lege på legevakt som hadde ansvar. Det var den gang et samarbeid der ØHD kjøpte tjenester fra medisinsk sengepost ved å leie helsepersonell til å ta seg av pasientene som var innlagt på ØHD, samtidig som lege på legevakt i etasjen under hadde legeansvaret. Leder opplevde at i hektiske perioder, så fikk ikke ØHD pasientene den oppfølgingen som de burde fått, fordi de medisinske pasientene ble prioritert. Lege gav den samme tilbakemeldingen og beskrev det slik:

«.....det ble liksom stebarnet bort i enden. I en travel medisinsk avdeling. Og helt umulig for personalet å forstå forskjellen sant, annet at de forstod at der borte skulle de helst yte litt mindre».

Det kom også fram at legene på legevakten den gang følte seg som gjester når de kom på tilsyn til ØHD pasientene. Det gikk 5 år før de omorganiserte tilbudet og skilte ut ØHD med eget personell. ØHD ble lagt til en egen avdeling i tilknytning til legevakten. Dette har økt legenes nærhet til pasientene som er innlagt, men ikke endret på følelsen på avstand til andrelinjetjenesten.

Den andre legen innen dette tilbudet som er lokalisert ca 6 mil fra ØHD, var tydelig på at det er et skille mellom første, - og andrelinjetjenesten og sånn må det være. Legen formidlet at det er kommunene som eier ØHD sengene og en skal ikke blande inn andrelinjetjenesten i dette. Legen gav ikke uttrykk for at det var behov for å samarbeide tettere med andrelinjetjenesten.

Innleggelsesrutinene til helseforetak blir sett på som en faktor som hindrer en tettere dialog, fordi man, til tross for å skulle legge inn en pasient på medisinsk avdeling i etasjen over, må ringe til helseforetaket som er 1,5 time vekke og snakke med en LIS lege (lege i spesialisering i spesialisthelsetjenesten) som en ikke kjenner. Det er LIS legen som tar den endelige avgjørelsen om hvor pasienten skal innlegges. Både den ene legen og leder gir uttrykk for at denne rutinen går ut over den relasjonelle nærheten som kunne blitt etablert ved at en måtte ha en direkte dialog med avdelingen. Ved direkte dialog og samhandling kunne man kanskje hatt pasienten liggende i ØHD avdelingen lenger. Når det kommer til samarbeid med andre innad i tilbudet, så opplever leder at en har en god dialog med både legekantor og andre avdelinger i samarbeidskommunene som for eksempel institusjoner og hjemmesykepleie.

Leder tar del i styringsgruppemøte der samarbeidskommunene er representert, slik at informasjon når ut til alle. I tillegg sendes det ut årlig rapport over bruken av tilbudet, regnskap etc. En opplever likevel at en burde vært mer ute og informert om tilbudet, men at dette blir vanskelig på grunn av mangel på tid.

Den ene lege ved tilbudet sier at det er for få treffpunkt for legene til å bygge gode og trygge relasjoner. En opplever at en ikke kjenner hverandre i regionen og at tettere kjennskap og kunnskap om hverandre ville ført til at en lettere tok kontakt med andre leger for å søke råd og hjelp. Ved at en har lite kjennskap til hverandre, så fører også dette til at en ikke tar kontakt i den grad som kunne vært gjort i pasientbehandlingen.

5.4.2 TILBUD 2

Tilbud 2 er et større interkommunalt tilbud med flere samarbeidskommuner og ligger vegg i vegg med sykehuset. Både leder ved tilbudet, samt lege som er lokalisert ca 6 mil fra ØHD, opplever nærhet til 2.linje tjenesten. Begge sier at det er lett å ta kontakt for behov for en spesialist vurdering, for evt å unngå at pasienten blir innlagt på sykehus. Når ØHD ringer for ekstern konsultasjon, så kommer lege på visitt og tar en vurdering på helsetilstanden til pasienten.

Leder beskriver en dialog av gjensidig tillitt og at en begge veier tar kontakt ved behov for tjenester fra hverandre. Leder sier at dette er premisser som har lagt til grunn helt fra starten i opprettelsen av tilbudet og at helseforetaket har deltatt i fra starten, men kun med en

observatørrolle. På den måten har en fått en forståelse av hverandre sitt behov. Leder har også vært aktivt ute i kommunene og informert om tilbudet, status og drift. Leder legger vekt på viktigheten av at kommunene som eier tilbudet, skal vite hva pengene deres går til og mener at dialogen med samarbeidskommunene er god.

Lege i samarbeidskommune, som også har vakt på legevakten og dermed også ansvar ved vakt på ØHD, sier at det er lett å velge innleggelse på ØHD fordi avstanden til sykehuset er så kort, både geografisk og kognitivt, så det er lett å overflytte pasienten ved behov.

5.4.3 TILBUD 3

Tilbud 3 er et mindre ØHD tilbud som ligger i en liten kommune. ØHD er plassert på lokalsykehuset og sengene ligger til medisinsk sengepost. Leder ved tilbudet opplever at dialogen med samarbeidskommunene er god og at de internt i kommunen har et tett samarbeid med legekantoret og legevaktsjefen.

Når det gjelder ØHD og 2.linje tjenesten, så ligger ØHD i samme avdeling som medisinsk avdeling. En deler på personalressursen ut fra en avregningsmodell der ØHD leier kompetanse på gitte tider av døgnet. Leder syntes totalt sett at dette er positivt fordi en hjelper hverandre på tvers og kan nytte kompetansen ut fra behov. Det kommer likevel fram at leder i enkelte tilfeller ser at når det er fullt på medisinsk avdeling, så blir ØHD pasientene i noen tilfeller nedprioriterte. Leder sier:

«En tenker at der (= ØHD) er det pasienter med et planlagt behandlingsopplegg, de skal være avklarte og de er ikke så syke de som ligger der, og derfor kan det ofte bli mer nedprioritert da, opplever jeg».

Det kommer fram i samtalen at selv om ØHD og medisinsk avdeling ligger i samme avdeling og en skal nytte kompetansen og ressursene på tvers, så er der en viss avstand mellom foretakene når det gjelder opplevelsen av nærhet. En tilstreber å være på tilbud siden, men en prioriterer ut fra hvor pasienten er innlagt. En har ikke den samme nærheten og eierskapet til de pasientene som en ikke «eier» på papiret. Samtidig så ser en gevinsten av å være tett knyttet til sykehuset i form av å få ta del i forer som er nyttige og at det er kort geografisk avstand til 2.linje tjenesten ved behov for innleggelse der.

Lege ved det lokale legekantoret opplever at det er lett å ta kontakt med 2.linje tjenesten for en vurdering av pasienten. Legen opplever at samarbeidet er godt og at det er enkelt å ta kontakt. Legen opplever at avstanden til 2.linje tjenesten er kort både i form av geografi og nærhet til kompetanse. På spørsmål om overføring av pasient fra ØHD til medisinsk avdeling er tungvint fordi man må ta kontakt med LIS lege ved helseforetak, så svarer legen at man kommer til enighet med overlege på sykehuset og det hele handler i stor grad om å informere LIS legen om hva de er blitt enige om, mer enn at LIS lege skal ta avgjørelsen.

5.4.4 SAMMENLIGNING

Tabell 8: Oversikt over geografisk avstand fra kommunelegen sitt kontor til ØHD og sykehus, geografisk avstand for leder, samt leger og ledere sin opplevelse av nærhet til andrelinjetjenesten.

	Tilbud 1	Tilbud 2	Tilbud 3
Geografisk avstand for kommunelege 1 til ØHD og sykehus	2 km	60 km	1 km
Geografisk avstand for kommunelege 2 til ØHD og sykehus	60 km		
Geografisk avstand for ØHD leder til ØHD og sykehus	0 km	0 km	0 km
Opplevd nærhet hos kommunelege 1 til andrelinjetjenesten	Lang avstand	Kort avstand	Kort avstand
Opplevd nærhet hos kommunelege 2 til andrelinjetjenesten	Uttrykte lang avstand, men på bakgrunn av at det ikke er tenkt samarbeid		
Opplevd nærhet hos ØHD leder til andrelinjetjenesten	Lang avstand	Kort avstand	Kort avstand

Som nevnt er tilbudene i ulike størrelser og i ulik geografisk avstand til ØHD og nærmeste sykehus. Som vist i tabell over, så har jeg intervjet to leger i tilbud 1. Den ene legen er stasjonert 60 km i avstand fra tilbudet, mens den andre er i samme kommune som tilbudet er lokalisert. I tilbud 2 er også denne legen stasjonert 60 km i avstand fra tilbudet, mens i tilbud 3 er legen stasjonert i kommunen der tilbudet er opprettet. Tilbud 1 og 3 ligger tett til

lokalsykehus, mens tilbud 2 ligger tett til sentralsykehus. Lederne ved alle ØHD tilbudene syntes at de har en god dialog og kjenner nærhet til samarbeidspartene i form av de kommunene som er knyttet til tilbudet. De har jamne dialoger, men i ulike omfang og sender ut informasjon om tilbudet regelmessig.

Når en ser tilbudene isolert sett, så kommer det fram at det internt i tilbudene er relativt lik opplevelse mellom leder og leger. I tilbud 1 opplever en stor avstand til 2.linje tjenesten selv om det geografisk er kort avstand og lokalisert i samme bygg. En opplever tungvinte overføringsrutiner og at det er en følelse av «oss og de». Den ene legen i dette tilbudet gav uttrykk for at det ikke skal være noe samarbeid fordi det er kommunene som eier sengene og det er den enkelte lege sin vurdering som avgjør om pasienten kan legges inn på ØHD eller på sykehus.

I tilbud 2 er det en helt annen opplevelse av nærhet til samarbeidspartene i 2.linje tjenesten. En kommer lett i dialog og samarbeider på tvers av 1. og 2.linje tjenesten. En har en kultur for å be om hjelp til vurdering fra spesialisthelsetjenesten ved behov, samtidig som at 2.linje tjenesten tar kontakt med ØHD hvis en mener at en pasient som kommer til akuttmottaket, kunne passet på ØHD.

Tilbud 3 er både samstemte, men også ulike i tilbakemeldingene mellom lege og leder. Jeg ser noe sammenheng mellom tilbud 1 i sine uttalelser, sett i sammenheng med hva leder i tilbud 3 uttrykker i form av å «eie» pasientene. Leder gir uttrykk for at en opplever nærhet til andrelinjetjenesten, samtidig som at det noen ganger kan være en utfordring. Legen i tilbud 3 gir ikke de samme tilbakemeldingene. Legen sier at det er lett å be om hjelp og vurdering når det er behov for det og det kan trekkes liket mellom det legen her sier, samt leder for tilbud 2.

Når en ser samlet på geografisk og opplevd nærhet, så er dette ulikt mellom tilbudene. Det er ikke sammenheng mellom geografi og opplevelsen av nærhet for den enkelte lege og leder. Dette ser man spesielt når det gjelder legene i tilbud 1 og lege i tilbud 2. Den geografiske avstanden for legene i tilbud 1 varierer fra 0 til 60 km, men begge opplever lang avstand til andrelinjetjenesten, mens legen i tilbud 3 har stor geografisk avstand – 60 km - til både ØHD og andrelinjetjenesten, men opplever avstanden som kort.

5.5 INTEGRASJON

Som det kommer fram i teoridelen av oppgaven skiller man mellom to former for integrasjon, vertikal og horisontal. Begge former for integrasjon må til for at organisasjonen skal gå i «riktig» retning og samtidig oppnå resultat. Den vertikale dimensjonen foregår mellom organisasjoner eller organisasjonsenheter på ulike nivå i en hierarkisk struktur, mens den horisontale dimensjonen foregår mellom organisasjoner på samme nivå eller med samme status. Koordinering, samarbeid, entreprenørskap og samhandling er fire ulike aspekt av integrasjonen. Jeg vil videre se på det enkelte tilbud sin integrasjonsform, samt sammenlikne dette mellom tilbudene.

5.5.1 TILBUD 1

Innen tilbud 1 så sier leder at det er utarbeidet prosedyrer for inklusjons og eksklusjonskriterier for bruken av tilbudet og at nasjonale retningslinjer er lagt til grunn i denne malen. Leder legger samtidig vekt på at innleggelse beror på individuelle vurderinger og at det også er styrende for hvilke pasienter de får inn. Det er ikke satt noen faste intervaller på hvor ofte temaet om ØHD er på agendaen i forbindelse med møte, men refererer til at det bruker å være tema på legevaktseminar der alle legene som er knyttet til tilbudet får invitasjon. Samtidig er styringsgruppen for det interkommunale samarbeidet en møteplass, der leder kan snakke om tilbudet. Leder har god kunnskap og kjennskap til samarbeidskommunene og sier at en lett tar kontakt for å informere og samarbeide om pasienter som skal utskrives fra ØHD. Leder legger vekt på at det er kommunene sine plasser og at det er viktig at ØHD tilbudet er fleksibelt i påvente av at kommunen skal ta i mot pasienten. Leder har også fokus på å møte opp i vakt skifte ved legevakten for å lett kunne få og motta informasjon og spørsmål fra de som har vært på vakt.

På spørsmål om det er tilrettelagt for samarbeid mot 2.linjetjenesten og om det forventes at det skal samarbeides, så sier leder at det tidligere har vært faggruppemøter i den tiden en hadde felles personale med medisinsk avdeling. Samtidig er leder tydelig på at kompetansen er vel så god på ØHD som den er på medisin og at spesialisthelsetjenesten ikke har tilført tilbudet noe ekstra. ØHD tilbudet bruker mange av helseforetakets sine prosedyrer og skaffer seg på den måten lik kunnskap på flere områder. Leder legger vekt på at samarbeidet rundt pasienten kunne vært bedre og at en samhandler for lite.

Leder uttrykker det slik :

«Jeg skulle ønske at legene her kunne ta kontakt med medisinsk avdeling – ja de sier at vi kan gjøre det, men det blir ikke gjort. Jeg ser jo det at når pasientene kommer inn på legevakten, så tar legene kontakt med spesialisthelsetjenesten. «Skal jeg legge inn, hva slags behandling skal jeg gi», mens når det er snakk om pasienter som ligger på ØHD, og dette her har jeg jo tatt opp flere ganger, for eksempel at en pasient med pneumoni får intravenøs behandling, så får vi ikke CRP`en til å gå ned. Og istedenfor da å ringe til medisinsk avdeling her på huset og spørre «nå har pasienten stått på intravenøs behandling i 3 dager – CRP er fortsatt på det samme – den har ikke gått opp og den har ikke gått ned – skal jeg fortsette noen dager til eller skal jeg bytte antibiotika», nei da flytter vi pasienten og vi kunne fortsatt ha hatt pasienten her. Fordi jeg har sjekket noen ganger, når pasienten har blitt flyttet til medisin, så har han fortsatt med antibiotika, ikke byttet antibiotika, men fortsatt på samme antibiotika noen dager til og blitt skrevet ut. Så akkurat det savner jeg, at legene er litt mer «på» på disse her ØHD pasientene. På meg virker det som om det er om å gjøre å få de ut. Vi tar ikke problemet, vi bare flytter problemet».

Leder legger vekt på at det er kommunisert ut og lagt forventninger til legene om at det skal samarbeides. Leder beskriver tungvinte rutiner for innleggelse i 2.linjetjenesten og at dette fører til et større «gap» enn nødvendig hvis rutineene hadde vært annerledes. Det at en må ta kontakt med LIS lege ved sentralsykehuset som ligger 1,5 timer vekke, gjør at en ikke skaper de arenaene for dialog og samhandling som kunne vært mulig ved direkte kontakt med avdelingen. Leder sier at legene på legevakten ikke aner hvem som jobber på medisinsk avdeling i etg. over og at det forhindrer samarbeidet mellom tjenestenivåene.

Når det gjelder innleggelse i ØHD, så har det fram til høsten 2018 ikke vært mulig å utveksle elektronisk informasjon mellom ØHD og fastlege / kommunene, men dette har nylig endret seg og nå går det PLO meldinger mellom legekontor, ØHD og pleie og omsorgstjenesten. I tillegg er det rutiner for at lege ute i kommunen skal ringe til ØHD når det er snakk om å legge inn en pasient for å forsikre seg om at det er plass i avdelingen, samt at en alltid sender med pasienten utskrift av innleggelsesskrivet.

I tilknytning til tilbud 1, har jeg intervjuet to kommuneleger. Disse jobber i ulike kommuner. Lege som jobber ved legekantoret i vertskommunen sier at det ikke er noen klare samhandlingsarenaer rundt ØHD tilbudet, men referer til legevaktseminar som er en felles møtearena der ØHD har vært tematisert. ØHD tilbudet er heller ikke oppe på faste møter ved

legekontoret. Legen referer til at det er utarbeidet noen rutiner for hva som kjennetegner en ØHD pasient, men at det er lenge siden disse ble distribuert og legen er usikker på hvor godt disse rutinene er kjent blant legene. Legen sier at vurderingene ved innleggelse går mer på en «gut feeling», enn å nytte tilsendte dokument for å mønster gjenkjenne hvilke pasienter som bør legges inn på ØHD.

Når det kommer til samarbeid, så sier legen at det burde ligge til rette for å kunne samarbeide, men at det er mye å hente på dette området både mellom ØHD og legene, men også opp mot 2.linjetjenesten. Det er krevende å få til et godt samarbeid internt mellom legene på ØHD siden det er skift ordning og en kun er 1 på vakt store deler av tiden. En møter kun kollegaene i vaktskiftet, noe som gir lite rom for å etablere samhandling og samarbeid. Samtidig refererer legen til 2.linjetjenesten som er lokalisert i samme bygget som ØHD og at det også her er utfordrende å opprette en naturlig samarbeidskultur.

Innleggelsesrutinene knyttet til å måtte ringe LIS lege som er lokalisert 1,5 time vekke når en skal legge inn pasienten på medisinsk avdeling i etasjen over, gjør til at en ikke tar direkte kontakt med avdelingen for å søke råd.

Legen beskriver det slik:

«Oftest så har vi komt til at kanskje skal vi flytte vedkommende til medisin sant og da – jeg tror at de fleste legene vil heller tenke det, enn å tenke at de skal søke råd på medisin for å løse det litt til på ØHD. Det kunne man også – ha utfordret den tankegangen sant – å tenke at: Jammen vi er jo sånn 5 meter unna – hvis vi kunne få noen råd og veiledning – så kanskje pasienten kan ligge i sengen her (på ØHD) hos oss også kan vi legge lista litt høyere for hva vi skal yte.. Men det sitter litt langt inne med legevaktslegene. De har en slags mentalitet for å drive oppgaveløsning og legevakts henvendelser er sånn «kjupp kjupp kjupp», og har ofte en del «trykk», særlig i helgene når det kan være mest på ØHD også. Fordi da blir det ikke samme fjeset det er ikke ditt fjes som skal være der i morgen – det er ikke du som skal være der i morgen – du ser ikke pasienten videre og du er kanskje ikke så ofte i ØHD avdelingen og samarbeider med de – med de som er der sant, så da – jeg tenker at jo mer du er tilstede en plass, jo mer trygg og kjent du er med folkene og med rutinene og sånt, jo tryggere blir du på å lage planer internt heller enn å ekspedere til neste omsorgsnivå. Så jeg tror at - det som drar oss i retning av å flytte de over på medisin når de begynner å bli pjuske – når sykepleieren begynner å bli ukomfortabel, så flytter man de».

Legen sier at samarbeidet med 2.linjetjenesten var helt annerledes før da man kunne ringe direkte til avdelingen istede for via LIS lege 1,5 timer unna. I den tiden kjente man til hvem som jobbet på lokalsykehuset og kunne søke råd ved behov. Slik rutinene har blitt så snakker en mye sjeldnere med legene ved lokalsykehuset og kjenner i liten grad til hvem som jobber der. På spørsmål om legen opplever at det forventes at en skal samarbeide, kommer det fram at legen mener at det ikke er formalisert eller snakket om eller at overlegene ved sykehuset har en bevisst rolle til sin veiledning.

Når det kommer til samarbeid rundt ØHD så sier legen at det er lite kommunikasjon. Det har ikke blitt brukt store ressurser til å reise ut og treffe samarbeidspartene og at en mest er opptatt av tjenesteproduksjon. Legen referer også til at en er kjent med at leder ved ØHD hadde ønsket seg en tydelig lege figur til dette arbeidet, i håp om å nå tydeligere fram.

I følge legen foregår samarbeidet ved innleggelse i form av brev og ikke elektronisk, men etter en litt lengre dialog rundt rutinene blir legen usikker på det med meldingsutveksling via fagsystem og mener selv det er beskrivende for hvor ofte legen selv legger inn pasienter på ØHD. Legen sier at rutinen er å sende med pasienten innleggelse skrevet pr brev, samt å ringe til avdelingen og avklare at pasienten kan komme.

I samtale med lege som jobber i en annen kommune lenger vekke fra tilbudet, så gir legen uttrykk for at det ikke ligger noen rutiner til grunn, men at legene lager innleggelsesskriv med bestilling på hva som skal gjøres. Dette blir gjort via journalsystemet som legene bruker. Legen sier samtidig at ØHD bruker et annet journalsystem og at en derfor må skrive ut innleggelsesskrivet og sende med pasienten. Temaet om ØHD er ikke oppe på faste møter ut fra det legen kjenner til.

Når det kommer til spørsmål om samarbeid, så er legen tydelig på at tilbudet tilhører primærhelsetjenesten og at spesialisthelsetjenesten stadig vil prøve å få lagt inn pasienter på ØHD, men at en bevisst skal avvise alle forsøk på at spesialisthelsetjenesten skal disponere plassene. På spørsmål om legen opplever at det er forventet at en skal samarbeide, så er svaret nei og at det er legene som er best kvalifiserte på hvem som skal legges inn på ØHD og hvem som trenger sykehusinnleggelse. Legen kjenner heller ikke til om det foregår noe formelt samarbeid mellom kommunen og ØHD, bortsett fra informasjonsflyt mellom aktuelle instanser og at samarbeidet med andre kommuner blir ivaretatt av styringsgruppen. Ved innleggelse og dialog mellom lege og ØHD, så sier legen at innlegges skrevet printes ut og sendes med pasienten. I følge legen er det ikke noen elektronisk kommunikasjon mellom lege

i kommunen og ØHD. En ringer til ØHD ved innleggelse for å sikre at avdelingen er forberedt på at pasienten kommer.

I samtale med leder og 2 leger for tilbud 1 så er det noe ulike oppfatninger internt om hva som forventes når det gjelder samhandling og samarbeid. Leder gir uttrykk for at dette er informert om, mens begge legene ikke kjenner til at det er forventet at en skal samarbeide. Leder og ene legen mener at det er et stort potensial i å samarbeide bedre med både legegruppen på ØHD og 2.linjetjenesten, mens den andre legen er tydelig på at 2.linjetjenesten ikke er en samhandlingsaktør i forhold til ØHD.

Når det gjelder dialog mellom innleggende lege og ØHD så kommer det fram at ingen av legene er oppdatert på at det elektroniske systemet har utviklet seg og at det har åpnet opp for elektronisk meldingsutveksling på tvers av ØHD og kommunen / legen.

Ut fra informasjonen som kommer fram, så har dette tilbudet en høy grad av vertikal integrasjon, med lav grad av horisontal integrasjon. Integrasjonsformen er koordinering som betyr at beslutninger blir tatt i toppen av hieriarkiet og implementert på et lavere nivå.

5.5.2 TILBUD 2

Innen tilbud 2 sier lederen at det gjennom en avtale med samarbeidskommunene er konkretisert hvordan bruken skal være. Det er også laget en omfattende veileder for legene som jobber i tilbudet i forhold til diagnosegrupper, samt at det er utarbeidet en forenklet «lommeversjon» med oversikt over hvilke diagnose som er egnet for innleggelse og hvem som ikke er egnet. Lederen sier at dette også er distribuert ut til alle legekantorene i samarbeidet slik at det skal være lett tilgjengelig for legene. I tillegg har ØHD tilbudet lettet på prosedyren for innleggelse og er ikke lenger så rigide på at det må skrives en større plan. Tilbudet er så pass godt kjent at det ikke er det samme behovet lenger. Nå kreves det kun en elektronisk henvisning og at man konfererer med lege på vakt, både for å høre om der er plass, men også for å forsikre seg om at man ikke får lagt inn helt feil pasient – at man faktisk snakker sammen. Behandlingsplan må kun lages hvis det er snakk om innleggelse i et tidsrom når det ikke er lege på vakt, mellom kl 12.30 og kl 15.30. Legen understreket at hvis rutinene blir for rigide, så hindrer det bruken av tilbudet.

På spørsmål om temaet ØHD er oppe på faste møter, så sier lederen at det generelt er for lite faste møter for legegruppen. Det er utfordrende med en stor legegruppe når en skal samle alle. Samtidig er det etablert fagråd, som består av 1 representant fra hver kommune og der er temaet oppe fast. Det forventes at de legene som sitter i fagrådet tar med seg informasjon tilbake til sine kommuner, men legen tror at det skjer i varierende grad. Det er et ønske om å kunne samle legegruppen, men utfordringene er at det er kostbart og krevende.

Når det gjelder samarbeid med 2.linjetjenesten, så sier leder at det er nedskrevet i samarbeidsavtalen med helseforetak at det skal være lavterskel for å samarbeide. En kan ringe den avdelingen en trenger tilsyn fra og da kommer lege på visitt på ØHD og tar en vurdering ut fra de problemstillingene som kommer opp.

Lederen sier:

«Hvis en pasient som vi på en måte har inne her og som vi ser er stabil og grei og som vi kan beholde, men vi ser at av en eller annen grunn er nødvendig å ha et spesialist tilsyn, så bestiller vi det og får det. Da ringer vi og bestiller tilsyn. Det er ikke så forferdelig ofte det er behov for det, men når det er behov for det, så får vi det. Innenfor psykiatrien også, så er det kanskje den gruppen som det kanskje har vært vanskeligst å få det samarbeidet med, men det har fungert det også etter hvert. Der har vi måtte være mer «på de» for å få det til da. Men nå ser det ut for at det fungerer der også. For det er jo alternativet, at denne her pasienten må ha den vurderingen her, så er jo alternativet å legge inn pasienten da, og det har jo sykehuset etter hvert forstått at det er lurt på komme her på tilsyn. Så det er en vinn vinn for begge parter».

Når det kommer til samarbeid ut mot kommunene, så sier leder at det fungerer bra. Det har vært noen avvik, men det har man tatt tak i og endret på rutiner for å unngå at det skjer igjen. En har også elektroniske pleie og omsorgsmeldinger opp mot alle samarbeidskommunene, så informasjonsflyten fungerer godt både ved innleggelse og utskriving. Leder sier at det er viktig at dette fungerer på samme måte som ved innleggelse i sykehus for å unngå at det krever noe ekstra for legene ute i kommunene slik at en kan risikere at de velger å legge inn på sykehus istedenfor på ØHD.

ØHD tilbudet har hatt elektronisk meldingsutveksling siden oppstarten i 2016. I tillegg til å sende PLO melding, så ringer en ØHD og hører om det er en ledig seng. Pasienten får også med seg utskrift av innleggelsesskrivet. Sykepleierne innen tilbudet har et godt samarbeid ut

mot både hjemmesykepleie og institusjoner, så når det er tilfeldige vaktleger innom og jobber, så er det veldig positivt å ha sykepleiere på vakt som kjenner kommunene. De faste tilsynslegene er vant med dette samarbeidet og i følge leder fungerer det bra.

Lederen sier at det har vært en stor trygghet at de har etablert ØHD i tilknytning til legevakten og at de har fått til gode løsninger der det i deler av døgnet er 2 leger på vakt samtidig. I tillegg har de sykepleieressurs som jobber på tvers og hjelper hverandre innad i tilbudet hvis det er lite pasienter på legevakt eller ØHD. Samarbeidet internt fungerer godt.

Lege som jobber i en annen kommune, men som er tilknyttet tilbudet, sier at de vet godt om ØHD sengene da de fleste av legene ved legekantoret har vakt på legevakte og på ØHD.

Legen sier at ved innleggelse av pasienter, så må man skrive en behandlingsplan. På spørsmål om dette er mye mer arbeid enn å legge inn pasienten på sykehus, så svarer legen at det er litt mer arbeid fordi du både må sende en medisinaliste separat, i tillegg til at du skal legge en plan for behandlingen. På spørsmål om dette kan føre til at en heller velger å legge pasienten inn på sykehus for å «spare» seg arbeid, så sier legen nei. Legen begrunner det med at når en legger en pasient inn på ØHD, så er det en grunn til det. Som for eksempel i form av å være for syk til å være alene, men for frisk til å være på sykehus. Legen mener også at kollegaene tenker på samme måte, at en nytter ØHD i den grad det er mulig ut fra kriteriene.

Temaet om ØHD er ikke oppe på faste møter på legekantoret der legen jobber og det er heller ikke noe man snakker om på arbeidsplassen.

Når det kommer til samhandling og samarbeid med 2.linjetjenesten, så sier legen at dette fungerer ok. Legen sier at de noen ganger har behov for tilsyn fra spesialisthelsetjenesten og da bestiller de at lege kommer på visitt på ØHD. Slik slipper de å legge pasienten inn på sykehus, men samtidig få en spesialist vurdering. Legen gir uttrykk for at dette er et godt samarbeid. På spørsmål om det er felles møtepunkt knyttet til tilbudet, så vet legen om at der er møte mellom de ulike samarbeidspartene. Legen sier at de også får referat fra disse møtene, men at en skjelden leser disse referatene. Referatene blir heller ikke tatt opp i felleskap på legekantoret. På spørsmål om samarbeidet på vakt ilag med andre leger fungerer godt, så sier legen at det er god stemning og godt samarbeid med de aller fleste en jobber ilag med innad i tilbudet.

Samlet sett har leder og lege relativt like opplevelser av at det er et godt samarbeid både innad i ØHD og ut mot kommunene. De gir også uttrykk for at samarbeidet med

2.linjetjenesten fungerer bra ved at en har en dialog ved behov for tilsyn av spesialist. Når det kommer til innleggelsesrutinene, så er det noe ulik oppfatning. Leder sier at de har blitt mindre rigide for kravet til å skrive en behandlingsplan ved innleggelse når det er lege på vakt, mens legen gav ikke dette inntrykket. Legen gav uttrykk for at det må skrives en plan og det var noe mer krevende å skrive planen enn å legge direkte inn i sykehus, men legen sa samtidig at det ikke var avgjørende for at en heller valgte sykehus framfor ØHD fordi man kjenner tilbudet godt og vet hvordan det skal brukes. Integrasjonsformen for dette tilbudet kan sees på som samarbeid der både vertikal og horisontal integrasjon fremstår i høy grad. Samarbeidet er preget av en hierarkisk ledelse, men det er også i kombinasjon med frivillige avtaler og gjensidige justeringer mellom de som er involvert.

5.5.3 TILBUD 3

Leder for tilbud 3 sier at rutinene for bruken av ØHD kommer fram av de avtalene som er inngått med den enkelte kommune og at alle skal følge de samme rutinene. I utgangspunktet skal temaet om ØHD være oppe på faste møter, men leder sier at dette ikke har vært mulig før, pga for lav lederressurs knytt til tilbudet. Dette har endret seg den siste tiden med økt leder ressurs. Tanken er at en framover skal ha mer jevnlig møter. I tillegg sender lederen ut rapport til styringsgruppa for tilbudet.

Siden tilbudet er samlokalisert med medisinsk avdeling, så er det inngått en samarbeidsavtale med helseforetak om deling av ressurser. ØHD kjøper en del tjenester fra 2.linjetjenesten deler av døgnet, samtidig som en skal samarbeide på tvers når dette lar seg gjøre. Det er lagt til grunnen forventning om at det skal samarbeides på tvers av helseforetakene. Leder gir uttrykk for at dette er positivt, men samtidig en utfordring på bakgrunn av at en lett kan nedprioritere de pasientene som ligger på ØHD siden de er avklarte og har en behandlingsplan. Lederen gir uttrykk for at det kan være utfordrende med «eierskapet» til de pasientene som er på ØHD når medisinsk avdeling skal ha ansvaret, fordi disse pasientene liksom ikke er deres. Da er det lett å prioritere de som er medisinske pasienter.

Når det gjelder samarbeid ut mot kommunene, så er det mest enveis informasjon. Samtidig tenker leder at det er slik det må være, i og med at en er vertskommune og har et hovedansvar for tilbudet. På spørsmål om leder har en tett dialog med andre aktuelle samarbeidsparter innen andre tilbud, så fins der arenaer for det.

Det er opprettet elektronisk meldingsutveksling, så ved innleggelse og utskrivning kan dette foregå elektronisk. Likevel så sender alltid innleggende lege med utskrift av innleggelsesskrivet samt ringer til avdelingen for å melde fra om at pasienten kommer. Leder sier at de skal skifte til nytt system fordi de ikke er fornøyde med det systemet de har pr i dag. Det fungerer ikke optimalt i meldingsutvekslingen med andre instanser og stetter ikke behovet.

Legen jeg har intervjuet, som jobber i kommunen sier at de har en felles prosedyre som beskriver hvordan en innleggelse skal foregå og som alle legene kjenner. Alle legene får tilsendt denne når en starter, samt kriteriene. I tillegg er det slik at lege på vakt på dagtid ved det lokale legekantoret, går også vakt på ØHD, som en del av det å ha legevakt ved det lokale legekantoret. På spørsmål om det forventes at det skal samarbeides, så er legen tydelig på at det er en forventning og at det blir tilrettelagt for dette. Legen sier at det blir sånn «sak til sak» samarbeid og at en konsulterer hverandre.

Legen sier at det nok ikke er noen stor bevissthet rundt ØHD og at det ikke er oppe på faste møter, men at alle vet at ØHD er der. Legen sier at dette er noe som må terpes på om og om igjen, spesielt blant legene. Rutinen er at temaet alltid er oppe når det kommer en ny lege til legevakten, også fordi at samme lege skal gå visitt på ØHD på helg og helligdager. På spørsmål om hvordan legen opplever samarbeidet med de andre kommunene som er med i tilbudet, så sier legen at det er lett å ta opp ting, men at det også handler om at en gjerne kjenner hverandre. Samarbeid ved innlegging på ØHD foregår pr telefon, samt at en skriver et innleggelsesskriv. Legen sier at en aldri har fått til den elektroniske løsningen og at en ser fram til å få et nytt system på plass.

Både lege og leder ved dette ØHD tilbudet gir uttrykk for at det er en forventning om at en skal samarbeide internt og med 2.linjetjenesten og at dette blir gjort etter behov. Ingen av de opplever at temaet er oppe på faste møter, og at dette har et forbedringspotensial for å informere ut om tilbudet.

Integrasjonformen i tilbudet er basert på samhandling med høy grad av horisontal integrering og lav grad av vertikal integrasjon. Dette betyr at integrasjonene oppnås frivillig, gjennom avtaler og en gjensidig tilpasning mellom aktørene.

5.5.4 SAMMENLIGNING

Tabell 9: Oversikt over integrasjonsform mellom ØHD og andrelinjetjenesten og hvilke integrasjonsform som er tilstede ved bruk av +.

Integrasjonsform	Tilbud 1	Tilbud 2	Tilbud 3
Samarbeid		+	
Koordinering	+		
Samhandling			+

Entreprenørskap ble ikke tatt med i tabellen, siden det ikke var et tema her.

Ved sammenligning av tilbudene på tvers, så kommer det tydelig fram at tilbud 1 ikke har kultur for å samarbeide med andrelinjetjenesten, mens tilbud 2 og 3 samhandler mellom helsenivåene. Alle lederne og legene er samstemte i at temaet om ØHD ikke er oppe på faste møter og at dette kan forbedres. Det er kun en av legene som gir tydelig uttrykk for at en ikke skal blande 2.linjetjenesten inn i ØHD fordi dette er primærhelsetjenesten sitt område og de som bestemmer over tilbudet.

Ved bruk av elektronisk meldingsutveksling, så var det ulikt oppfatning av hva som er mulig og ikke. Ved tilbud 1 hadde ingen av legene helt klart for seg at det var mulig å sende elektroniske meldinger. Ved de andre tilbudene var informantene kjent med rutineene når det gjaldt elektronisk meldingsutveksling. Det var likevel slik for alle at en alltid ringer ØHD for å melde om at pasienten kommer, etterspør om der er plass og sender med pasienten innleggelsesskriv for å sikre at informasjonen kommer fram.

6.0 KONKLUSJON

I denne masteroppgaven har jeg valgt å ha fokus på bruken av de kommunale ØHD sengene og relasjonen til andrelinjetjenesten. Jeg har valgt fire forskningsspørsmål som jeg ønsker å finne svar på. Forskningsspørsmålene er det som gir grunnlag for diskusjon knyttet til problemstillingen.

- Forskingsspørsmål 1: Hvordan varierer bruken av ØHD sengene og akutte innleggelser i sykehus?
- Forskingsspørsmål 2: Hvilke faktorer kan forklare bruken?
- Forskingsspørsmål 3: Hvordan varierer samhandlingen med andrelinjetjenesten?
- Forskingsspørsmål 4: Hvilke faktorer kan forklare variasjoner i samhandlingen?

I lys av teorien i kapittel 3, vil jeg her konkludere med hensyn i de fire forskningsspørsmålene, og i tillegg gå inn på relevansen av de ulike teoriene som er brukt i oppgaven for å forklare variasjonen i bruk av ØHD – tilbudet og samhandlingen med andrelinjetjenesten.

6.1 HVORDAN VARIERER BRUKEN AV ØHD SENGENE OG AKUTTE INNLEGGELSER I SYKEHUS

Ved å innhente tall over akuttinnleggelser i sykehus og tall over bruken av ØHD, så har jeg sett på om tallene varierer, jmf tabell på side 33. Tabellen gir en oversikt over bruken av ØHD og akutte innleggelser i sykehus fra 2016, 2017. Når det gjelder 2018, så viser tabellen en oversikt over tall innleggelser i ØHD for hele året, mens det for akutte innleggelser i sykehus viser tall t.o.m. 2.kvartal 2018. Jeg vil derfor, når jeg i dette avsnittet ser på variasjon, bruke tallene fra 2016 og 2017. Jeg tenker det er viktig at jeg bruker samme årstall for sammenlikning, fordi at det kan være faktorer som spiller inn for bruken fra år til år, som endring i legedekning for den enkelte kommune, nye leger etc. Derfor vil jeg ikke bruke tallene fra 2018 her.

Ved sammenlikning mellom de 4 kommunene i studien, så finner jeg at:

- kommune A – samarbeidskommune, har hatt en liten nedgang i bruken av ØHD og en nedgang i akutte innleggelser i sykehus fra 2016 til 2017. I 2016 hadde kommunen 10,5 innleggelser pr 1000 innbygger på ØHD, mot 9,7 innleggelser i 2017. I 2016 var

det i sykehus 59 akutte innleggelser, mot 54 innleggelser i 2017. Landssnittet for akutte innleggelser i sykehus, er 40 innleggelser pr 1000 innbygger. Kommunen ligger dermed over landssnittet når det gjelder denne typen innleggelser. Totalt sett har kommunen en nedgang i antall innleggelser.

- Kommune B – vertskommune, har hatt en liten nedgang i bruken av ØHD og en nedgang av akutte innleggelser i sykehus fra 2016 til 2017. Kommunen hadde i 2016 13,9 innleggelser i ØHD pr 1000 innbygger, mot 12,3 innleggelser i 2017. Når det gjelder akutte innleggelser i sykehus for 2016, så var det 42 innleggelser pr 1000 innbygger, mens det i 2017 var 37 innleggelser pr 1000 innbygger. Kommunen ligger dermed under landssnittet av akutte innleggelser. Totalt sett har kommunen en nedgang i antall innleggelser.
- Kommune C – samarbeidskommune, har hatt en liten økning i bruken av ØHD og en nedgang av akutte innleggelser i sykehus fra 2016 til 2017. I 2016 hadde kommunen 10 innleggelser i ØHD pr 1000 innbygger, mot 10,99 innleggelser i 2017. I 2016 hadde kommunen 48 akutte innleggelser i sykehus pr 1000 innbygger, mot 45 innleggelser i 2017. Kommunen er over landsgjennomsnittet når det gjelder akutte innleggelser i sykehus. Totalt sett har kommunen en nedgang i antall innleggelser.
- Kommune D har hatt en markant nedgang i bruken av ØHD og en markant økning av akutte innleggelser i sykehus fra 2016 til 2017. I 2016 hadde kommunen 24,6 innleggelser i ØHD pr 1000 innbygger, mot 17,66 innleggelser i 2017. Når det gjelder akutte innleggelser i sykehus hadde kommunen 53 innleggelser pr 1000 innbygger i 2016, mot 74 innleggelser i 2017. Kommunen er godt over landsgjennomsnittet når det gjelder akutte innleggelser i sykehus og kommunen har totalt sett en markant økning i antall innleggelser.

Ved sammenlikning mellom kommunene er det best å nytte tall pr 1000 innbygger. Dette fordi det ved bruk av tall innleggelser uten å dele det opp pr 1000 innbygger, ikke vil gi et rett bilde når en sammenlikner på tvers fordi innbyggetallet er ulikt mellom kommunene. Jeg vil derfor nytte meg av tall innleggelser pr 1000 innbygger både isolert sett pr ØHD og akutte innleggelser, men også i det totale tallet over innleggelser pr kommune.

Når en ser på totale tall innleggelser pr 1000 innbygger, så er kommune B (Vertskommune) og kommune C (samarbeidskommune) relativt like.

- Kommune B hadde i 2016 totalt 55,9 innleggelser pr 1000 innbygger, mot 49,3 innleggelser i 2017.
- Kommune C hadde i 2016 totalt 58 innleggelser pr 1000 innbygger, mot 56 innleggelser i 2017.
- Kommune A ligger noe over kommune B og C, med 69,5 innleggelser pr 1000 innbygger i 2016 og 63,7 innleggelser i 2017.
- Kommune D utmerker seg med 77,6 innleggelser pr 1000 innbygger i 2016 og 91,6 innleggerser i 2017.

Når en ser på innleggelser i ØHD, så har kommune A (vertskommune) og kommune B (samarbeidskommune) en liten nedgang fra 2016 til 2017, mens kommune C (samarbeidskommune) har en liten økning. Kommune D (vertskommune) har fra 2016 til 2017 en markant nedgang i tall innleggelser i ØHD.

Når en ser på akutte innleggelser i sykehus, så har kommune A (vertskommune), kommune B (samarbeidskommune) og kommune C (samarbeidskommune) en nedgang fra 2016 til 2017, mens kommune D (vertskommune) har en markant økning.

Når en ser på totale innleggelser i ØHD og akutte innleggelser i sykehus pr kommune, så har kommune A (vertskommune), kommune B (samarbeidskommune) og kommune C (samarbeidskommune) en nedgang i totale innleggelser fra 2016 til 2017, mens kommune D har en markant økning.

Kommune D utmerker seg i denne studien. Denne kommunen har en høy andel totale innleggelser i ØHD og sykehus sett i sammenheng med antall innbyggere og sammenlignet med de andre kommunene i studien.

6.2 HVILKE FAKTORER KAN FORKLARE KOMMUNENES BRUK AV ØHD - TILBUDET

Det kommer fram i denne studien at bruken av ØHD påvirkes av ulike faktorer. Kapasitet, ulike dimensjoner av nærhet, samt samhandling/samarbeid er faktorer jeg har valgt å ha fokus på.

6.2.1 NÆRHET

For de kommunene som er vertskommuner, så skulle man tro at opplevelsen av nærhet er sammenfallende med at en er geografisk tett på tilbudet, mens de som ligger langt vekk ikke vil oppleve den samme nærheten. I følge A.Rallet (2005) er geografisk avstand hensiktsmessig å undersøke, for å finne ut om en opplever avstanden som «lagt fra» eller «nær». Nærhet kan være en subjektiv opplevelse der individet sin bedømmelse av avstanden blir lagt til grunn for vurderingen.

I denne undersøkelsen kommer det fram at geografisk nærhet ikke er avgjørende for om en bruker tilbudet mer eller mindre enn andre og at det er andre faktorer som styrer bruken av ØHD sengene.

Alle tre ØHD tilbudene er samlokalisert med legevakt og ligger tett på andrelinjetjenesten. I studien kommer det fram at tilbudene internt er ulikt organisert. ØHD tilbudene er i varierende grad knyttet til samarbeidskommuner, noe som fører til at det totale innbyggertallet som kan nytte ØHD tilbudet vil variere fra tilbud til tilbud. Det er også større variasjon i tilgang på antall senger pr tilbud. De er ikke dimensjonert ut fra en lik nasjonal norm, men individuelt tilpasset.

6.2.2 KAPASITET

Tilgang på kapasitet i form av mengde tilgjengelig kompetanse kommer fram som et tema i studien. Ved tilbud 1 er lege på vakt alene bortsett fra 3 timer overlapp på lørdager og søndager. Det er to sykepleiere på vakt hele døgnet. Det kom fram at når sykepleier på vakt er ukomfortabel og gir uttrykk for at det «blir for mye» så flyttes pasientene over til medisinsk avdeling. Legen skal håndtere både legevakt og ØHD og er nødt å forholde seg til om sykepleier på vakt er komfortabel med situasjonen eller ikke. Dette kan også føre til at pasienter som kommer til legevakten på kveld og helg, blir innlagt på medisinsk avdeling

istede for på ØHD. Det kom også fram at når man er alene lege og ikke har andre samhandlingsarenaer, så blir man ikke godt kjent med lege kollegiet og dermed skaper det heller ikke arenaer for at man blir godt kjent med de andre legene. Disse faktoren kan påvirke bruken ved at pasienten raskere blir overført fra ØHD til sykehus når man blir usikre på om kapasiteten i avdelingen eller behovet er rett vurdert.

Ved tilbud 2 er en alltid to leger på vakt, der den ene har hovedansvar for legevakt og den andre for ØHD. Det kom fram i studien at dette gir en økt trygghet for å legge inn på ØHD, fordi man har mulighet til å diskutere med kollega de utfordringer som måtte oppstå. I tillegg er man alltid to med samme fagkompetanse, som gjør at det er tryggere på vakt og en skaper relasjoner med andre leger i legekollegiet. Det kom også fram i studien at det hadde vært noen avvik ved dette tilbudet, men at man hadde tatt opp dette med samarbeidskommunene og jobbet med forbedring. Samtidig refererte leder til at en hadde blitt mindre strenge på å skrive innleggesskriv, da en opplevde at legene som la inn på ØHD kjente tilbudet så pass godt at det ikke var behov for en lang plan. Dette kan påvirke bruken av ØHD i form av at en lettere legger inn der, selv om man er usikker. Ut fra et der har vært avvik, så kan det være at man har lagt inn pasienter på ØHD, som egentlig skulle vært lagt direkte inn på sykehus og at disse først er innom ØHD og deretter overføres til en avdeling på sykehuset. Dette kan påvirke bruken både på ØHD og i andrelinjetjenesten.

Ved tilbud 3 er ØHD lokalisert i en annen etasje enn legevakten. Dette fører til at lege på vakt har avstand til pasientene når han samtidig har vakt på legevakten. I tillegg leier ØHD kompetanse fra medisinsk avdeling etter avtale og det er ikke alltid en opplever at kapasiteten blir brukt og fordelt ut fra det som er forventet. Ut fra måten å organisere tilbudet på, med samlokalisering av medisinsk avdeling og ØHD og samtidig bruk av kompetanse på tvers, så kan opplevelsen av tilgang på kapasitet styre vurderingen av valg om innleggelse i ØHD.

6.2.3 INTEGRASJON

Tilbud 1 opplever liten grad av samhandling og samarbeid. Det meste går på rutiner og en oppfatning fra den enkelte lege om hvordan tilbudet skal brukes. Integrasjonen foregår gjennom koordinering. En større grad av samhandling mellom helsenivåene vil kunne påvirke bruken av ØHD ved at en i større grad kunne få hjelp og støtte av hverandre.

Tilbud 2 har et tett samarbeid både internt og mot andrelinjetjenesten. Dette vil kunne være med å påvirke bruken av ØHD ved at legene ute i samarbeidskommunene er tryggere på hvilke pasienter som kan legges inn på ØHD, samtidig som at en vet at en kan få råd og veiledning fra andrelinjetjenesten ved behov. Dette vil kunne bidra til en større trygghet når en legger pasientene inn på ØHD.

Tilbud 3 har ØHD etablert i samme avdeling som medisinsk sengepost. I dette tilbudet er det også kun 1 lege på vakt. De har et samarbeid med andrelinjetjenesten i form av å kjøpe kompetanse slik at sykepleiere på medisinsk avdeling i deler av døgnet tar seg av ØHD pasientene. Det kommer fram i studien at det kan oppleves som at ØHD pasientene nedprioriteres når det er hektisk på medisin og at de ikke får den oppfølgingen som de kanskje burde hatt. Dette kan påvirke bruken ved at man letter overfører pasientene til medisinsk avdeling. Samtidig ser jeg en høyere andel innleggelse i ØHD for dette tilbudet, sammenliknet med de andre kommunene i studien. Det kom fram i intervjuet at alle legene ved det lokale legekantoret bytter på å gå tilsyn på ØHD og at alle blir introdusert for ØHD tilbudet ved opplæring. Hvilke lege som går visitt, kan variere fra dag til dag og det kan være minst 5 ulike leger gjennom uken. Lagt til grunn at legen som var intervjuet også var med i opprettelsen av tilbudet og at samme legen også skal ta del i opplæring av nye leger, så kan dette påvirke tall innleggelse i ØHD ved at en «løfter» tilbudet for å få det brukt. Lokal patriotiske og forankring, kan ligge til grunn som motivasjonsfaktorer for å bruke tilbudet slik at det ikke forsvinner fra egen kommune.

6.3 HVORDAN VARIERER SAMHANDLINGEN MELLOM ØHD – TILBUDET OG ANDRELINJETJENESTEN

Alle de tre utvalgte ØHD tilbudene er samlokaliserte med legevakt og tett på andrelinjetjenesten. Politiske føringer gjennom samhandlingreformen har lagt grunnlaget for opprettelsen av ØHD i kommune Norge, men kommunene har selv kunnet bestemme hvordan de ønsker å organisere tilbudene. De fire kommunene i denne undersøkelsen er alle del av et interkommunalt samarbeid. Opprettelsen av tilbudene har i stor grad kommet gjennom allerede etablerte nettverk. Funnene viser at bakgrunnen for opprettelsen av flere av tilbudene er at når en først fikk kravet om etablering av ØHD sengene, så var det viktig å utnytte dette ved å samlokalisere det med allerede etablerte samarbeid. Ved å legge det til legevakt, fikk en nyttet allerede etablert kompetanse.

Kommune A og B tilhører samme ØHD tilbud. Ingen av legene har noe nært forhold til inklusjons-og eksklusjonskriteriene for innleggelse i ØHD og begge sier at innleggelse styres mer av erfaring og hvilke pasienter de selv mener kan passe inn. Ved at legene ikke har et felles utgangspunkt for hvem som kan legges inn på ØHD, vil det kunne påvirke bruken ved at en ikke følger et likt system. Som A. Rallet skriver, så skal regler og rutiner lette samhandlingen og samspillet for de som er innenfor enn de som er utenfor. Ved at legene hadde like føringer for innleggelse, ville det kunne påvirket bruken av tilbudet.

Kommune C og D tilhører hvert sitt ØHD tilbud. Kommune C har lang avstand til ØHD og kommune D har kort avstand til ØHD. Begge kommunene fortalte om god informasjon til legene i forhold til inklusjons og eksklusjonskriterier og at dette var kjent i samarbeidskommunene. Når man ser dette i sammenheng med innleggelser i ØHD, så har begge kommunene en høyere andel innleggelser ut fra innbyggertall enn kommune A og B. Funnene viser at organisatorisk nærhet i form av like rutiner og system, er en faktor som vil kunne påvirke bruken av tilbudet.

Kommune A og B forholder seg i stor grad til de formelle rutinene for innleggelse, i form av å skrive et innleggelses skriv og ha dialog med LIS lege som godkjenner innleggelsen i sykehus.

Funnene viser at disse reglene kan være en faktor som påvirker relasjonen til 2.linjetjenesten og dermed bruken av ØHD ved at man i enkelte tilfeller velger å legge direkte inn på sykehus heller enn å prøve ØHD først. Forklaringen var at rutinene med å skulle kontakte LIS lege som er lokalisert 1,5 time vekke, for å få godkjenning til å legge inn på sykehus, hindret legene i å bygge relasjoner med de lokale samarbeidspartene – som legen på medisinsk avdeling. Til tross for at det er utarbeidet regler og rutiner som skal være like for alle, så kan dette hindre samhandlingen med andrelinjetjenesten. Reglene og rutinene kan være til hinder for et tett samarbeid og til en viss grad påvirke bruken.

For tilbud 2 og 3 kom det fram at de ikke hadde et så rigid forhold til innleggelses rutinene og at det mer var formaliteter og «proforma» som ene legen uttrykte det. I begge disse tilbudene hadde de klare føringer for samhandling mellom helsenivåene.

6.4 HVILKE FAKTORER KAN FORKLARE VARIASJONER I SAMHANDLINGEN

Samhandling med andrelinjetjenesten varierer mellom tilbudene. Som funnene viser, så er det liten grad av samhandling mellom ØHD og andrelinjetjenesten når det gjelder tilbud 1. Ene legen legger til grunn rigide innleggelsesrutiner som noe av «skylden» for at en samhandler lite og understreker dette med at det før, når en kunne ta direkte kontakt med medisinsk avdeling for å legge inn pasienten, hadde et tettere samarbeid.

Lege to legger sterk vekt på at en ikke skal ha noe tett samarbeid med andrelinjetjenesten da det er kommunene som eier plassene og det dermed er kommunene som bestemmer. Likevel forholder legene seg til innleggelsesrutinene når en både skal legge inn i ØHD og i sykehus. Relasjonen bærer preg av koordinering med høy grad av vertikal integrasjon, men en lav grad av horisontal integrasjon. Som vi finner i Axelson, 2006, så vil dette si at eksistensen av integrasjon i hovedsak eksisterer gjennom et felles ledelseshierarki. Beslutningene foregår øverst i hierarkiet og implementeres på laveste nivå. Dette kommer tydelig fram i tilbud 1 og de er preget av denne formen for styring i relasjon til andrelinjetjenesten.

Relasjonen mellom tilbud 2 og andrelinjetjenesten bærer preg av samhandling med høy grad av både vertikal og horisontal integrasjon. I følge Axelsson, 2006, betyr dette at det fortsatt er en hierarkisk ledelse, men også en kombinasjon med frivillige avtaler og gjensidig justering. Dette kommer fram i samtalen med både lederen for ØHD og legen, der de begge legger vekt på at det er lett å samhandle med andrelinjetjenesten og at en kan tilkalle hjelp og støtte mellom helseforetak når det er behov for det. Det har dette også nedfelt i samarbeidsavtalene sine som en del av samarbeidet mellom helseforetakene.

Relasjonen mellom tilbud 3 og andrelinjetjenesten er preget av en form for integrasjon gjennom samhandling, med høy grad av horisontal integrasjon og lav grad av vertikal integrasjon. Dette betyr at man jobber for å skape noe nytt med felles mål. Dette kommer fram i det som man kan kalle «ildsjeler lokalt» som ønsker å opprettholde og støtte et lokalt medisinsk senter der det har vært viktig å fylle det med innhold. Slik vil en kunne få til ved at relasjonen er preget av denne type integrasjon, der en jobber mot et felles mål til fleres nytte.

Institusjonell teori mener at formelle organisasjonskart og prosedyrer alene, ikke legger føringene for om en samhandler eller ikke, men at både ideer og diskurser også påvirker dette. Det kreves at aktørene har lik oppfatning eller at de i det minste forstår hverandre og har respekt. Når vi ser dette i sammenheng med samhandlingen med andrelinjetjenesten i

denne studien, så understøttes funnene av den institusjonelle teorien. Det kommer klart fram i funnene at samhandling må bygge på mer enn formelle organisasjonskart og prosedyrer og at det er avgjørende med tillit og forståelse mellom involverte aktører.

Det kommer fram i funnene at det mellom tilbudene i varierende grad er etablert et samarbeid mellom ØHD og andrelinjetjenesten. Det er også variasjon ut fra i hvor stor grad dette påvirker bruken. Samtidig er samarbeid en måte å løse komplekse oppgaver på. Samarbeid baseres på tillitt og frivillighet og innebærer at de som er med, forplikter seg til en helhetstenkning gjennom kunnskapsdeling, tid og ressurser.

6.5 RELEVANSEN AV TEORIENE

For å kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene, så har valg av teori vært sentralt for å løse oppgaven. På bakgrunn av funnene som er gjort gjennom intervjuene og det jeg ønsket å finne ut, så mener jeg at teorien har vært relevant. Når det kommer til å finne ut hvilke faktorer som kan forklare bruken av ØHD – avsnitt 6.2 og hvilke faktorer som kan forklare variasjonen i samhandlingen med andrelinjetjenesten, avsnitt 6.4, så har teoriene hjulpet å belyse de funnene jeg har gjort. Både teori om nærhet i ulike dimensjoner, integrasjon og samhandling / samarbeid har understøttet de funnene som har kommet fram.

6.6 AVSLUTNING

I denne studien hadde jeg som formål å finne hva som kan ligge til grunn for variasjonen i bruken av ØHD, samt relasjonen til andrelinjetjenesten. Oppgavens problemstilling var bruken av ØHD, hvordan varierer bruken av sengene og relasjonen til andrelinjetjenesten, og hvorfor. For å smale dette inn hadde jeg som utgangspunkt 4 forskningsspørsmål i studien:

- 1. Hvordan varierer bruken av ØHD sengene og akutte innleggelser i sykehus
- 2. Hvilke faktorer kan forklare bruken
- 3. Hvordan varierer samhandlingen med andrelinjetjenesten
- 4. Hvilke faktorer kan forklare variasjoner i samhandlingen.

Studien viser at Sengene varierer i bruk, men at det ikke avhenger av om man er vertskommune eller samarbeidskommune. Noen kommuner bruker både ØHD og

akuttinnleggelse mer og andre mindre. Jeg finner at geografisk nærhet ikke har betydning for om legene velger å legge pasientene inn på ØHD eller direkte i sykehus når det gjelder interkommunale tilbud. Legene uttrykker ulik praksis når det gjelder rutiner for innleggelse, men at dette ikke er styrende for hvor en velger å legge inn pasienten.

Det kommer fram at det er ulikt kunnskap og kjennskap når det gjelder inklusjons,- og eksklusjonskriterier for innleggelse, noe som kan påvirke bruken relatert til at det er ulik oppfatning på hvilke pasienter som kan legges inn og ikke.

Når det gjelder relasjonen til andrelinjetjenesten, så er det i større grad den opplevde nærheten, samt graden av vertikal og horisontal koordinering, samhandling og organisering som preger samhandlingen mellom tenestenivåene.

For den videre forskningen hadde det vært interessant å gå i dybden på om kommunene bruker sengene til andre formål enn intensjonen, samt å finne ut av i hvor stor grad pasienter faktisk overføres fra ØHD til sykehus.

REFERANSER

- A.Rallet, A. &. (2005). Proximity and Localization. *Regional Studies*, 12.
- Aasen, T. M., & Amundsen, O. (2016). *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Axelsson, R. a. (2006). Integration and colloboration in public health - a conseptual framework. *International journal of health planning and management*.
- Bukve, O. (2012). *Lokal og regional Styring*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bukve, O., & Hovlid, E. (2014). Entreprenørskap eller institusjonaliseringsprosessar? Om mekanismar i organisasjonsendring. *Nordiske Organisasjonsstudier 16 (1)*, ss. 5-29.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Deloitte. (2014). *Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene - erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud*. Helsedirektoratet.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen (St.mld.nr.47 (2008-2009))*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg (Meld.st.29 (2012-2013))*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (u.d.). *Lov av 24 juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m .* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hole, T., Barstad, J., Teigen, S., & Kvangarsnes, M. (2015, september 22). Øyeblikkelig hjelp-døgnopphald i seks kommunar på sunnmøre. *Den norske legeförening*.
- Huseby, B. o. (2017). *Status for det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 2016*. Trondheim: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jentoft, N., Vasstrøm, M., & Aas, T. (2014). *Hva kjennetegner god kommunal innovasjonspraksis? Et studie av innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenestene i tre norske kommuner*. Kristiansand: Agderforskning.
- Kroenke, D., & Auer, D. (2009). *Database Concepts*. New Jersey: Prentice Hall.
- Longva, B. (2017). ME6-500 Forskningsstrategiar og metode. *Eksamensoppgave*.
- Longva, B. (2018). OR6-502 Styring, omstilling og leiing. *Eksamensoppgave*.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Amiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 5(2), ss. 145-174.
- Melting, J. B. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Melting, J. B., & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Mortensen, S. o. (2018). *Status forkommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017*. Helsedirektoratet.
- Nilsen, E., Dugstad, J., Eide, H., Eide, T., Eikebrokk, T. R., Gullslet, M. K., . . . Stendal, K. (2017). *Digitalt tilsyn - en reise i samhandling og samskaping*. Hentet fra HSN Open Archive: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2462955>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Oerlemans, J. a. (2006). Proximity and inter-organizational collaboration: A literature review. *International Journal of Managemet Reviews*, 19.
- Offerdal, A. (2014). Iverksettingsteori - resultatene blir sjelden som planlagt. I L. E. Baldersheim. H. & Rose, *Det kommunale laboratorium*. Fagbokforlaget.
- Rambøll. (2015). *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud - bruk av plassene ved et interkommunalt samarbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Riksrevisjonen. (2015 - 2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Skinner, M. (2015). Døgnåpne kommunale akutenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.
- Skinner, M. S. (2015). *Skeptiske leger og tomme senger? Gjøvk: Senter for omsorgsforskning - øst*.
- Skinner, M. S. (2015). *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold - oppsummering av kunnskap og erfaring fra de fire første årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Senter for omsorgsforskning - øst.

- Stair, R., & Reynolds, G. (2001). *Principles of Information Systems*. Boston: Course Technology.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2011, Vol.43(8)). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, ss. 842-868.
- Texmon, I., & Stølen, N. M. (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fra mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. Statistisk sentralbyrå.
- Thaagard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjerbo, T. o. (2016). Interkommunale samarbeid om døgnåpne kommunale akuttenheter og legevakt. Tar helsekommunen form? *Tidsskrift for omsorgsforskning*.
- Ullebø, C. (2017, Juni). Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Vabø, M. (2014). Bakkebyråkratiet - der emosjonelt arbeid blir politikk. I M. o. Vabø, *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø, & S. I. Vabo, *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yin, R. K. (2011). *Kvalitativ forskning från start til mål*. The Guilford Press.

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Bruken av ØHD senger – hvordan varierer bruken og hvorfor”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på bruken av de kommunale ØHD sengene og hva som ligger til grunn for variasjon i bruken blant utvalgte kommuner. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mitt navn er Barbro Longva. Jeg går på masterstudie i organisasjon og ledelse – helseledelse ved høyskolen på Vestlandet og er nå inne i mitt 4. og siste studieår. I den forbindelse skriver jeg en masteroppgave der formålet er å få kunnskap om bruken av de kommunale ØHD sengene. Problemstillingen i oppgaven er: Bruken av ØHD senger – Hvordan varierer bruken av sengene og hvorfor? Jeg ønsker å finne ut om det er sammenheng mellom høy akuttinnleggelse i sykehus og lav bruk av ØHD og jeg vil se nærmere på hvilke faktorer som ligger til grunn for den variasjonen jeg finner. Ved å ta et strategisk utvalg av kommuner som er i et interkommunalt samarbeid om ØHD, vil jeg kunne sammenlikne på tvers mellom disse kommunene og dermed finn likheter og ulikheter for bruken av tilbudet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høyskolen på Vestlandet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I min masteroppgave skal jeg intervjuere deltagere fra 4 kommuner – totalt 8 personer – 2 fra hver kommune. Jeg skal i hver kommune intervjuere leder for ØHD tilbudet samt kommunelege. Jeg har tatt et utvalg av kommuner relatert til avstand til tilbudet der 2 av kommune har tilbudet lokalisert i egen kommune, mens to har lenger avstand til tilbudet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du velger å delta i dette prosjektet, så innebærer det at du deltar på et intervju som vil ta ca 1-1,5time. Spørsmålene er rettet mot samarbeid, bruken og avstand til tilbudet og dine erfaringer rundt dette. For å sikre at jeg klarer å få med meg alle opplysningene dine, så vil jeg bruke lydopptaker under intervjuet, samt ta notater underveis.

Jeg vil i forkant av intervjuet hente inn informasjon om kommunen, som innbyggertall, årstall for etablering av ØHD, lokalisering og organisering av legedekning til tilbudet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Opplysningene som jeg samler inn vil bare være tilgjengelige for meg og min veileder ved Høyskolen på Vestlandet. Navn på informanter vil bli erstattet av en egendefinert kode.
- I oppgaven vil det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner, alle svar vil bli anonymisert i oppgaven.
- Dataene vil bli lagret i Høyskolen på Vestlandet sin forskningsserver

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2019. Alle opplysninger og lydopptak vil bli slettet etter at oppgaven er innlevert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høyskolen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Barbro Longva* - Barbro.longva@gmail.com tlf. 92855900
- *Høyskolen på Vestlandet v/ Oddbjørn Bukve* – oddbjorn.bukve@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Barbro Longva

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Bruken av ØHD senger – Hvordan varierer bruken av sengene og hvorfor?»

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.
- at intervjuet blir tatt opp på lydbånd og at jeg er kjent med at data blir sikret og lagret forsvarlig.
- at resultatet av oppgaven kan offentliggjøres gjennom konferanser, samt vitenskapelige og akademiske tidsskrift.
- at jeg kan trekke mitt samtykke til å delta i studien tilbake. Om så skjer vil min deltagelse i prosjektet opphøre og opplysninger som jeg har gitt vil bli slettet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

1. Starte med å presentere meg selv og tema for samtalen – bakgrunn og formål.
2. Informere om hvordan jeg vil bruke dataene, taushetsplikt og anonymitet.

Informasjon som skal være på plass før intervjuet

1.	Navn	
2.	Tittel/stilling/rolle	
3.	Kommune	
4.	Årstall tilbudet ble etablert	
5.	Antall plasser ved ØHD	
6.	Antall innbyggere i kommunen	
7.	Lokalisering (Er tilbudet lokalisert i kommunen /vertskommune)	
8.	Hvor er tilbudet plassert? (sykehus/sykehjem/legevakt?)	
9.	Er fastlegene også legevaktsleger i kommunen?	
10	Hvordan er legetjenesten/-tilsyn organisert? a) Gjennom hele døgnet? Helg? b) Faste legevisittider?	

INTERVJUGUIDE

- Presentasjon av studien
- Hvordan dataene skal brukes, taushetserklaring
- Bruk av lydopptak under intervjuet, anonymitet

Spørsmål til intervju

	Spørsmål	Svar
1.	Hvor mange år har du jobbet i stillingen?	
2.	Fins det data over bruken av tilbudet de siste årene?	
3.	Hvordan opplever du bruken av tilbudet? Blir det mer eller mindre brukt enn forventet? Ved lite bruk – evt årsak til dette?	
4.	I legegruppen på din arbeidsplass/ved legekantoret – Hvordan er samarbeidet med ØHD tilbudet organisert? <ul style="list-style-type: none">- Har dere noen formelle rutiner for hvordan tilbudet skal brukes?- Strategiske dokument?- Prosedyrer?- Er temaet oppe på faste møter?	
5.	ØHD skal være istede for sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. <ul style="list-style-type: none">- Blir det tilrettelagt for samarbeid?- Forventes det at det skal samarbeides?- Evt. eksempler?	
6.	Hvordan kom samarbeidet med andre kommuner i gang? <ul style="list-style-type: none">- Gjennom vertskommune?- Gjennom ildsjeler lokalt?- Gjennom helseforetak?	
7.	Hvordan opplever du at samarbeidet rundt ØHD tilbudet fungerer?	

8.	Har legene felles møtepunkt knyttet til tilbudet? (feks felles møte eller annen felles kommunikasjonsform)	
9.	I hvor stor grad har du opplevd nærhet til de som er samarbeidspartene i det interkommunale tilbudet? (kognitiv og institusjonell)	
10.	Hvordan opplever du at samarbeidet med de andre kommunene innen det interkommunale tilbudet fungerer?	
11.	Hvordan opplever du «kulturen» for å bruke ØHD tilbudet?	
12.	Hvordan foregår samarbeidet mellom lege ved ØHD og henvisende lege (i praksis)? <ul style="list-style-type: none"> - Elektronisk? - Pr telefon? - Brevsform? - 	
13.	I hvor stor grad mener du at kompetansen innen ØHD tilbudet er forsvarlig innenfor de overordnede føringene tilbudet er tenkt?	
14.	I hvor stor grad styres dine vurderinger for innleggelse i ØHD ut fra oppfatning av tilgangen på rett kompetanse innad i tilbudet?	
15.	Hva tenker du om kapasiteten på ØHD? <ul style="list-style-type: none"> - Er det tilstrekkelig kapasitet? - Kan evt manglende kapasitet føre til at pasienter blir i hjemmekommunen eller innlagt på sykehus? 	
16.	Hvor langt er det mellom ØHD tilbudet og nærmeste sykehus? <ul style="list-style-type: none"> - Hvor lang tid tar det å kjøre? - hvordan opplever du denne avstanden? (få fram om lege syntes det er kort / langt). 	

17.	I hvor stor grad styres dine vurderinger for innleggelse i ØHD ut fra oppfatning av avstand til tilbudet?	
18.	I hvor stor grad styres dine vurderinger for innleggelse i ØHD sett i sameheng med avstand til nærmeste sykehus?	
19.	Hvordan påvirkes dine beslutninger for innleggelse i ØHD når du som lege har ansvar helt til annen lege tar over? (Sett i sammenheng med å henvise til sykehus der sykehuslegen overtar pasientansvaret umiddelbart).	
20.	Hvor aktivt har du bidratt selv til å spre kunnskap og kjennskap til ØHD?	

INTERVJUGUIDE

- Presentasjon av studien
- Hvordan dataene skal brukes, taushetserklaring
- Bruk av lydopptak under intervjuet, anonymitet

Spørsmål til intervju

	Spørsmål	Svar
1.	Hvor mange år har du jobbet i stillingen?	
2.	Fins det data over bruken av tilbudet de siste årene?	
3.	Hvordan opplever du bruken av tilbudet? Blir det mer eller mindre brukt enn forventet? Ved lite bruk – evt årsak til dette?	
4.	Hvordan er samarbeidet mellom ØHD tilbudet og samarbeidspartene i det interkommunale tilbudet organisert? <ul style="list-style-type: none">- Har dere noen formelle rutiner for hvordan tilbudet skal brukes?- Strategiske dokument?- Prosedyrer?- Er temaet oppe på faste møter?	
5.	ØHD skal være istede for sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. <ul style="list-style-type: none">- Blir det tilrettelagt for samarbeid?- Forventes det at det skal samarbeides?- Evt. eksempler?	
6.	Hvordan kom samarbeidet med andre kommuner i gang? <ul style="list-style-type: none">- Gjennom vertskommune?- Gjennom ildsjeler lokalt?- Gjennom helseforetak?	
7.	Hvordan opplever du at samarbeidet rundt ØHD tilbudet fungerer?	

8.	I hvor stor grad har du opplevd nærhet til de som er samarbeidspartene i det interkommunale tilbudet? (kognitiv og institusjonell)	
9.	Hvordan opplever du at samarbeidet med de andre kommunene innen det interkommunale tilbudet fungerer?	
10.	Hvordan opplever du «kulturen» for å bruke ØHD tilbudet?	
11.	Hvordan foregår samarbeidet mellom leger ved ØHD og henvisende leger (i praksis)? <ul style="list-style-type: none"> - Elektronisk? - Pr telefon? - Brevsform? - 	
12.	I hvor stor grad mener du at kompetansen innen ØHD tilbudet er forsvarlig innenfor de overordnede føringene tilbudet er tenkt?	
13.	Hva tenker du om kapasiteten på ØHD? <ul style="list-style-type: none"> - Er det tilstrekkelig kapasitet? - Kan evt manglende kapasitet føre til at pasienter blir i hjemmekommunen eller innlagt på sykehus? 	
14.	Hvor langt er det mellom ØHD tilbudet og nærmeste sykehus? <ul style="list-style-type: none"> - Hvor lang tid tar det å kjøre? - hvordan opplever du denne avstanden? (få fram om leger syntes det er kort / langt). 	
15.	Hvor aktivt har du bidratt selv til å spre kunnskap og kjennskap til ØHD?	

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Bruken av ØHD senger - hvordan varierer bruken og hvorfor?

Referansenummer

895455

Registrert

25.11.2018 av Barbro Isabell Farstad Longva - 020573@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Oddbjørn Bukve, oddbjorn.bukve@hvl.no, tlf: 48054368

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Barbro Longva, barbro.longva@gmail.com, tlf: 92855900

Prosjektperiode

25.11.2018 - 30.06.2018

Status

03.12.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

03.12.2018 - 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 03.12.2018. 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 30.06.2018.

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)



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i organisasjon og leiing

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Navn:	Barbro Isabell Farstad Longua
Kandidatnr.:	112
HVL-id:	020573@hvl.no

Informasjon fra deltaker

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