



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Hva er årsakene til at det kommunale ØHD-tilbudet ikke benyttes i tråd med intensjonen til Samhandlingsreformen?

Interaction between municipal health care and specialized health care

What is the cause of the municipal ØHD (instant help)-offering is not used as intended regarding Samhandlingsreformen (Interaction-reform)?

Cathrine Ullebø

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing.

Avdeling for samfunnsfag. Institutt for samfunnsvitenskap.

6.juni 2017

Forord

Hadde noen sagt til meg for fire år siden at jeg kom til å levere en masteroppgave i organisasjon og ledelse hadde jeg ikke trodd på dem. Takk til min tidligere kollega Helene som spurte meg om jeg ville være med henne og studere. Dette har jeg ikke angret på. Det har vært en stor kunnskapsreise som har gitt meg muligheten til å utvikle meg både på det faglige- og personlige plan.

Jeg vil takke min veileder Olina Kollbotn for god veiledning i prosessen.

En stor takk til informantene som ønsket å dele erfaringene sine med meg. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien. Jeg håper derfor at jeg har gitt dere et bidrag som kan brukes videre i samarbeidet deres.

Det er mange andre som har fulgt meg og støttet meg på denne kunnskapsreisen – som fortjener en takk. Vennene og kollegaene mine som har vist entusiasme når jeg har fortalt om temaet jeg har studert. Dere har gitt meg troen på at dette kunne bli en masteroppgave.

Jeg vil også få takke mine medstudenter for mange gode diskusjoner og hyggelig samlinger, dere har gitt meg motivasjon.

Til slutt, og aller viktigst min fantastiske familie. Mannen min Øystein, som tålmodig har korrekturlest, og sønnen min Håkon som har bidratt med gode faglige diskusjoner (han studerer master i økonomi og ledelse). Mine to døtre Kristine og Ingeborg som har heiet på meg og hatt troen på meg og støttet meg gjennom hele prosessen.

Førde, juni 2017

Cathrine Ullebø

Sammendrag

Målet med Samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Et av tiltakene innebærer at kommunen skal etablere kommunalt øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud (ØHD), og intensjonen til ØHD er å bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser til sykehus ved å overføre ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

I denne studien vil jeg se på hvilke faktorer som påvirker samhandlingen og samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutt innleggelse i sykehus kontra bruken av ØHD. Dette på bakgrunn av en rapport som Riksrevisjonen publiserte i januar 2016, som viste at ØHD-tilbudet ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen til Samhandlingsreformen.

Studiens design er beskrivende og fortolkende og det er brukt kvalitativ metode med dybdeintervju av fire kommuneleger og to medisinske leger i spesialisering ved et sykehus. Data er analysert i en kombinert tema- og personsentrert analyse.

Studien viser at legene ikke følger retningslinjene for akutt innleggelse i sykehus, men handler ut fra egne vurderinger og skjønn. Det er stor uenighet om eksklusjons- og inklusjonskriteriene for innleggelse i ØHD mellom kommunelegene og lis-legene, også kommunelegene seg imellom er uenige om kriteriene.

I studiet kom det fram at det var hemmende for samarbeidet og bruken av ØHD at det manglet incentiver for å bruke dette tilbudet. Organiseringen av legevakt og ØHD, og om det var en eller to leger på vakt påvirket også samarbeidet og bruken av ØHD. Lis-legene mente det var mange unødvendige innleggelser i sykehus og at det kunne skyldes ansvarsfraskrivelse hos kommunelegen. Andre årsaker som kunne påvirke samarbeidet var høyt arbeidspress og mangel på tid, noe som kunne føre til manglende- og dårlige innleggelsesskriv.

Kommunelegene forteller at de føler på mye ansvar, og redselen for å gjøre feil fører til at de henviser flere pasienter til sykehuset enn nødvendig og dette førte til dårlig samarbeidsklima mellom lis-legene og kommunelegene.

Abstract

The goal with Samhandlingsreformen is to secure a sustainable health care at a good quality. One of the measures involves the municipality to establish a municipal instant help-offering around the clock (ØHD), and the intention of ØHD is to reduce the number of instant help-admittances at hospitals by transferring responsibility from specialized health care to municipality.

In this study I want to look into which factors influences the interaction and cooperation between municipal health care and specialized health care when it comes to emergent hospitalization versus the use of ØHD. This is based on a report by Riksrevisjonen published January 2016, which revealed that the ØHD-offering is not used in a way or matter intended by Samhandlingsreformen.

The design of the study is descriptive and interpretive and the method used is qualitative with in depth interviews by four municipal doctors and two specialized doctors from a hospital. Data is analyzed in a combined theme-and person-centered analysis.

The study reveals that the doctors do not follow guidelines for emergent hospitalization, but acts out of own assessments and discretion. There are a great divide regarding the exclusion- and inclusion-criteria for ØHD admission between the municipal doctors and lis-doctors (doctors in specialization), and also internal between the municipal doctors.

The study revealed that lack of incentives for using ØHD inhibits the cooperation. The organization of emergency room and ØHD, and whether there were one or two doctors on shift also affected the cooperation and the use of ØHD. Lis-doctors meant there were many unnecessary hospitalizations and that could be because of disclaimed responsibility from the municipal doctors. Other causes that could affect the cooperation were high work pressure and lack of time, which could lead to lacking or poor admission forms.

Municipal doctors say they feel a lot of responsibility, and the fear of doing mistakes leads them to hospitalize more patients than necessary - and this leads to a bad climate of cooperation between lis-doctors and municipal doctors.

Innhold

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Formål og Problemstilling.....	5
1.2 Avgrensning.....	5
1.3 Begrepsavklaring	6
1.4 Nytt lovverk tilpasset samhandlingsreformen	6
1.5 Kunnskapsstatus/tidligere forskning.....	8
1.6 Bruk av ØHD	10
1.7 Disponering av oppgaven	11
2.0 TEORI	12
2.1 Organisasjoner og de institusjonelle omgivelsene.....	13
2.2 Prinsipal-agent-teori:.....	16
2.3 Forventningsteori	20
2.4 Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser.....	23
3.0 METODE.....	29
3.1 Kvalitativ Metode	30
3.2 Utvalg av informanter	31
3.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervju.....	34
3.4 Analyseprosessen	36
3.5 Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	38
3.6 Forskningsetiske aspekter	40
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	42
4.1 Spesialisthelsetjenesten sitt syn på samarbeidet med kommunelegene	43
4.2 Kommunelegene sitt syn på samarbeidet med lis-legene.	55
4.3 Oppsummering.....	70
5.0 DRØFTING AV FUNN.....	75
5.1 Retningslinjer i lys av institusjonell teori og prinsipal-agent-teori.....	75
5.2 Ulikt syn på ØHD i lys av samarbeidsteori.....	79
5.3 Samarbeid om inklusjons- og eksklusjonskriteriene for ØHD sett i lys av samarbeidsteori og institusjonell teori.	83
5.4 Kommunikasjon, kjemi og relasjon i lys av forventningsteori.....	85
5.5 Personavhengighet, usikkerhet og ansvarsfraskrivelse i lys av forventningsteori og prinsipal-agent-teori.....	88

5.6 Arbeidspress, mangel på tid og fullt belegg i lys av mandatperspektivet og prinspal- agent-teori.....	90
5.7 Ressursmangel i lys av forventningsteori og mandatperspektivet.	93
5.8 Ulik organisering av ØHD og ansvarsfordeling i lys av prinspal-agen-teori, forventningsteori og mandat- og utviklingsperspektivet.....	94
5.9 Press fra pårørende og mye ansvar i lys av prinspal-agent-teori og institusjonell teori.....	97
6.0 KONKLUSJON	99
Litteraturliste.....	102

Vedlegg 1: Samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Meldeskjema til NSD

1.0 INNLEDNING

Det er stort fokus på samhandling og samarbeid i helsesektoren i dag. Helsetjenesten blir stadig mer spesialisert og komplisert, og det fører til at flere pasienter er avhengig av en koordinert innsats fra flere instanser og ulikt helsepersonell for å få en god behandling. Dette innebærer krav til økt samarbeid og samhandling, og vi vet at samhandling er vanskelig å få til og at dette er et område i helsetjenesten som ofte svikter.

Samarbeid og samhandling handler om kompetanseoverføring, informasjonsutveksling og ansvar og oppgavefordeling som ivaretar pasienten på en god måte, samtidig som en ivaretar de helsepolitiske mål og myndighetskrav som gjelder for helsetjenesten (Øgar og Hovland, 2004:166).

Intensjonene er at vi skal samarbeide og samhandle for å gi brukerne /pasientene de beste tjenestene ut fra hvert enkelt behov, en intensjon som framkommer gjennom samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende reform som berører alle deler av norsk helsevesen. Den ble startet innført 1. januar 2012, og ble gradvis implementert over en fireårsperiode. Samhandlingsreformen ble kjent allerede våren 2009 gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009).

Utfordringene som ligger til grunn for samhandlingsreformen er beskrevet i St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling- på rett sted- til rett tid og kan kort oppsummeres slik: Behandlingsetterspørselen øker, andelen eldre i befolkningen øker, utgiftene øker og samhandlingsutfordringene øker.

Ny teknologi og medisinsk utvikling har ført til at sykehusene nå kan behandle sykdommer som de tidligere ikke var i stand til å behandle. Dette fører igjen til større etterspørsel (Foss, 2016:34).

Eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen, og de har ofte flere og sammensatte lidelser. Antall pasienter med kroniske lidelser vil også øke (St.meld.nr.47 2008-2009). Ifølge Statistisk sentralbyrå (2014) vil gruppen eldre (70 år eller eldre) i løpet av de neste 30 årene øke til det dobbelte.

I St.meld.nr 47 (2008-2009) vises det til at de offentlige utgiftene vil øke til fra dagens 44 % av BNP til rundt 55 % i 2060 om dagens standard av helsetjenester videreføres.

Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet er tenkt å nås gjennom at veksten i bruken av sykehustjenesten skal dempes ved å overføre en del helsetjenester til kommunehelsetjenesten. En vil også styrke de ansattes kompetanse og samtidig øke samarbeidet mellom helsenivåene for å sikre god kvalitet i helsetjenestene.

Samhandlingsreformen blir flere steder beskrevet som en retningsreform, som betyr en langsiktig omstilling i helsetjenesten. Dette skjer ved at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og videreutvikles, mens spesialisthelsetjenesten skal omstilles.

Reformen blir også beskrevet som en «nullsumsreform» der effektivisering ved hjelp av omfordeling av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er en av hovedintensjonene. Dette uttales av det nasjonale nettverk for implementering av samhandlingsreformen (Foss, 2016:52).

Kommunene hadde frist på seg til 1. januar 2016 til å implementere alle overførte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten (St.meld.nr.47 208-2009).

Samhandlingsreformens intensjon er å styrke og utvikle kommunenes tjenestetilbud slik at pasienter kan tilbys helsehjelp nært hjemmet både før-, istedenfor- og etter sykehusinnleggelse (St.meld.nr.47 2008-2009).

Samhandlingsreformen har blant annet ført til flytting av ansvar for øyeblikkelig hjelp-funksjonen fra sykehus til kommunen. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven 2011 § 3-5 tredje ledd: «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenesten til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp»

Dette innebærer at kommunen skal etablere kommunalt øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud, heretter i oppgava kalt ØHD, noe som skal være et allmennt medisinsk tilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, der innleggelse i ØHD-seng kan erstatte innleggelse i sykehus.

Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at pasienten blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten for nødvendig behandling og

oppfølging. Intensjonen til ØHD er å bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser til sykehus ved å overføre ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Helsedirektoratet, 2016).

ØHD er en kommunal oppgave, og det er kommunen som har ansvar for å sikre god kvalitet på tjenesten. ØHD skal være istedenfor sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid og samhandling er ofte avhengig av en rekke faktorer og kan by på en rekke utfordringer (Øgar og Hovland, 2004:166). I dette prosjektet vil jeg se nærmere på samarbeidet og samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

1.1 Formål og Problemstilling

Formålet med min studie er å få kunnskap om hvorfor ikke ØHD-tilbudet benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen til samhandlingsreformen. Dette kom fram av en rapport som Riksrevisjonen publiserte i januar 2016 (Foss, 2016). Dette vil jeg prøve å finne årsaken til ved å studere samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og hva som kan påvirke dem når det gjelder bruken av ØHD-tilbudet kontra akutt innleggelse i sykehus. Ut fra dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker samhandlingen/samarbeidet mellom kommunelege og lege i spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutt innleggelse i sykehus kontra bruken av det kommunale ØHD-tilbudet?

1.2 Avgrensning

Studien er avgrenset til kommunelegenes og lis-legenes erfaringer med samarbeidet/samhandlingen mellom helsenivåene, det vil si mellom 1.linjetjenesten og 2. linjetjenesten. Grunnen til at jeg ønsker å se på samarbeidet mellom legene er fordi det er kommunelegene som henviser pasienter til ØHD og til akutt innleggelse i sykehus og lis-legene som tar i mot pasientene til akutt innleggelse i sykehus. Derfor er det aktuelt å se på om det er noe i prosessen mellom dem som påvirker handlingene deres.

Ut i fra dagens lokale innleggelsesprosedyre¹ i sykehuset skal kommunelegen gå via sentralbordet og bli satt over til den mottagende legen (lis-lege), og deretter melde pasienten til innleggelse. Da har kommunelegen mulighet for å diskutere med lis-legen angående den pasienten han vurderer å legge inn på sykehuset.

Andre aktører/profesjoner (sykepleiere, hjelpepleiere eller annet hjelpepersonell) sine opplevelser er ikke tatt med. Det er flere forhold som kan ha betydning for samarbeidet, men denne studien vil primært fokusere på kommunelegenes og lis-legenes opplevelser i denne samhandlingen og samarbeidet dem i mellom når det gjelder akutt innleggelse i sykehus kontra bruken av ØHD. I oppgaven anvendes samhandlingsbegrepet som definert av Torgersen og Steiro (2009) hvor samhandling er en åpen og likeverdig kommunikasjons- og utviklingsprosess.

1.3 Begrepsavklaring

Sentrale begreper som anvendes i oppgaven:

ØHD: Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud blir forkortet og kalt ØHD. Tidligere ble det kalt Kommunale akutte døgneheter eller kommunale øyeblikkelig hjelp døgneheter som ble forkortet og kalt KAD.

Samhandling: «Samhandling er en åpen og likeverdig kommunikasjon- og utviklingsprosess mellom aktører som kompetansemessig utfyller hverandre og utveksler kompetanse, direkte-til-ansikt eller mediert via teknologi eller med håndkraft, som arbeider mot felles mål, og hvor forholdet mellom aktørene til enhver tid hviler på tillitt, involvering, rasjonalitet og bransjekunnskap» (Torgersen og Steiro, 2009:130).

Lis-lege: Lege i spesialisering i spesialisthelsetjenesten

1.4 Nytt lovverk tilpasset samhandlingsreformen

Ny lov om Folkehelse (2011), og ny lov om Helse og omsorgstjenester (2011) er blitt vedtatt i forbindelse med Samhandlingsreformen.

¹ Ikke publisert fagprosedyre på grunn av hensyn til anonymitet.

I lov om folkehelse skal kommunen bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse. Kommunene skal fremme befolkningens helse, trivsel og tilrettelegge for gode sosiale og miljømessige forhold.

I lov om kommunale Helse og omsorgstjenester (2011) skal kommunen tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette omfatter ansvar for alle pasienter og brukergrupper med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

I praksis vil dette si at den nye Helse og omsorgstjenestelova pålegger kommunene å opprette ØHD-tilbud og drifte dette etter nasjonale føringer/veiledere.

Samarbeid helseforetak og kommune

Kommunene har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, etter § 6-1 i Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Krav til avtalens innhold står i § 6-2 og dette er et minimum. Kommunen kan velge å inngå avtalen alene eller sammen med andre kommuner. Målsettingen til samarbeidet skal bidra til at pasienter og brukere mottar helhetlig tilbud om helse og omsorgstjenester.

Tilsvarende plikter er pålagt det regionale helseforetaket, jf. Spesialisthelsetjenesten § 2-1 e. I norsk avtalerett gjelder i utgangspunktet avtalefrihet. Dette betyr frihet til å inngå- eller unnlate å inngå avtaler, frihet til å velge avtalepart, og at avtalepartene har frihet til å bestemme avtalens innhold.

I Helse og omsorgstjenesteloven § 6-1 om «plikt til å inngå avtale, innebærer det en begrensning i den avtalefriheten ved at helseforetakene og kommunene nå er forpliktet til å inngå avtale. Videre i § 6-2 står det krav til avtalens innhold, og dette er et minimum. I punkt 3 står det at det skal være retningslinjer for innleggelse i sykehus og punkt 4 viser til kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp 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». Dette vil si at det finnes nasjonale veiledere, men det blir opp til hver enkelt kommune å utarbeide sine

egne inklusjons- og eksklusjonskriterier for deres ØHD-tilbud ut i fra deres ressurser og muligheter. Hver enkelt kommune lager sine egne retningslinjer for hvem som er aktuelle eller ikke aktuelle for ØHD-tilbudet, og så blir det igjen opp til hver enkelt kommunelege å vurdere ut i fra disse kriteriene hvem som skal legges inn på ØHD.

Veiledningsmateriellet har som formål å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelige hjelp døgnopphold i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3 5.

Veiledningsmateriellet henvender seg til både kommune og helseforetak og er et grunnlagsdokument for den samarbeidsavtalen partene skal utarbeide. Avtalen skal som et minimum beskrive kommunens tilbud om ØHD, retningslinjer for utskrivning og innskrivning av pasienter og gjensidig kunnskapsoverføring. Avtalen bør også beskrive helseforetakenes samlede akuttilbud, også innen psykisk helse- og rusområdet (Helsedirektoratet, 2016).

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingene mellom partene ved å konkretisere oppgavene og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og etablere gode rutiner på sentrale samhandlingsområder. Dette innebærer at kommunenes tilbud om ØHD skal bli til ved et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og dokumenteres i de lovpålagte samarbeidsavtalene.

1.5 Kunnskapsstatus/tidligere forskning

Riksrevisjonen har gjort en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av Samhandlingsreformen. Dette dokumentet ble publisert 12.januar 2016 og undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden fra 2012- september 2015 (Foss, 2016).

Et av hovedfunnene i rapporten var at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. Det er dette jeg ønsker å finne mer ut av. Hva er årsaken? For å prøve å finne ut av dette vil jeg studere samarbeidet mellom kommunelegene og legene i spesialisthelsetjenesten og hva som påvirker dem.

Kommunen har gjennom samhandlingsreformen fått ansvar for å dempe økningen i antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten og ØHD er et virkemiddel som skal bidra til at flere pasienter behandles på det laveste effektive omsorgsnivå. For at ØHD skal kunne avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn ved ØHD-tilbud i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn på sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet har oversikt over antall pasienter i ØHD-tilbud, men ikke i hvilken grad innleggelsene i ØHD erstatter sykehusinnleggelse. De har heller ikke oversikt over i hvilken grad tilbudet brukes som en del av kommunens pleie- og omsorgstilbud.

Undersøkelsen til riksrevisjonen viser at i mange kommuner brukes ikke ØHD-tilbudet på en måte som erstatter innleggelse i sykehus, og i tillegg mener helseforetakene at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn på ØHD.

I rapporten kommer det frem at det er flere årsaker til at ØHD-tilbudet ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonene. Det kommer fram at blant fastlegene er det en utbredt usikkerhet om kvaliteten i tilbudet er god nok, og i tillegg viser det seg at de også har manglende kjennskap til hvilken behandling som blir utført ved ØHD. Tidkrevende innleggelsesprosedyrer er også en årsak til at ikke flere pasienter legges inn ved ØHD-tilbudet.

Jeg har ikke funnet forskning som handler om samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten omkring innlegging på ØHD eller på sykehus, derfor blir min studie mitt bidrag til dette.

Jeg vil her presentere forskning som handler om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Wallenius (2013) har skrevet en masteroppgave om hva som må til for å lykkes med samhandling i små kommuner. Hovedfunnene i denne oppgaven viste at tillitt og ledelse var de viktigste faktorene som informantene mente måtte til for å lykkes. Maktbalansen var også viktig, og at informantene brukte tid på å bli kjent med hverandre og ha mest mulig like forventninger.

Et annet interessant funn var at intensjonene til informantene var gode, men disse samsvarte ikke alltid med hva som skjedde når en møtte den praktiske hverdagen i kommunen.

Samhandling trekkes også fram som en svært viktig faktor for å lykkes.

Dette er interessante funn som kan ha relevans for min oppgave.

Nilsen (2012) har skrevet en masteroppgave om «hva som hemmer- og hva som fremmer samhandling». Denne oppgaven handler om samhandlingsreformen sett fra kommunen sin side.

Funn i denne oppgaven viser at maktforholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten oppleves som skjev. Kommunens opplevelse av manglende likeverd i forhold til spesialisthelsetjenesten har ikke endret seg etter at Samhandlingsreformen ble innført. Makten ligger i det helseforetakene driver med, som blant annet livreddende helsehjelp og autoriteten av det å være en spesialistinstitusjon. Kommunene opplever manglende respekt for det de driver med. Kommunen opplever også en økt distanse på grunn av statens eierskap av helseforetakene.

Informantene i kommunen opplever at kommunen tilpasser seg endringene og at helseforetakene endrer seg, men ikke med tanke på samarbeid med kommunen.

Ut i fra disse to masteroppgavene som omhandler samhandling kommer det frem at tillitt, respekt for hverandres arbeid, viktigheten av å kjenne hverandre og samhandling er viktige faktorer for å lykkes. Dette er funn som har relevans for min studie.

1.6 Bruk av ØHD

I en vitenskapelig artikkel analyseres det om etablering av ØHD har ført til færre innleggelse for eldre i somatisk sykehus. Konklusjonen er at innføringen av ØHD har hatt effekt, men også at effekten hadde store variasjoner med hvordan ØHD var organisert. Det var ØHD-er som var samlokalisert med legevakt eller som hadde god legeberedskap som hadde effekter. Det viste seg at ØHD-er som hadde annen organisering, i gjennomsnitt hadde ingen effekter, men det var store variasjoner på kommunenivå. Effekten av etablering av ØHD-ene var bare signifikant i kommuner med over 5000 innbyggere (Swanson, Alexandersen & Hagen, 2016).

Statistikk over bruken av ØHD-tilbudt fra de kommunene jeg har studert:

Den interkommunale legevakta samarbeider med 13 kommuner og beleggprosenten ved ØHD var 34,7 % i 2016.

Statistikk for den andre enkeltstående kommunen jeg har studert viste et belegg på 28 % på ØHD i 2016. ²

1.7 Disponering av oppgaven

Innledningsvis har jeg presentert mitt utgangspunkt for oppgaven og valg av tema og problemstilling.

I kapittel 2 presenteres teoriene jeg har valgt å drøfte videre i oppgaven opp mot min problemstilling og i forhold til mine funn.

I kapittel 3 gjøres rede for den metodiske tilnærmingen og refleksjoner rundt denne.

Videre presenteres funn fra det empiriske materialet i kapittel 4. Deretter blir funnene drøftet opp mot valgt teori i kapittel 5.

Til slutt i oppgaven har jeg trukket sammen mine vurderinger i en konklusjon.

² Upublisert statistikk på grunn av hensyn til anonymitet.

2.0 TEORI

Først vil jeg presentere institusjonell teori for å få et overordnet perspektiv på oppgaven min. Dette for å se hvordan de institusjonelle omgivelsene kan påvirke organisasjonene. Dette kan kanskje hjelpe meg i analysen til å få litt større perspektiv på det hele, og til å se at det også kan være utenforliggende årsaker til at organisasjonene og de som arbeider i disse handler som de gjør. Jeg vil bruke teorien for å analysere både på et makro- og mikronivå.

Jeg har i hovedsak brukt Jacobsen og Thorsvik som kilde for å belyse institusjonell teori, selv om det er W. Richard Scott som er primærkilden til denne teorien. Dette fordi boken til Jacobsen og Thorsvik gir en helhetlig modell og dens systemtenkning er god, både faglig og pedagogisk. I den 4. utgaven er det faglige oppdatert med den nyeste forskningen internasjonalt. Samtidig er den opptatt av hva som skjer her i Norge. Den har lagt spesiell vekt på hva som skjer i faget i Skandinavia. Jeg studerer hva som skjer i Norge, og derfor blir det mer riktig for meg å studere Jacobsen og Thorsvik som har tilpasset denne teorien til norske forhold, enn å studere Scott som beskriver denne teorien i et amerikansk samfunn.

Videre vil jeg bruke prinsipal-agent-teori fordi denne teorien kan gi en bedre forståelse av hvordan offentlig sektor fungerer. Denne teorien kan beskrive hvordan samhandling mellom en utøvende og delegerende myndighet fungerer. Teorien prøver å identifisere og forklare problemer som kan oppstå mellom partene som gjennomfører transaksjoner seg imellom. Denne teorien kan hjelpe meg å forstå hvorfor enkelte faktorer påvirker samarbeidet mellom kommunelegen og lis-legen.

Prinsipal-agent-teorien har jeg hentet fra boka *Økonomistyring i offentlig sektor* av Leif Opstad 2. utgave. Dette fordi jeg var så heldig å oppleve han som foreleser i faget økonomistyring. Han var en meget dyktig foreleser som var meget god på å formidle. Han ser på ressursbruk, nytte og prioriteringer, hvor det er mange aktører involvert og kobler dette opp mot Prinsipal- agent-teori. Dette synes jeg var spennende, og det passet inn i studiet mitt.

Jeg vil også bruke forventningsteori for å analysere på et individnivå, og prøve å forstå hvorfor legene handler som de gjør, og hva som kan motivere dem til samarbeid. Denne teorien kan være utfyllende og supplerende for det som omtales som agentproblemet og som kan handle om blant annet egeninteresse i prinsipal-agent-teorien. Det er en sammenheng

mellom disse fordi forventningsteorien er opptatt av hva organisasjonen kan gjøre for å skape motivasjon, og om hvordan ulike belønningssystem kan motivere eller ikke.

Forventningsteorien (inkludert Maslow og Herzberg) er også hentet fra Jacobsen og Thorsvik fordi boka gir en helhetlig modell og systemtenkning som er god både faglig og pedagogisk. Pedagogisk gir den en strukturert framstilling av stoffet og et klart språk.

Til slutt vil jeg presentere samarbeidsteori, da det er samarbeid og samhandling mellom kommunelegen og legen i spesialisthelsetjenesten jeg studerer. Her vil jeg gå nærmere inn på premisser for samarbeid og presentere to perspektiver på dette.

Samarbeidsteorien har jeg hentet fra pensumboka *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretattlig samarbeid i teori og praksis* hvor Pål Repstad er redaktør og Harald Knudsen har skrevet kapittelet om *Samarbeid på tvers av organisasjoner*. Denne teorien passer bra til min oppgave, da det er samarbeid jeg studerer.

2.1 Organisasjoner og de institusjonelle omgivelsene

Herbert Spencer var en som helt klart påvirket eldre institusjonell teori (Scott, 2014). Scott forklarer at Spencer så på samfunnet i et organisk system som utvikler seg over tid. Han mente at for å oppnå tilpasninger av systemet til omgivelsene, må en utvikle spesialiserte «organer» med strukturer som institusjonelle subsystemer.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2016:202) handler uttrykket institusjonelle omgivelser om verdier, normer og forventninger i omgivelsene som kan ha betydning for hvordan organisasjonen oppfattes av omgivelsene.

De påpeker at for å overleve må organisasjonen oppfattes som legitim, dette er det grunnleggende i det institusjonelle perspektivet. Dette kan organisasjonen oppnå ved at den oppfattes som «tidsriktig» og ivaretar viktige verdier som den må opprettholde.

Sykehus og kommunehelsetjenesten er organisasjoner som de fleste har klare krav og forventninger til, og derfor kan de ofte være utsatt for sterkt institusjonelt press fra omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 2013:203). Derfor velger jeg å bruke institusjonellteori som et «fugleperspektiv» på oppgaven min som handler om samhandlingen/samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne teorien kan kanskje hjelpe

meg til å forstå at det kan være utenforliggende faktorer som kanskje påvirker valgene som blir tatt, og hvordan dette kan påvirke organisasjonene på et overordnet nivå.

De institusjonelle omgivelsene kan deles inn i tre institusjonelle elementer, som også er beskrevet som tre ulike søyler, som organisasjonen må tilpasse seg for å bli oppfattet som legitim:

	Regulativ	Normativ	Kognitiv
Grunnlag for press	Lovgivning	Verdier og forventinger	"Tatt for gitt" oppfatninger om hva som bør gjøres
G.lag for tilpassning	Tvang	Sosial forpliktelse	Ønske om å etterlikne
G.lag for legitimitet	Formell godkjenning	Moralsk aksept	Man gjør det som oppfattes som riktig
Eksempel	Regulering og kontroll av forurensing	Standarder for personellbehandling	

Modellen er hentet fra Jacobsen og Thorsvik (2016:215).

Hver av de tre søylene representerer en institusjonell forklaring på hvordan kulturelle forhold i omgivelsene påvirker organisasjoner, ved å sette dem under press, for å gjøre noe bestemt og for å sikre seg legitimitet i omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214).

Den regulative søylen handler om lover og bestemmelser som beskriver hvordan ulike oppgaver skal gjennomføres og hva man ikke kan gjøre. Hvis slike bestemmelser ikke blir innfridd og tatt hensyn til, svekkes omdømmet og man kan miste legitimitet og i verste fall bli straffeforfulgt. Dette viser til nasjonale og internasjonale regulerings- og kontrolltiltak som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå legitimitet (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214).

Eksempel: Kommunen har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket og motsatt. Det er lovpålagt at det skal finnes retningslinjer for innleggelse i sykehus og at kommunen skal sørge for ØHD-tilbud for brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Hvordan blir retningslinjene for innleggelse i ØHD etterfulgt og er dette i tråd med Samhandlingsreformen sin intensjon?

Lovgivningen kan betraktes som et kulturelt fenomen som med tvang får en organisasjon til å gjøre noe på en spesifisert måte, eller avstå fra å gjøre noe (Jacobsen og Thorsvik, 2013:215). Departementet pålegger kommunen og spesialisthelsetjenesten til å samarbeide gjennom

samhandlingsreformen og lovgivning som er utarbeidet av Stortinget. Hvilke konsekvenser kan dette få i praksis?

Den normative søylen: sier noe om hvordan en form for sosial forpliktelse i organisasjonen er grunnlaget for at organisasjonen tilpasser seg verdier og forventinger i omgivelsene. En er opptatt av å kartlegge hvilke verdier og normer i omgivelsene som påvirker organisasjonen, dette kan være avgjørende for å finne ut hvordan virksomheter bør etableres, organiseres, styres og koordineres. Organisasjonene er opptatt av moralsk aksept for hva den gjør, det er dette som bygger legitimitet (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214-215).

Eksempel: Samfunnet generelt har forventninger til ØHD-tilbudet og hvordan det skal organiseres. Det blir viktig å ta hensyn til dette for å skape tillitt hos folket.

Den kognitive søylen viser til at en organisasjons legitimitet er bestemt av i hvilken grad andre oppfatter at den samsvarer med hva som er allment aksepterte oppfatninger om hvordan den bør se ut. Den kognitive søylen skiller seg fra den normative søylen ved å fokusere på sosiale grupper som er innenfor samme handlingsmiljø, eller samme bransje, hvor individene har bestemte oppfatninger om hva som er riktig og hva som må gjøres, og at dette blir tatt for gitt er den mest riktige- eller mest hensiktsmessige måten å gjøre dette på.

Legitimitetsproblem kan oppstå når organisasjonen ikke passer til disse forventningene som blir tatt for gitt og av andre oppfattes som det rette. Avvik fra disse forventningene kan skape usikkerhet om hva som skjer (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214-215).

Eksempel: Reformbølgen NPM kom på 1980-tallet som en internasjonal moderniseringstrend som handler om effektivisering av offentlig sektor og påvirket blant annet norsk helsepolitikk. Dette skjedde mest trolig fordi at norsk helsepolitikk ønsket anerkjennelse og støtte fra omgivelsene. I følge Vabø (2014:64) handler slike behov for anerkjennelse om å bli sett på som en moderne og effektiv organisasjon. Dette var et ønske om å etterligne og gjøre det som oppfattes som riktig og å følge med i tiden.

Kommunene kan se og lære av hverandre om hvordan de løser oppgaven med ØHD-tilbud og hva som fungerer best. Dette kan gjøre tilbudet forutsigbart for brukerne, noe som igjen vil skape tillitt og legitimitet.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2016) står fenomenet isomorfi sentralt i studier om institusjonelle omgivelser og hvordan de påvirker organisasjoner. Med dette menes at organisasjoner som er i samme type institusjonelle omgivelser, vil stadig bli likere hverandre. Dette fordi det finnes antakelser om hva som er rasjonelt og fornuftig innenfor et organisatorisk felt. Derfor kan helsevesenet møte press fra omgivelsene om å bli stadig mer lik hverandre, dette fordi det finnes dominerende oppfatninger om hva som er «god og riktig» organisering. Eksempelvis: På et makronivå kan omgivelsene være Departementet og på et mikronivå kan det være pasientene eller legene.

Legitimitetsproblemer for organisasjoner kan oppstå raskt og truende på grunn av sosiale medier og media generelt. Eksempel: Pasienten som ble sendt hjem fra legevakta og døde. Eller: gammel dame som ikke klarer seg selv, bor alene og ble sendt hjem fra legevakta. Slike hendelser kan fort få medieoverskrifter og bli lenket til sosiale medier som eksempelvis Facebook.

Alle organisasjoner er avhengig av omgivelsene, derfor er det interessant å se på hvordan omgivelsene kan påvirke organisasjonene. Organisasjonene trenger ressurser som arbeidskraft, penger og lignende fra omgivelsene, og man er ofte avhengig av oppslutning og legitimitet fra omgivelsene for å overleve (Jacobsen og Thorsvik, 2013:198).

Det institusjonelle perspektivet setter legitimitet i fokus og viser til hvordan forventningene i omgivelsene kan påvirke hvordan man mener de ulike typer av virksomheter bør organiseres, koordineres, og ledes (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214).

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har en sosial forpliktelse for samfunnet og skattebetalerne om å forvalte offentlige tjenester på en god, trygg og samfunnsøkonomisk fornuftig måte. Dette må innfris for å oppnå legitimitet og det vil si at det er moralsk akseptert av ytre omgivelser.

2.2 Prinsipal-agent-teori:

Denne teorien kan gi en forståelse av hvordan offentlig sektor fungerer, og en bedre innsikt for utenforstående i hva som foregår i den enkelte virksomhet. Hovedpoenget i prinsipal-agent-teorien er at det inngås en kontrakt mellom prinsipalen og agenten, der oppgavene blir å

delegere fra prinsipalen til agenten. Agenten handler og utfører tjenester på vegne av prinsipalen og skal ivareta hans interesser. En kan sammenligne det som et forhold mellom leder og ansatte (Opstad, 2013:255).

I min oppgave er departementet prinsipalen og kommunelegen er agenten. Prinsipalen pålegger agenten gjennom Samhandlingsreformen å bruke ØHD og samarbeide med lis-leger på sykehuset som også er agenter. Hva karakteriserer samarbeidet og samhandlingen mellom legene, og hva er det som påvirker samarbeidet? Prinsipal-agent-teori er en økonomisk teori. Denne teorien kan være hensiktsmessig å bruke dersom en skal beskrive samhandling mellom en utøvende og delegerende myndighet. Dette blir en indirekte samhandling, da begge agentene er styrt av overordna føringer. Teorien prøver å identifisere og forklare problemer som kan oppstå mellom partene som gjennomfører transaksjoner seg imellom.

Problemer kan oppstå når agenten ikke handler ut fra prinsipalens mål og ønsker. Agenten kan ha egne interesser å ivareta, og han har i mange tilfeller informasjonsfortrinn. (Opstad, 2013:256).

Opstad (2013) påpeker at det kan være flere grunner til at prinsipalen og agenten ikke har samme mål og interesser, og dette kan føre til at agenten ikke er lojal og ikke følger opp de føringene som prinsipalen har lagt:

1. Helhetsvurdering: Prinsipalen vektlegger mer de overordnede målene og helhetsvurderingene, og ser de ulike virksomhetene i sammenheng. Prinsipalen har også et mer overordnet ansvar å ivareta. Eksempel: å implementere en ny helsepolitikk som i dette tilfellet er Samhandlingsreformen.

2. Nærhet til brukeren: Agenten som i mitt tilfelle er legen, har nærmere kontakt med brukeren, som i dette tilfellet er pasienten, og legger kanskje mer vekt på de behovene de har. De har ulikt ståsted og i tillegg kan de ha forskjellig faglig bakgrunn. Agenten kan være mer opptatt av sin profesjonsutdanning, mens prinsipalen konsentrerer seg om administrasjonen og har sin styrke der.

3. Egeninteresse: Begge aktørene vil ha egeninteresse. Agenten som i dette tilfellet er legen, kan være opptatt av å realisere egne personlige interesser, som kan være forskning og fagutvikling. Dette kan gi større anerkjennelse og prestisje i eget fagmiljø enn å vektlegge de føringene prinsipalen gir. Prinsipalen er ofte mer opptatt av makt og innflytelse, og å få gjennomført sin mål, som er innføring og etablering av ØHD. Det kan variere i hvor stor grad

agenten handler ut fra egen interesse. Enkelte agenter kan gå ganske langt for å sikre egen vinning, og dette kalles opportunistisk adferd. Eksempel: Det er enklere for kommunelegen å legge pasienten rett inn på sykehus fremfor å bruke en ØHD-seng.

4. Ulik virkelighetsoppfatning: Prinsipalen og agenten opplever ofte at skoen trykker på ulike steder og de blir ikke enige om hva som blir den beste løsningen eller hva som er veien å gå. De har ofte ulik oppfatning om hva som er behovene, hvordan situasjonen er, og hva som må til for å komme videre i måloppnåelsen. Eksempel: Kommunelegen er ute i felten og opplever virkeligheten slik den er og kan bli påvirket av pasienter, pårørende og andre faktorer som tidspress og lignende.

5. Ulik holdning til risiko: Noen liker ikke risiko og de ønsker det sikre og forutsigbare. Når en har en målsetting som det er usikkert om en kan nå, eller hvor det er umulig å si på forhånd hva som kreves av ressurser, kan en reservere seg fra dette. Kanskje prinsipalen eller agenten ikke tørr å satse på nye ting og ønsker å holde seg til det gamle og kjente. Eksempel: Kommunelegen er usikker på kvaliteten på ØHD, og velger derfor å ikke bruke tilbudet.

Noen er villig til å ta en risiko selv om ledelsen er imot dette. Det kan være en lege som har et nært forhold til pasienten og velger å bryte de oppsatte spillereglene for å hjelpe den bestemte pasienten.

6. Målforskyvning: Det kan være nødvendig å justere oppgaver og målsettinger på grunn av endringer som skjer over tid. Noen aktører er mer lojale enn andre eller kanskje har de mer kunnskap om hva som trengs av endringer, og vet derfor hvordan kursen må justeres eller endres.

Det er ikke alltid at alle oppgavene til en virksomhet kan operasjonaliseres, og kvalitet er ikke alltid like enkelt å fange opp ved måleinstrumenter. Dersom en agent blir vurdert ut fra det som er målbart, kan det skje en forskyvning fra det kvalitative til det kvantitative. I offentlig virksomhet er det mange prinsipaler og agenter samtidig. En prinsipal kan ha flere agenter under seg, og det kan være agenter som ikke nødvendigvis taler med bare èn tunge eller går i takt. Eksempel: Det kan være ulikt fra kommune til kommune hvor mye ØHD-tilbudet blir brukt, dette er målbart. Det er vanskeligere å måle kvaliteten på tilbudet.

Hvis agenten gjør en dårlig jobb og ikke følger instruksene, vil dette være en kostnad for prinsipalen. Dette kaller vi for resttap. Resttap er de kostnadene som blir påført prinsipalen fordi agenten handler på en annen måte enn hva prinsipalen ville ha gjort i samme situasjon og med samme informasjonsgrunnlag. Kostnadene vil komme til uttrykk i form av lavere måloppnåelse. Ett eksempel er hvis kommunelegen velger å henvise pasienten til sykehus av bekvemmelighetsgrunner selv om pasienten er kandidat for et ØHD-tilbud. Målet for prinsipalen, som her er departementet, er å dempe antall innleggelser i sykehus og behandle pasienten på laveste effektive omsorgsnivå og ØHD er et virkemiddel for å oppnå dette. For at ØHD skal kunne avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn ved ØHD-tilbud i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn på sykehus.

Prinsipalen har behov for å kontrollere det agenten foretar seg. Dette kan skje i form av retningslinjer, kontroller og instruksjoner. Siden prinsipalen kan ha manglende informasjon, kan styringen gi uheldige virkninger, noe som kan føre til redusert handlefrihet til agenten, eller agenten kan oppleve at prinsipalen legger hindringer i veien slik at det kan bli vanskelig å utføre oppgavene i samsvar med intensjonen. Dette vil også føre til at kostnadene øker. Den økte ressursbruken som prinsipalens styring medfører, kalles styringskostnader. Nå skal det også nevnes at legene har stort handlingsrom til å utføre jobben sin.

Eksempel: Kommunelegen følger ikke retningslinjene for innleggelse i sykehus. Hvor mange kontrolltiltak, som igjen vil gi økte styringskostnader, er prinsipalen villig til å iverksette for å kontrollere at kommunelegen følger retningslinjene?

Prinsipalen kan styre agenten ved hjelp av incentivordninger. Dette kan være virkningsfullt hvis det er fordelaktig for agenten. Dette vil jeg komme nærmere inn på senere ved hjelp av forventningsteori og motivasjon.

Når en styrer en virksomhet blir det en avveining mellom ønsket om å senke resttapet og de kostnadene et slikt tiltak krever. Summen av prinsipalens styringskostnader og resttap kalles agentkostnader.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, helsetjenester, kommunale tjenester til eldre og funksjonshemmede, helselovgivning og deler av sosiallovgivningen i Norge.

Grunnen til at jeg velger å studere Samhandlingsreformen og bruken av ØHD opp mot prinsipal-agent-teorien er at reformen omfatter et nettverk av prinsipaler og agenter som er

knyttet til hverandre gjennom avtaler, lovverk og økonomiske incentiver. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er begge agenter for departementet, kommunelegene er også agenter for kommunene. Det som skiller kommunelegene fra andre øvrige helsearbeidere i kommunen og sykehus er at de er privat organisert. Dette kan gi særlige utfordringer opp imot det som omtales som agentproblemet i prinspal-agent-teori. Helseforetakene er prinsipaler for legene på sykehuset som igjen er agenter for sine ledere.

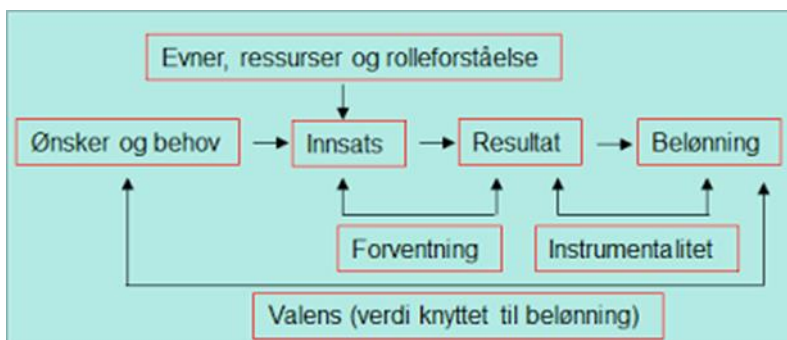
2.3 Forventningsteori

I analysen vil forventningsteorien hjelpe meg til å forstå hvorfor legene handler som de gjør og hva som kan motivere dem til å gjøre jobben sin og samarbeide. Den vil også hjelpe meg til bedre å forstå hvorfor agentproblemet oppstår i prinspal-agent-teorien. I dette avsnittet bruker jeg forventningsteori slik denne blir forklart i Jacobsen og Thorsvik (2016:248-273)

Det eksisterer mange teorier om hva som motiverer mennesker. Forventningsteori er opptatt av hva organisasjonen kan gjøre for å skape motivasjon. Den handler i hovedsak om hvordan organisasjonen kan bruke ulike belønningssystem til å skape motivasjon.

Det antas i forventningsteori at motivasjon og vilje vil oppstå når en person forventer at det er mulig å oppnå en belønning som en ønsker seg. En kan si at motivasjon er resultat av mulig belønning.

Sentrale elementer i forventningsteori:



Figuren er hentet fra Jacobsen og Thorsvik (2016:249) og hovedpoengene med figuren er:

Belønning må være noe en ønsker seg og begrepet «valens» beskriver styrken i en persons ønske.

Forventning handler om at personen må ha tro på at det finnes en sammenheng mellom innsats og resultat og at man har mulighet til å nå resultatet som gir belønning. Dette kan være

problematisk og blir påvirket av den enkeltes evner, ressurser og rolleforståelse. Det kan for eksempel være at en ikke har evner eller ressurser til å oppnå det resultatet som gir belønning. Eksempel: Legevaktslegen kan være en turnuslege med lite erfaring og er usikker på seg selv og synes det er tryggere å sende pasienten til sykehus fremfor å legge pasienten i en ØHD-seng.

Med begrepet «instrumentalitet» menes personenes tro på at det å oppnå et spesielt resultat vil føre til ønsket belønning. Hvis en eksempelvis opererer med resultatavlønning i forhold til antall innleggelser i ØHD, kan en tenke seg til at dette kan motivere kommunelegen/legevaktslegen til å henvise pasienter til ØHD.

Forventningsteori bygger på en motivasjonsformel der valens multiplisert med instrumentalitet vil avgjøre motivasjonen.

Motivasjonsformelen i forventningsteori hentet fra Jacobsen og Thorsvik (2016:250):

$$\text{Valens (Verdi knyttet til belønning)} \times \text{Instrumentalitet (forventning om at det man gjør vil føre til belønning)} = \text{Motivasjon}$$

«Valens» står sentralt i forventningsteori, og det betyr at en ikke kan forvente at mennesker vil yte noe ekstra for noe en ikke er interessert i. Det viktigste blir da å finne ut hva den enkelte ønsker seg for å oppnå et effektivt belønningssystem (Jacobsen og Thorsvik, 2013:249-250). Eksempelvis kan en tenke seg til at en legevaktlege på vakt ikke vil ønske å gi seg selv mer arbeid uten å få belønning for det.

For å finne ut hva som motiverer legene til å handle slik de gjør vil jeg trekke inn Maslow sin behovsteori.

Maslow argumenterer for at alle mennesker har fem grunnleggende behov:

- 1) **Fysiologiske behov** som sult, tørst, søvn osv.
- 2) **Sikkerhetsbehov** som handler om fysisk og følelsesmessige sikkerhet.

3) **Sosiale behov som vennskap**, tilhørighet i sosiale grupper og følelsesmessige bånd til andre mennesker.

4) **Behov for anerkjennelse** for eksempel i form av status og prestisje.

5) **Behov for selvrealisering** handler om hvordan den enkelte får utnyttet evnene sine og realisert sitt potensiale.

Disse behovene vil motivere til å handle for å tilfredsstille/dekke de ulike behovene. (Jacobsen og Thorsvik, 2013:251). Eksempel: Hvis en lis-lege opplever en kommunelege som lite samarbeidsvillig og uhøflig i telefonen, da kan det kanskje skyldes at han er trøtt og sulten.

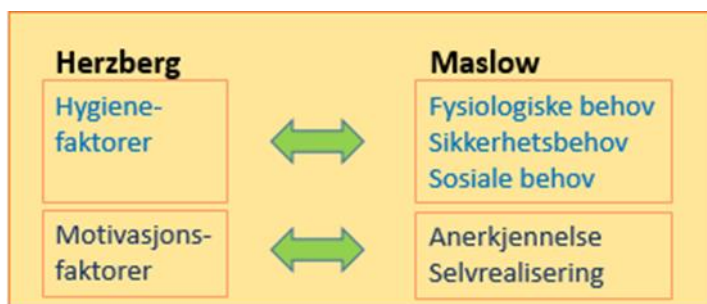
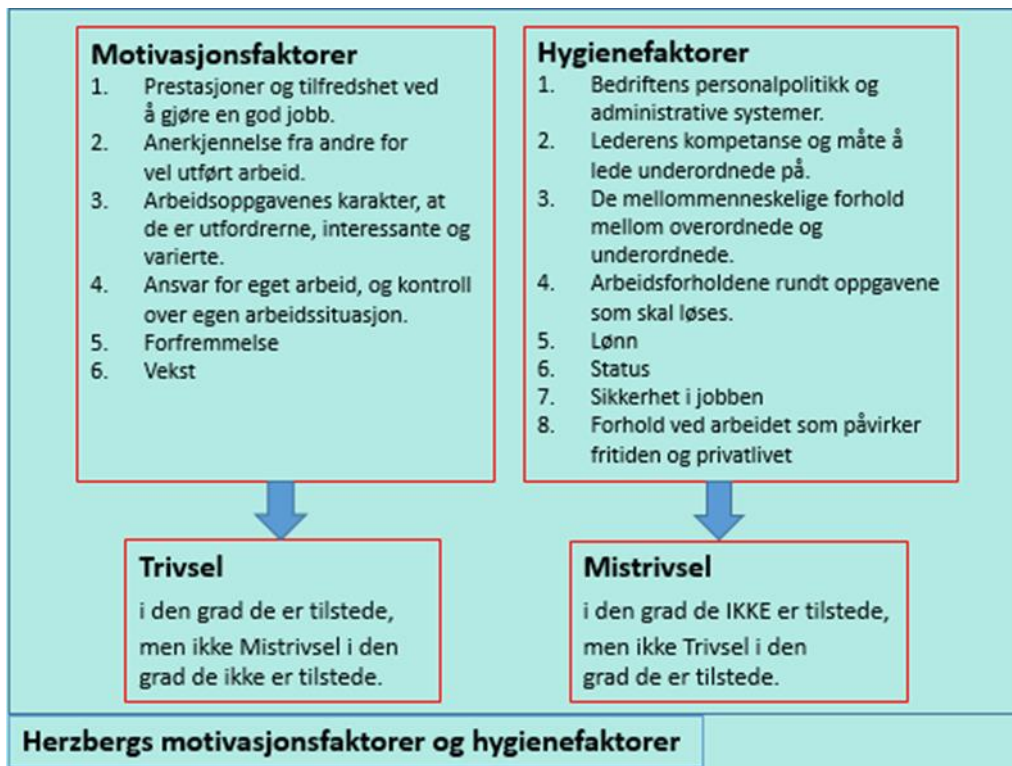
Videre vil jeg presentere et bidrag fra Frederick Herzberg, som har lagt grunnlaget for moderne tenkning om motivasjon og kan sammenlignes med Maslow sin behovspyramide.

Herzbergs tofaktorteori

Herzbergs tofaktorteori handler om faktorer som fremmer tilfredshet og skaper mistrivsel på en arbeidsplass. Den første kalles motivasjonsfaktorer fordi den motiverer de ansatte til bedre ytelse. Den andre blir kalt hygienefaktorer og den tar for seg arbeidsmiljøet, og disse faktorene genererer ikke trivsel ved å være til stede, men mistrivsel dersom de mangler. På samme vis kan en si at mangel på motivasjonsfaktorer ikke fører til mistrivsel, men at de skaper trivsel hvis de er tilstede. (Jakobsen og Thorsvik, 2013:260-261)

Det er viktige faktorer som kan påvirke de ansatte (legene) til å gjøre en god eller dårlig jobb. Det handler om trivsel på arbeidsplassen, noe som igjen vil påvirke motivasjonen til de ansatte. Disse faktorene kan påvirke samarbeidet mellom lis-legene og kommunelegene.

Figuren er hentet fra Jacobsen og Thorsvik (2016:261)



Sammenheng mellom Herzberg og Maslow.

2.4 Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser.

Først vil jeg presentere en definisjon på samarbeid:

«Samarbeid er utøvd på uformell ad-hoc-basis med utgangspunkt i individnivå. Samarbeid har i seg ønsket om- og troen på bedre å kunne oppnå mål i felleskap enn hver for seg, men det har innebygd et konfliktpotensiale. Samarbeid søkes ut fra egeninteresse og er i utgangspunktet tuftet på tillit og interessefellesskap. Det har en varighet som er avhengig av hver sak. Innsatsen er ment å være målrettet og antatt å ha et nytte-/hyggeaspekt for aktørene.

Det gir mulighet for å opparbeide kontaktnett, antas å øke muligheten for å lykkes med arbeidsoppgaver og har et læringspotensiale i seg» (Zahl, 2000:48).

Samarbeid søkes som nevnt i definisjonen ut i fra egeninteresse. Dette komplementerer agentproblemet i prinsipal-agent-teorien, hvor agenten kan handle ut i fra egeninteresse. Skal det oppstå samarbeid bør det finnes egeninteresse, og her kan forventningsteorien koples inn med hva som motiverer.

Jeg vil videre presentere to perspektiver på samarbeid og se på premisser for samarbeid og samhandling mellom enheter i offentlig sektor, som i dette tilfellet er kommunen, representert ved kommunelegen og spesialisthelsetjenesten ved lis-legen. Kapitlet bygger i hovedsak på Knudsen (2004).

Begrepsavklaring:

Interorganisatorisk koordinering blir ofte brukt i faglitteraturen om fenomener som samarbeid, nettverksbygging, samhandling, kommunikasjon og kontakt m.m mellom organisatoriske enheter.

Kapabilitet er kombinasjon av kompetanse og kapasitet, det som trengs for å mestre oppgavene.

I følge Knudsen bør en ha med seg at teorien bare gir anbefalinger og påpeker momenter som anses som viktig for å lykkes med samarbeid, men ikke en detaljert oppskrift på samarbeid. Det er avgjørende at en har tillit mellom partene og mulighet til reell nytte av samarbeidet. Klarer man ikke å opprettholde et tillitsforhold, kan samarbeidet bli kostbart, ineffektivt og kjedelig (Knudsen, 2004:19-25).

Utvekslingsperspektivet:

Dette kan kanskje sies å være det mest sentrale perspektivet på interorganisatorisk koordinering. Tjeneste byttes mot tjeneste eller mot penger/ressurser. Enheten erkjenner gjensidig avhengighet, og ut fra ønske om å realisere sine mål søker en fram til enighet om en fornuftig oppgavefordeling. Dette vil være en nødvendig betingelse for utveksling av tjenester eller for å få økonomisk verdi.

På den ene siden kan enheten være redd for at samarbeidet kan føre dem til et avhengighetsforhold, men på den andre siden kan en være interessert i å unngå usikkerhet og ønsker å forhandle seg fram til forutsigbare interorganisatoriske relasjoner.

Samarbeidet er også avhengig av politiske og økonomiske rammebetingelser og ikke bare av positiv innstilling til samarbeid.

Enheter som skal lykkes i samarbeidet må ha muligheter til å arbeide seg fram til samhandlingsprosesser som vil styrke båndene i nettverket. Enhetene må også ha et minstemål av makt, ressurser og forhandlingsposisjon for å lykkes. De må ha noe de andre enhetene er interessert i.

Utvekslingsperspektivet forutsetter at partene har behov for å ta imot, samtidig at de har noe å gi. Hvis det bare dreier seg om en transaksjon må det være en gjensidig fordel for begge parter for at frivillig utveksling skal finne sted.

Det er mindre sannsynlig for et tett samarbeid jo mindre avhengig partene er av hverandre.

Når enhetene står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre og når ressursene som utveksles er viktig for begge parter, da har en gunstige betingelser for samarbeid (Knudsen, 2004:26-32).

Mandatperspektivet:

Mandatperspektivet handler i følge Knudsen (2004) om at; mandatperspektivet blir viktig når en høyere instans griper styrende inn for å styrke koordineringen mellom underordnede enheter. Noen ganger tilsier overordnede forhold at samhandling bør finne sted, selv om enhetene ikke ser at de har noe fordel av det. Det kan i slike tilfeller bli nødvendig at den overordnede myndighet etablerer et mandat for samarbeid. eksempel: Samhandlingsreformen pålegger kommunen og spesialisthelsetjenesten å samarbeide.

Enheter som ikke har noe avhengighetsforhold, men som kan ha en felles ressursavhengighet kan best koordineres gjennom standardisering. I denne sammenheng kan en se på mandatperspektivet som en forlengelse av utvekslingsperspektivet, hvor den overordnede instans selv går inn som part i saken. Mandatgivende myndighet står relativt sterkt i spørsmål om standardisering, fordi gjennomføringen er lett å kontrollere.

Det typiske mandattilfelle kan være når en høyere myndighet ser behov og muligheter for totalforbedring gjennom koordinering og samarbeid.

Det kan være ulike årsaker til «vegring» mot mandat fra underordnede enheter. En grunn kan være at samarbeid kan være ressurskrevende. Det kan også være nok at kravet kommer ovenfra og dette i seg selv kan skape motstand. Oppfatter enhetene at investeringskostnadene ikke står i rimelig forhold til hva de får igjen, kan det i noen tilfeller være enkelt å sabotere eller trenere overordnede forsøk på utvidet samhandling. Eksempel: Manglende incentivordninger. Legen får ikke noe ekstra for å henvise pasienter til ØHD, men kan isteden for påføre seg mer arbeid, fordi det blir hans ansvar og følge opp disse pasientene.

Det er viktig å reflektere over at; ved siden av makt kan også legitimitet, sympati og profesjonelle standarder spille inn, dette er faktorer som savnes i mye av litteraturen.

De fleste sektorer har mulighet til å øke totalresultatet gjennom en mer effektiv interorganisatorisk koordinering (Knudsen, 2004:33-40).

Premisser for samarbeid

Knudsen (2004) presenterer tre kriterier for å lykkes med samarbeid: Domenekompatibilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet og mandatkompatibilitet. Her vil jeg gjøre rede for disse tre kriteriene, og hvordan jeg tror de kan hjelpe meg i analysen til å forstå hvorfor legene lykkes/mislykkes med samarbeidet dem imellom og hvilke faktorer som påvirker dette samarbeidet.

Domenekompatibilitet:

Domenebegrepet er relevant i minst tre forskjellige sammenhenger i forbindelse med interorganisatoriske koordinering. Domenebegrepet kan brukes om den enkelte enhets funksjon, tjeneste, klientgruppe og geografisk plassering. Vi kan også bruke domeneavklaring som refleksjon om enhetens deling av arbeidsoppgaver som et kompromiss eller forhandlingsresultat. Begrepet interorganisatorisk domene kan også definere et problemområde av felles interesse for flere enheter, som av den grunn er interessert i en annen grad av koordinering.

For mange offentlige organisasjoner er det viktig å forsvare å utvide eget domene. I beste fall vil organisasjonene gjøre en god jobb, økonomisere og utveksle ressurser med andre enheter for å ivareta domeneinteresser. De vil også kunne bruke politiske midler, søke ekstern støtte og noen ganger ty til negative strategier for å forsvare hva de oppfatter som legitim interesse. Hvis flere organisasjoner gjør dette samtidig kan det oppstå konkurranse og konflikt, snarere enn samarbeid.

Dersom enhetene har fullstendig sammenfallende domener, vil dette innebære konkurranse. Utøver to eller flere de samme funksjonene på sammen geografiske område overfor de samme klientgrupper og på samme tid, vil dette føre til at de motarbeider og konkurrerer med hverandre. De vil også ha lite å tilby hverandre fordi de mest sannsynlig har lik tilgang til ressurser.

Enheter som ikke har noe form for domeneoverlapping vil på den andre siden ha svært lite å tilby hverandre. Dette er enheter som ikke har noe felles hverken i tid, rom eller funksjoner, kompetanseområder eller klientgrupper.

Den mest interessante kategorien er enheter med delvis overlappende domene. Disse enhetene kan utfylle og utnytte hverandres kompetanse. Dette kan skje gjennom å betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig, og det kan dekke de samme geografiske områder.

Første betingelse for et godt samarbeid er at det må være nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de ulike enhetene. Dette er det som forstås som domenekompatibilitet.

Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet:

Forutsatt at en har delvis overlappende domene og mulighet for samarbeidsgevinst, da er domenekompatibilitet den neste betingelsen for at partene skal ha kompatible ideologier og kompatible kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre.

Ideologisk kompatibilitet kan være syn på hva som er gode behandlingsformer og arbeidsmåter. Det kan være oppfatning av hva enheten står for og hva andre enheter står for.

Kvalitetsmessig kompatibilitet er partenes vurdering av hverandres faglige prestasjonsnivå. Dette innebærer at ikke bare enheter med topp kompetanse og faglig nivå kan samarbeide. Det som er viktigere er at enheter som skal samarbeide, bør ha et nokså likt kvalitetsnivå, i det

minste at de har respekt for hverandres arbeid. Det er også slik at enheter som har sympati for hverandres ideologi også har lettere for å akseptere hverandre ut fra kvalitetsmessige kriterier.

Positive vurderinger i forbindelse med interorganisatoriske koordinering har med legitimitet å gjøre. I dette tilfellet forstått som å snakke fritt med hverandre og kommunisere effektivt og ikke minst oppfatte signaler (Knudsen, 2004:44-46).

Tillit og respekt blir viktig. Knudsen (2004) mener at tillit mellom partene og muligheten for reell nytte av samarbeid er avgjørende komponenter.

Mandatkompatibilitet:

Dersom man har en viss grad av domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, da har en viktige betingelser til stede for å få til et samarbeid. Likevel er ikke dette alltid nok for å få til samarbeid. Når dette er tilfellet og særlig hvis de potensielle samarbeidsgevinstene er åpenbare og synlige, kan det noen ganger være ønskelig eller påkrevd med et påtrykk eller mandat, eksempelvis Samhandlingsreformen. Jeg har tidligere tatt for meg mandatperspektivet og satt det i relasjon til utvekslingspotensial.

Mandatet kan realiseres gjennom å gi en av enhetene eller overordnede instans plikt og rett til å kontrollere at koordinering finner sted, gjennom planlegging eller direkte styring. Mandatet kan også komme i form av juridisk binding. En forutsetning for at overordnet instans skal få til dette er at en er avhengig av å ha den nødvendige autoritet for å få gjennomslag. En bør også ha noe å tilby for at enheten skal medvirke til større koordinering, en bør også ha legitimitet og ha delvis økonomisk juridisk makt.

Legalt mandat alene kan være for svak påvirkning til samhandling, hvis det ikke er forankret enighet mellom partene og også gjerne nedfelt i arbeidsrutiner og felles verdigrunnlag (Knudsen, 2004:46-50)

Knudsen understreker at den mest grunnleggende forutsetningen for å lykkes med interorganisatorisk koordinering er at det må eksistere et behov for det. Det må være nyttig å samarbeide.

Teorien peker på en del strukturelle betingelser og forutsetninger, men for å lykkes med samarbeid i praksis kreves det god ledelse, god organisasjonskultur, vilje og evne (Knudsen, 2004:70).

3.0 METODE

Forskningsdesignet med valg av metode, datainnsamling og analyse skal bidra til at jeg klarer å innhente og sortere empiri til å svare på mitt forskningsspørsmål.

Metode er viktig for å oppnå et godt og troverdig resultat. Her vil jeg redegjøre for hvordan jeg har tenkt å hente inn data for å belyse problemstillingen min. Først tar jeg for meg en teoretisk tilnærming, etterfulgt av mitt valg og utførelse av metode.

Empiri er informasjon eller opplysninger om faktiske forhold i samfunnet, som bygger på våre erfaringer om disse samfunnsforholdene. Denne erfaringsbaserte informasjonene får vi ved hjelp av ulike sanser. Vi kan derfor si at empiri er informasjon om faktiske forhold som er basert på sanseerfaring (Grønmo, 2004:33).

Ved vitenskapelige studier foregår behandlingen av empirien på en systematisk måte. Det vektlegges å finne empiri som er relevant for problemstillingen som skal belyses. De empiriske opplysningene utgjør de empiriske data. Det skilles mellom kvalitative data som uttrykkes i tekst eller bilder, og kvantitative data som ofte fremstår som tall eller mengdeterner (Grønmo, 2004:33). Kvalitative metoder ønsker å gå i dybden, mens kvantitative metoder vektlegger utbredelse og tall (Thagaard, 2013).

Et design er en plan eller skisse for hvordan undersøkelsen kan legges opp. Prosjektets design beskriver hvordan forskeren har tenkt å utføre prosjektet (Thagaard, 2013:54). I forkant av studiet har jeg utarbeidet en prosjektskisse og en framdriftsplan for å vise studiens målsetting og fremgangsmåte, og for å belyse problemstillingen.

Forskningsdesignet mitt er beskrivende og fortolkende. Med bakgrunn i problemstillingen min og innsamlet data har jeg prøvd å få en mer helhetlig forståelse av det jeg har studert. Jeg har belyst hvordan legene i kommunen og legene på sykehuset opplever samarbeidet dem imellom når det gjelder pasienter som innlegges akutt i sykehus kontra bruken av ØHD-senger. Dette gjør jeg ved å benytte kvalitativ metode i en fenomenologisk/- hermeneutisk tilnærming.

Fenomenologi belyser den subjektive opplevelsen av det som utforskes. Det er informanten sin egen opplevelse av fenomenet som legges til grunn for analysen (Grønmo, 2004:372). Ved

å ta utgangspunkt i den subjektive opplevelsen til informanten prøver jeg å få en forståelse av den dypere mening i enkeltpersonens erfaringer og opplevelser (Thagaard, 2013:40).

Jeg har latt leger i spesialisthelsetjenesten og leger i kommunehelsetjenesten fortelle om sine erfaringer om samarbeidet dem i mellom og hvordan de opplever dette. Det har også vært nyttig for meg å ta utgangspunkt i mine egne erfaringer og opplevelser som sykepleier i akuttmottaket hvor jeg jobber tett sammen med lis-leger. Grønmo (2004:373) påpeker at det er viktig å være bevisst på at egne erfaringer ikke er for framtrede eller dominerende. Dette har jeg vært bevisst på ved at jeg har prøvd og la informantene snakke fritt uten å avbryte dem. Jeg har også vært på vakt mot mulige fordommer og lagt vekt på å tone ned forutinntatte oppfatninger av informantene eller deres handlinger.

For å både forstå og komme tettere inn på de transkriberte intervjuene har jeg valgt en hermeneutisk metode. Hermeneutikken prøver å fortolke folks handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Thagaard (2014) beskriver dette som «tykke» beskrivelser som inneholder meningsaspekt. «Tynne» beskrivelser gjengir bare det som observeres.

Hermeneutikken legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at ting kan tolkes på flere nivåer. Vi må forstå delene i lys av en helhet (Thagaard, 2014:41).

Jeg har en for-forståelse av fenomenet som jeg studerer gjennom erfaringer i jobben min, og dette prøver jeg å utnytte som et viktig grunnlag for min forståelse av informantene og deres handlinger og for min fortolkning av handlingenes mening. Jeg har også prøvd å tolke informantene sine erfaringer gjennom teori, og annen forskning.

3.1 Kvalitativ Metode

Kvalitative studier har som mål å forstå sosiale fenomener på bakgrunn av data om personer og situasjoner. Kvalitative studier kan derfor være en hjelp til å forstå virkeligheten slik den oppfattes av de personer som forskeren studerer (Thagaard, 2013:17). Dette samsvarer med mitt ønske om å få tak i legenes opplevelser av samhandling og samarbeid og mitt ønske om å gjennomføre en empirisk undersøkelse.

Jeg har ønsket å oppnå en dypere forståelse av hvordan samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunelegene fungerer og om- og hvordan ØHD-sengene ut fra dette blir brukt eller ikke. Dette er av en sånn kompleks grad at kvalitativ metode blir mest hensiktsmessig. Et kvalitativt design gir muligheten for å oppnå et helhetlig bilde og en bred forståelse av den samfunnsmessige sammenhengen jeg studerer.

For å besvare problemstilling min best mulig har jeg valgt dybdeintervju som metode. Dette fordi intervju er en god metode til å få informasjon om hvordan personer som intervjues opplever og forstår seg selv og sine omgivelser (Thagaard, 2013:95). Målet med intervjuet er å få fram rike beskrivelser der informantens egne ord skaper bildene.

Intervjuet bør også ha som mål, i tillegg til å hente inn relevant kunnskap, at det skal oppleves som konstruktiv erfaring for både informant og forsker. Det vil med andre ord være en positiv erfaring for alle som er involvert og der informanten får en følelse av å ha bidratt med nyttig kunnskap (Malterud, 2011).

I intervjusamtaler kan en få et bra utgangspunkt om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over sin situasjon. Historisk sett har kvalitative studier ganske lang tradisjon i Norge, noe som kan føres tilbake til Eilert Sundt (Thagaard, 2013:12).

3.2 Utvalg av informanter

Jeg har intervjuet to medisinske leger i spesialisering (lis-leger) på sykehus og fire kommuneleger fra kommunene. Disse to gruppene har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiv (Thagaard, 2013:60).

Kommunelegen henviser pasienten til ØHD-sengene og til sykehuset. Lis-legen på sykehuset tar imot henvisninger fra kommunelegen om pasienter som skal innleggelse på sykehus. Kommunelegen skriver et innleggesskriv og skal ringe lis-legen for å informere om innleggelsen. Gjennom denne samtalen har lis-legen mulighet til å komme med råd og veiledning til kommunelegen. Det hender at kommunelegen ombestemmer seg etter å ha diskutert med lis-legen og pasienten blir lagt inn på ØHD fremfor på sykehus, eller at pasienten kanskje ikke behøver innleggelse på noen av stedene.

Det er gjennom dybdeintervju jeg vil prøve å få tilgang på kunnskap om hvordan de samarbeider og da blir det nærliggende å intervju dem om hvordan de opplever samarbeidet seg imellom.

Jeg har valgt å intervju både leger fra kommunen og fra sykehuset får og få belyst saken fra begge sider.

Lis-legene kommer fra et sykehus på Vestlandet, som er det største sykehuset i dette fylket, og har flest innleggelse. Det er lis-legene ved dette sykehuset som bestemmer hvilket sykehus pasienten skal «rutes» til og tar imot innmelding av innleggelse.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å ha med kommuner som ikke var tilknyttet den interkommunale legevakta, men etter å ha intervjuet lis-legene på sykehuset og det viste seg at de hadde mange meninger om den interkommunale legevakta, fant jeg ut at jeg måtte ha med to kommuner derfra. Da ble det to leger fra to ulike kommuner som er tilknyttet den interkommunale legevakta og to leger fra en enkeltstående relativt stor kommune på Vestlandet.

To av kommunelegene kommer fra samme kommune og de har to ØHD-senger på sykehjemmet i kommunen, og de har sykepleiere med utvida kompetanse i forhold til akutte funksjoner og intravenøs behandling, smertebehandling og palliasjon. ØHD-driften i denne kommunen startet 1.januar 2016.

De to andre kommunelegene kommer fra to ulike kommuner som begge hører til under en interkommunal legevakt som per i dag drifter fire ØHD-senger. De har en lege som har ansvar for ØHD-sengene og en lege som har ansvar for legevakt, slik at de alltid er to leger på vakt. Også her startet ØHD-driften 1. januar 2016.

I en kvalitativ studie handler det ofte om personlige og nærgående temaer, og det kan derfor være vanskelig å finne personer som er villige til å stille opp som informanter. Det å finne personer som er villige til å stille opp som informanter kaller vi et tilgjengelighetsutvalg. Dette vil si at utvalget er strategisk ved at informantene innehar de egenskapene som er relevante for problemstillingen, men fremgangsmåten for å velge ut informanter er basert på tilgjengelighet (Thalgaard, 2013:61).

Det var ikke vanskelig å få informanter fra sykehuset, da jeg kjenner dette miljøet godt etter å ha jobbet der i flere år. Jeg sendte en forespørsel til en av lederne for de medisinske lis-legene og hun formidlet dette videre og fikk raskt to erfarne lis-leger til å stille opp som informanter for meg. Det at jeg kjente informantene som arbeidskollegaer førte til at jeg oppnådde en større innlevelse og forståelse som bidro til at jeg utvikle god kontakt.

De erfaringene jeg har fra miljøet kan gi grunnlag for gjenkjennelse og kan bli et utgangspunkt for den forståelsen jeg etter hvert kommer frem til. Tolkningen kan utvikles i relasjon til egne erfaringer (Thalgaard, 2013:206-207).

Det kan også være en ulempe at jeg har en relasjon til legene, da de kanskje kan la seg lede til å gi de svarene som de tror jeg vil ha. For å unngå dette stilte jeg åpne spørsmål og lot dem få snakke fritt uten at jeg avbrøt dem. Jeg informerte også i begynnelsen av intervjuet at det var deres meninger og oppfatninger jeg var ute etter, og håpet at de ville svare så oppriktig og ærlig som mulig. Målet er at informantene ikke skal påvirkes til å svare på spørsmålene ut fra hva de tror forskerens verdier og synspunkter er i saken (Thagaard, 2013:115). Kjennskap til miljøet kan føre til at jeg kan overse det som er forskjellig fra egne erfaringer, og jeg kan bli mindre åpen for nyanser i de situasjonene som jeg studerer (Thalgaard, 2013:206). Helt optimalt blir det ikke, for uansett hvor åpen forskeren er, vil intervjuet preges av relasjonen mellom informant og forsker. Dette blir viktig for meg å reflektere over i analysen for å oppnå validitet.

I kommunene kjente jeg ikke miljøet like godt. Jeg sendte ut e-post til daglig leder av de respektive legekantorene i kommunene, hvor jeg fortalte hvem jeg er og presenterte forskningsprosjektet mitt på en god måte. Lederen videreformidlet dette til de ansatte legene og de som var interessert tok selv kontakt med meg. Det er en fordel at informantene er interessert i prosjektet mitt da de mest sannsynlig kan bidra til mer informasjon og fyldigere data. Kontakten med informantene gikk over e-post eller per telefon, hvor avtaler om gjennomføringen av intervjuet (tid og sted) ble avklart mellom informant og forsker.

Jeg sendte også ut informasjonsskriv om prosjektet mitt og samtykkeerklæringskjema til legene på sykehuset som stilte opp som informanter, slik at de også fikk en grundig innføring i dette og kunne forberede seg. Jeg avtalte muntlig med lis-legene om gjennomføringen av

intervjuet og de fikk gjennomføre dette i arbeidstiden sin. Intervjuene ble gjennomført uforstyrret på informantenes arbeidsplass.

3.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervju

En viktig del av datasamlingene er å utarbeide en intervjuguide.

Jeg valgte et delvis strukturert intervju da jeg ikke ønsket å legge for mange føringer og heller ikke påvirke for mye. Temaene jeg spurte om er i hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene kunne bestemmes underveis. Dette vil si at spørsmålene er laget på forhånd, men rekkefølgen er ikke fastsatt og jeg legger opp til åpne svar. Det jeg ønsket var å få fram så mye variasjon og dybde som mulig (Thagaard, 2013:99).

Jeg prøvde å lage en intervjuguide som inneholdt tema og gode spørsmål, og som kunne få fram- og belyst problemstillingen min. Jeg hadde også underspørsmål/oppfølgingsspørsmål for hvert tema for å få belyst temaene på ulike måter. Det var viktig at jeg tenkte over relevansen av spørsmålene og hva jeg ønsket å oppnå med temaene (Thagaard, 2013:101-102).

Intervjuguidens struktur var logisk oppbygd, det vil si at temaene henger sammen og ikke er løsrevet fra hverandre.

Temaene var strategisk oppbygd, og jeg starter med nøytrale tema som; Når var du ferdig utdannet lege? Hvor lenge har du jobbet på arbeidsplassen? Tidligere arbeidserfaringer?

Etter hvert gikk jeg over til mer fagretta spørsmål. Jeg avsluttet med å åpne opp for tema som informanten vil ta opp, dette for å få et enda bredere perspektiv eller kanskje få fram elementer som jeg ikke hadde tenkt på som relevante.

Jeg introduserte temaene jeg vil ha besvart, og det var viktig at disse var utledet fra problemstillingen, slik at jeg fikk svar på det jeg lurte på. Jeg hadde ett hovedspørsmål og flere oppfølgingsspørsmål til hvert tema. Oppfølgingsspørsmålene blir viktige for å få mer nyansert informasjon om temaene. Eksempelvis: Kan du si noe mer om...?, fortell mer om...?, på hvilken måte...?, hvordan opplever du...?, er det meningen at...?, hvordan tenker du...? Hvis jeg ikke helt forstod hva informanten mente, spurte jeg om de kunne gi et eksempel (Thagaard, 2013:101).

Jeg jobbet grundig med intervjuguiden og testet den ut på en testperson (pilotintervju). Etter dette pilotintervjuet justerte jeg noe på oppbyggingen og spørsmålene i guiden. Jeg måtte også justere spørsmålene litt underveis for å få mer utdyping av enkelte fenomen. Jeg opplevde til slutt at jeg fikk frem en god og fleksibel intervjuguide der jeg fikk frem informantens sin stemme.

Jeg brukte lydopptak under alle intervjuene, men var forberedt på at jeg måtte notere hvis det var noen som ikke ønsket lydopptak. Alle informantene samtykket til lydopptak. I tillegg til lydopptaker hadde jeg mobilen min som «backup».

Intervjuene ble gjennomført i november/desember 2016, og hvert intervju hadde en varighet på ca. 1-1,5 time.

I tråd med hva metodelitteraturen (Thagaard, 2013) prøvde jeg å smile, nikke og virke oppriktig interessert i det som ble fortalt, uten å ta for mye plass, dette for å virke tillitsvekkende og engasjerende (Thagaard, 2013:112). Dette kan føre til at informanten er villig til å bidra med mer og gi fyldigere data. Mitt inntrykk var at alle informantene var oppriktig interessert, og jeg synes det var interessant og spennende å lytte til dem. Tiden gikk fort og problemet var å holde tidsskjema, for alle informantene hadde mye de ville fortelle.

Det kan være vanskelig å vite om det informanten forteller under intervjuet kan være preget av relasjonen til forskeren. Dette vil være en utfordring ved metoder hvor mennesker studeres. Det blir derfor nødvendig å reflektere over om forskeren kan ha påvirket de data vi får gjennom denne metoden (Thagaard, 2013:115).

Jeg hadde to informanter fra sykehuset som jeg jobber sammen med og da presiserte jeg at det er viktig at de svarer ærlig og at det var deres mening om temaet jeg var interessert i, dette for å gjøre forskningen mer troverdig.

Jeg passet også på at informantene fikk litt pause i løpet av intervjuet, dette for å gi tid til å reflektere over informasjonen (Thagaard, 2013:103).

Jeg prøvde å være obs på at jeg ikke stilte for ledende spørsmål, da dette kan føre til at en påfører informanten meninger.

Jeg transkriberte fortløpende etter hvert intervju. Det er viktig at en gjør dette selv for å få økt forståelse og komme «under huden» på intervjuet (Thagaard, 2013:112).

Transkripsjon blir første analyse der forskeren sorterer, reflekterer og kommenterer intervjumaterialet.

Ved å la informanten snakke uten å bli avbrutt, selv om jeg synes at han snakket litt utenfor spørsmålet, oppdaget jeg at jeg fikk enda mer fyldig informasjon og til og med informasjon som jeg ikke hadde tenkt på som nyttig. Dette oppdaget jeg ikke før jeg transkriberte.

Jeg opplevde at intervjuene var preget av tillit og jeg følte meg trygg i intervjusituasjonen. Min opplevelse av informantene var at de var engasjerte i temaene og at de ikke hadde noe problem med å uttrykke seg om dette. Det var heller ingen forskjell mellom lis-legene eller kommunelegene i hvordan de uttrykte seg, så jeg opplevde ikke at min relasjon til lis-legene hadde noe vesentlig betydning for informantens svar.

3.4 Analyseprosessen

Den kvalitative forskningen bruker ulike tilnæringer til analysen av det empiriske datamaterialet, men felles for de alle er at de har en fortolkende tilnærming. «*Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet*» (Malterud, 2011:91).

Analysen skal være sporbar og anerkjenne systematikk og det stilles strenge krav til denne.

I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i Malteruds (2011) analysemetode som omtales som en systematisk tekstkondensering. Denne metoden beskriver en tverrgående analyse over fire trinn: (Malterud, 2011:98)

1. Å få helhetsinntrykk av materialet og definere 4-8 temaer med midlertidige navn.
2. Å identifisere meningsbærende enheter – velges med utgangspunkt i de opprinnelige temaene fra trinn 1.
3. Å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene.
4. Sammenfatte betydningen av dette

Jeg har også benyttet meg av Thagaard (2013) sin temasentrerte analytiske tilnærming. Denne metoden går i dybden av de enkelte temaene, og sammenligner informasjon fra alle

deltakerne, som igjen kan gi en dyptgående forståelse av hvert enkelt tema (Thagaard, 2013:181).

Jeg har brukt samme intervjuguide på alle informantene, med noen små justeringer når jeg skiftet informanter fra lis-leger til kommuneleger, dette var nødvendig fordi de er på ulik side av samarbeidet og det ville bli direkte feil å stille nøyaktig de samme spørsmålene. Tema i spørsmålet var det samme men vinklingen ble annerledes. Grunnleggende for temasentrert analyse er at vi har informasjon fra alle informantene om de samme temaene (Thagaard, 2013:183).

Et hovedproblem med den temasentrerte tilnærmingen, er at informasjon om de enkelte temaene løsrives fra sin opprinnelige sammenheng. Ved å fokusere på deler av en tekst, kan det bli vanskelig å oppnå en helhetlig forståelse. For å ivareta helhetsforståelsen, som er grunnleggende i kvalitativ forskning, valgte jeg å benytte meg av både Malterud sin tverrgående analyse og Thagaard sin temasentrerte analyse.

Da jeg var ferdig å transkribere alle intervjuene leste jeg gjennom alle og dannet meg et helhetsinntrykk. Jeg skrev ned hva som ble oppfattet som hovedfunn i hvert enkelt intervju. Helheten er det viktigste i denne fasen i følge Malterud (2011).

Etter gjennomlesningen kom det opp en del hovedtemaer som; manglende erfaring, organisering, retningslinjer, unødvendige innleggelse og arbeidspress.

Deretter oppsummerte jeg hva lis-legene mente og hva kommunelegene mente. Så startet jeg med en systematisk gjennomgang av materialet, for å identifisere meningsbærende enheter, som tok utgangspunkt i temaene fra helhetsinntrykket som er trinn to i Malterud (2011) sin analyse.

Forskeren utforsket de enkelte temaene ved å sammenligne informasjon fra alle informantene som beskrevet i temasentrert analyse av Thagaard (2013). Jeg sammenlignet intervjuene til lis-legene og kommunelegene og fant temaer som var like, dette vil jeg bruke til å systematisere og organisere analysen.

Det jeg oppdaget ved å gjøre det på denne måten var at jeg ville miste mange nyttige funn som kunne hjelpe meg med å svare på problemstillingen min. Da bestemte jeg meg for å organisere analysen etter sammenfallende temaer hos kommunelegene og lis-legene som et utgangspunkt og deretter også få med temaer som bare var relevant for kommunelegen eller

lis-legen for å få fram funn som kunne belyse problemstillingen min. Dette ble også viktig for å få frem at kommunelegene og lis-legene hadde ulikt ståsted og dermed ser samarbeidet fra to ulike sider.

Som uerfaren forsker var det nyttig å følge hovedtrekkene til en analyseprosess trinnvis, selv om dette opplevdes som tidkrevende.

Jeg fant mye som var forventet, men fant også noen uventede funn. Det ene uventede funnet var at en kommune hadde hatt lokale forhandlinger for å bøte på at det ikke fantes incentivordninger i form av mer penger for å påføre seg mer jobb og ansvar med ØHD-pasientene.

Det var også uventet at det var så ulik oppfatning av hvilke type pasienter som passet for ØHD-tilbudet. Det var ikke bare lis-legene og kommunelegene som var uenige, men også kommunelegene seg i mellom hadde ulik oppfatning, og dette var overraskende for meg.

Jeg ble også veldig ydmyk for jobben legene gjør og det var tydelig at alle hadde omsorg for pasientene sine.

3.5 Reliabilitet, validitet og overførbarhet.

Reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) sier noe om det er grunnlag for å tro på det forskningen viser. Dette er derfor sentrale begrep i all forskning for å finne ut om det er grunnlag for å tro på det som blir presentert.

Reliabilitet (pålitelighet) handler om i hvilke grad forskningen er rett gjennomført og om dataens kvalitet. Det handler videre også om hvordan dataene er blitt utviklet gjennom forskningsprosessen og om relasjonen til informanten har hatt betydning for data som er hentet (Thalgaard, 2013:22-23).

Jeg har redegjort for hvordan jeg har utviklet dataene for å skape tillitt til analysen av data. Dette gjør jeg ved at jeg i presentasjonen skiller mellom informasjon fra informantene og egne vurderinger av denne informasjonen. Grønmo (2004:229) sier at i kvalitative studier innebærer reliabilitet og troverdighet at de empiriske funn er basert på data av faktiske forhold, og at disse ikke gjenspeiler forskerens subjektive skjønn under forskningsprosessen.

Dette vil styrke tilliten til de empiriske analyseresultatene og de kvalitative data som analyseresultatene bygger på og gir reliabilitet. Dette har jeg forsøkt å gjennomføre ved å fremstille informantenes stemme så godt det lar seg gjøre ved at informantene har fått snakke fritt uten at jeg har lagt for store føringer. Jeg har også vært bevisst på mine egne forutinntatte holdninger og oppfatninger av informantene og deres handlinger.

Jeg informerte om i begynnelsen av intervjuet at det var deres meninger og oppfatninger jeg var ute etter, og min opplevelse var at de virket oppriktige og ærlige. Målet var at informanten ikke skulle påvirkes til å svare på spørsmålene ut fra hva han tror forskerens verdier og synspunkter er i saken.

Validitet (gyldighet) sier noe om data sin relevans og gyldighet sett i forhold til problemstillingen som blir undersøkt. Det handler om kvalitetene, og gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer fram til. En må vurdere grunnlaget for tolkningen gjennom et kritisk blikk på analyseprosessen og tolkning av data (Thagaard, 2013:204-205).

Innlevelse er viktig for å oppnå forståelse. Jeg hadde en god forutsetning for innlevelse av hva informantene fortalte meg, da jeg kjenner godt miljøet det omhandler. Dette ga meg ideer til refleksjon til dataenes meningsinnhold.

Det at jeg kjente noen av informantene som arbeidskollegaer førte til at jeg oppnådde en større innlevelse og forståelse som bidro til at jeg utvikle god kontakt. Dette gav meg ideer til refleksjon til dataenes meningsinnhold og gav økt validitet.

Jeg har prøvd å styrke validiteten ved å gjøre den gjennomiktig. Gjennomsiktighet innebærer at forskeren er nøyaktig og redegjør for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjoner som er kommet fram i prosjektet. (Thalgaard, 2013:205).

For å ivareta validiteten har jeg beskrevet hvordan jeg har gjort utvelgelse av informanter, selve gjennomføringen av intervjuet og behandlingen og analysen av datamaterialet. Dette vil si at utvalget er strategisk ved at informantene innehar de egenskapene som er relevante for problemstillingen, men fremgangsmåten for å velge ut informanter er basert på tilgjengelighet (Thalgaard, 2013:61).

Jeg har fått belyst saken fra to sider. Kommunelegene og lis-legene har ulikt ståsted og ulikt perspektiv på saken og derfor har jeg fått mulighet til å beskrive flere nyanser av det samme fenomenet.

Overførbarhet er den forståelsen forskeren kommer fram til også kan være relevant i andre situasjoner. Det kan også knyttes til at tolkningen kan gi gjenkjennelse hos leseren med kjennskap til de fenomenene som studeres (Thagaard , 2013:194).

Thagaard (2002:184) sier at overførbarhet betyr at den teoretiske forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt, kan settes inn i en videre sammenheng, og slik bidra til en mer generell teoretisk forståelse. Gjennom denne studien, som ble gjennomført i tre kommuner er det viktig å vurdere om aktuelle funn også kan være relevante for andre kommuner. Studien har som utgangspunkt at det ikke foreligger annen norsk forskning på temaet om hva som påvirker samarbeidet mellom lis-legene og kommunelegene når det gjelder akutt innleggelse i sykehus kontra bruken av ØHD-tilbudet i kommunene. Jeg har derfor hatt relativt lite teori å støtte meg til i de tolkningene som er blitt gjort. Personer jeg har drøftet funnene med, har tilbakemeldt at de kan kjenne seg igjen, og at de i liten grad byr på store overraskelser. Dette tyder på at studien kan være overførbar til andre lignende situasjoner.

Jeg opplevde at informantene var oppriktige og ærlige, og jeg tror at funnene kan gjelde flere kommuner og helseforetak enn de kommunene og det sykehuset som var med i studiet.

3.6 Forskningsetiske aspekter

De etiske retningslinjene for kvalitative prosjekter er de samme som for andre prosjekt innenfor forskermiljøet. Etske regler krever at forskeren utviser redelighet og nøyaktighet i presentasjon av forskningsresultater, også i vurdering av andre forskeres arbeid (Thagaard, 2013:24).

Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst og tatt i betraktning de forskningsetiske retningslinjer. Kvale og Brinkmann (2009) forteller om tre etiske regler man bør følge når man utfører forskning som involverer mennesker, og det er konfidensialitet, informert samtykke og hvilke konsekvenser forskningsprosessen og deltagelsen i denne kan få for informanten i ettertid av studiet.

Konfidensialiteten til informantene ble ivaretatt ved at jeg ikke skrev noen navn under intervju situasjonene. De transkriberte intervjuene ble kodet med nummer og bokstaver og aldri knyttet opp mot noen navneliste slik at anonymiteten til informantene ble ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen. Jeg informerte alle informantene i forkant av hvert intervju om at all informasjon ble behandlet konfidensielt slik at ingen informasjon kan spores tilbake til dem.

I forkant av intervjuet ble det sendt ut informasjon om studiet og et samtykkeskjema som alle informantene skrev under på. I samtykkeskjema presiserer jeg hva som skjer med informasjonen de gir meg og hvordan den blir behandlet underveis og i etterkant, og dette gjentok jeg muntlig i forkant av hvert intervju. Det frivillige samtykket betyr at informanten skal stå fritt til selv å velge om han/hun ønsker å delta i prosjektet. De ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studiet og alle opplysningene om dem ville bli slettet.

Et viktig etisk prinsipp rundt intervjuet er at informanten ikke skal ta skade av å delta i prosjektet. Det ble viktig å ha respekt for informantens grenser slik at vedkommende ikke ble ledet til å være mer åpen enn han/hun egentlig ønsket. Før stor åpenhet kan føre til at informanten kan få problemer i ettertid (Thagaard, 2013:119). Dette prinsippet blir spesielt viktig når en skal studere sårbare grupper. I mitt tilfelle hvor jeg studerte leger som vanligvis har både «status» og selvtillit blir dette kanskje ikke så relevant, men det er likevel viktig å tenke på.

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Personvernombudet som godkjente studien.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra analysen av datamaterialet som er intervjuene fra kommuneleger og medisinske leger i spesialisering (lis-lege) ved sykehuset. Hovedfunnene blir presentert ut i fra problemstillingen min:

Hvilke faktorer påvirker samhandlingen/samarbeidet mellom kommunelege og lege i spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutt innleggelser i sykehus kontra bruk av det kommunale ØHD tilbudet?

Samhandlingsreformen har blant annet ført til flytting av ansvar for øyeblikkelig hjelp-funksjonen fra sykehus til kommunen. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd: «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenesten til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp»

Dette innebærer at kommunen skal etablere kommunalt øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud (ØHD), og intensjonen til ØHD er å bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser til sykehus ved å overføre ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

I Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 står det krav til avtalens innhold, som innebærer forpliktelse til å inngå avtale mellom helseforetakene og kommunene, og dette er et minimum. I punkt 3 står det at det skal være retningslinjer for innleggelse i sykehus og punkt 4 viser til kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp 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».

Dette betyr at det ligger nasjonale føringer/retningslinjer for bruken av ØHD, men det blir likevel opp til hver enkelt kommune å utarbeide sine egne inklusjons- og eksklusjonskriterier ut i fra deres ressurser og muligheter.

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingene mellom partene ved å konkretisere oppgavene og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og etablere gode rutiner på sentrale samhandlingsområder.

Riksrevisjonen har gjort en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av Samhandlingsreformen, som ble publisert 12.januar 2016 (Foss, 2016).

Et av hovedfunnene i rapporten var at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. Det er dette jeg ønsker å finne mer ut av i studien. Hva er årsaken? For å prøve å finne ut av dette vil jeg studere samarbeidet mellom kommunelegene og legene i spesialisthelsetjenesten og hva som påvirker dette samarbeidet.

Jeg vil her presentere hvordan legene opplever samarbeidet og hva som påvirker det, når det gjelder pasienter som innlegges akutt på sykehus, og bruken av ØHD-sengene. For å belyse det på en best mulig måte har jeg intervjuet både leger fra spesialisthelsetjenesten og leger fra kommunene. Dette for å få ulike perspektiv på dette samarbeidet.

Ut i fra den lokale innleggelsesprosedyren i sykehus i dag skal kommunelegen gå via sentralbordet og bli satt over til den mottagende legen (lis-lege), og deretter melde pasienten til innleggelse. I tillegg skal han skrive en henvisning (innleggesskriv). Kommunelegen har da mulighet for å diskutere pasienten med lis-legen på telefon, han kan også be om råd og veiledning om han er usikker på om pasienten trenger en innlegges.

Først vil jeg presentere hvordan legene i spesialisthelsetjenesten opplever samarbeidet og samhandlingen og hvilke faktorer som påvirker dette, og deretter vil jeg presentere hvordan kommunelegene opplever dette. Til slutt kommer det en oppsummering av hovedfunnene, som jeg tar med videre til drøftingen.

4.1 Spesialisthelsetjenesten sitt syn på samarbeidet med kommunelegene

Jeg har intervjuet to informanter fra spesialisthelsetjenesten. Begge har jobbet noen år som lis-leger på medisinsk avdeling ved et middels stort sykehus. De var ferdig utdannet som leger i 2011 og 2013 og har tidligere erfaring fra kreftavdeling, legevakt og ambulansse.

Informantene blir kalt A og B.

Retningslinjer for innleggelse i sykehus og ØHD.

Det kommer fram at legene i spesialisthelsetjenesten ikke kjenner så godt til retningslinjene for innleggelse i sykehus og ØHD, det kan virke som om de heller ikke er så opptatt av retningslinjer. De forteller at de heller handler ut fra egne vurderinger og erfaringer og bruker skjønn. Dette er et interessant funn med tanke på at en skulle tro at retningslinjene er laget fordi det er tenkt at en skal ta hensyn til disse.

«Jeg kan ikke retningslinjene konkret, nei. Legger vel ikke så mye vekt på dem heller. Jeg kan ikke dem i hodet. Det blir min vurdering ut i fra det jeg hører og kliniske erfaringer» (A)

«Jeg tror ikke vi har noe sånn sett med regler som vi har foran oss som vi bruker. Det er vel mer et sånn klinisk skjønn da. Det fins sikkert, men jeg kan ikke si at jeg har lest dem» (B)

Lis-legene karakteriserer ØHD-pasientene som: Avklarte urinveisinfeksjoner, Gastroenteritter (oppkast/diare), lungebetennelser, Causa Socialis (Innleggelse av sosiale årsaker) «Akutt pleie» eller «causa socialis» er begrep som ofte blir brukt om antatt unødvendig innleggelse.

Kommunikasjonen og samarbeidet i praksis:

Når lis-legene skal beskrive hva de legger i samarbeid, så fremhever de diskusjonene og dialogen rundt pasienten, om han skal innlegges i sykehus eller ØHD, eller om han i det hele tatt trenger innleggelse. I denne samhandlingen er ofte diskusjon rundt pasientens symptomer og sykehistorie sentralt, samtidig som råd og veiledning er viktige faktorer.

«Samarbeidet er vel den dialogen vi har med kommunelegen og at jeg synes kanskje pasienten kan behandles ute og om det trenger innleggelse eller ikke» (A)

Lis-legene ved sykehuset synes at god kommunikasjon er en viktig faktor for å fremme samarbeidet med kommunelegene. De synes det er viktig å være åpne og høflige og lytte til hverandre og prøve å finne løsninger sammen, dette mener de kan skape godt samarbeid. De forteller at det ikke alltid er like god kommunikasjon mellom dem og kommunelegen, de er ofte uenige og diskusjonen kan av og til bli usaklig.

«Det er viktig å være hyggelig når en ringer, det skaper bedre samarbeidsvilkår, det er jo ikke alltid like lett, men vi kan prøve, det er en god start på samtalen. Å være åpen for å finne løsninger sammen, i stedet for å rakke ned på det den andre måtte mene» (B).

Enkelte ganger opplever lis-legene at kommunelegen motarbeider dem og er direkte uhøflige i telefonen. De opplever at mange av kommunelegene kan være ganske bryske og at de allerede har bestemt seg for at pasienten skal innlegges før de ringer, og de er ikke interessert i å diskutere pasienten. Lis-legen opplever også at det av og til er tydelig at enkelte kommuneleger ikke vil høre på hva lis-legen mener, og dette mener de ikke er noen god måte å samarbeide på.

«Klart førsteinntrykket har mye å si. Gjensidig respekt. Jeg blir ikke imponert over de legene som forteller sånn med brysk stemme at de allerede har sendt pasienten til innleggelse. Dette er ikke helt måten å samarbeide på» (A).

«Mye av det som for min del hindrer et godt samarbeid tror jeg går på det personlige plan, som går nok litt på meg som person og litt på den som ringer i forhold til hvordan de starter samtalen» (B).

Det kommer fram at begge lis-legene mener at det å kjenne hverandre og gjerne ha møtt hverandre tidligere er veldig positivt for samarbeidet med lis-legene. En vil ofte da ha en helt annen forståelse av hverandre og en vet kanskje hva det andre står for og er god for. Dette kan føre til gode diskusjoner. Dette er en faktor som kan oppleves positivt i samarbeidet mellom kommunelegene og lis-legene.

«Det som gjør det bedre er å kjenne hverandre. Har man truffet hverandre før, synes jeg det er mye lettere å diskutere med noen som jeg har truffet ansikt til ansikt»(A).

«Det er jo klart at har man gjensidig respekt og kjenner hverandre i utgangspunktet er jo det et bra utgangspunkt» (B).

Lis-legene mener at kjennskap kan påvirke samarbeidet negativt også. Lis-legene kjenner igjen de kommunelegene som legger inn pasienter unødvendig og de blir helt klart påvirket av

dette. Lis-legene uttrykker at det er enklere å samarbeide med en kommunelege som en vet gjør grundig arbeid og legger inn bare når det er nødvendig. Det er ikke fullt så enkelt å samarbeide med de legene som de erfaringsmessig vet gjør en dårlig undersøkelse av pasienten før de sender dem til innleggelse. Dette kan føre til at de blir forutinntatt og preget av tidligere erfaringer med den enkelte legen og dette er uheldig for samarbeidet, for enkelte ganger kan det jo hende at den samme kommunelegen ringer om ting som er helt legitimt.

«Hvis du kjenner en person og vet at han ikke hadde ringt hvis ikke det var noe skikkelig. Det er klart et bedre utgangspunkt enn de kommunelegene som vi opplever at legger inn rubbel og bit for da blir du litt oppgitt når de ringer, og av og til er jo ikke den oppgittheten berettiget for av og til ringer de med ting som er helt legitimt da» (B).

Manglende og varierende kvalitet på innleggelsesskriv.

Lis-legene mener det er av betydning at kommunelegen har gjort et godt forarbeid for at samarbeidet skal fungere godt. De synes det handler om respekt for hverandres jobb. Med et godt forarbeid mener de at kommunelegen må ha undersøkt pasienten godt nok, slik at han finner en indikasjon for innleggelse. Enkelte kommuneleger sender pasienten til innleggelse uten først å gjøre en undersøkelse, og overlater til lis-legen på sykehuset å finne ut av hvorfor pasienten skal innlegges.

«Mye av det som for min del hindrer et godt samarbeid, går på hva type arbeid de har gjort i forkant når de ringer meg. Når de er normalt høflige og har gjort et godt arbeid i forkant så er det utrolig mye lettere å samarbeide» (B).

Lis-legene mener at samarbeidet med kommunelegene til tider kan være veldig ulikt og personavhengig og noen skiller seg ut. Enkelte leger har bestemt seg for innleggelse i sykehus og er ikke interessert i å diskutere med lis-legen, men de opplever også kommuneleger som gjør et godt forarbeid og undersøker pasienten grundig før de ringer lis-legen og diskuterer innleggelsen. Den ene lis-legen sier at han opplever flere innleggelser der kommunelegen har gjort et dårlig forarbeid enn et godt forarbeid, og dette fører til dårlig samarbeidsklime.

«Du har noen som er veldig flinke og har gjort alt forarbeidet helt riktig og vil gjerne legge inn av en eller to grunner og fordi det er en alvorlig dårlig pasient. Selv om det kanskje for

min del vi si at flertallet tilhører heller den gruppen der man kanskje ikke har gjort så grundig arbeid da» (B)

Begge lis-legene opplever også at enkelte kommuneleger sender pasienten til sykehuset uten å melde pasienten først. Lis-legen mener at dette handler om lite respekt for hverandres jobb. Det hender også at pasienten mangler innleggelsesskriv, og da må lis-legen begynne å gjøre jobben som kommunelegen skulle ha gjort ute før innleggelsen. Lis-legen må da finne ut hvorfor kommunelegen har sendt pasienten til innleggelse og om han i det hele tatt trenger en innleggelse, og dette fremmer ikke samarbeidet ifølge lis-legen.

Lis-legen synes det er fint å få meldt pasientene, og spesielt dårlige pasienter, dette for å få mulighet til å forberede seg slik at mottaket av pasienten kan bli best mulig.

«Det kan være et par ganger jeg har ringt legen opp igjen og spurt om hva som skjer, hvorfor sender du bare pasienten hit uten å melde i fra?» (A).

«Det er jo også de som aldri gidder å spørre, men bare legger inn, og ikke alltid gidder å ringe og informere om at de har lagt inn» (B).

«Det er klart at når det er veldig travelt i mottak og plutselig så står det en dårlig kolspasient på døren som ikke er meldt og du ikke har hørt om, så gir ikke det god stemning» (B)

Et dårlig utført eller manglende innleggelsesskriv fra kommunelegen er en kime til misnøye og kan gå utover samarbeidet. Derfor synes den ene lis-legen at det kunne vært bra om det fantes ett standard innleggelsesskjema for å legge pasienten inn på sykehus, noe som krever en viss grad av gjennomgang av pasienten. Det vil si at kommunelegen må undersøke pasienten mer grundig enn enkelte gjør i dag. Dette mener den ene lis-legen kunne ha fremmet samarbeidet, da kommunelegene vil bli tvunget til å gjøre en bedre undersøkelse av pasienten før han ber om hjelp.

Sånn det fungerer nå opplever lis-legene at det er svært sprikende hvordan innleggelsesbrevet ser ut og hva det inneholder. Noen gjør en bra innsats, men dette er veldig ulikt fra lege til lege, mens andre igjen sender pasienten til innleggelse uten innleggelsesbrev.

«Jeg savner et innleggesskjema for innleggelse på sykehus som krever en viss grad av gjennomgåelse av pasienten. Der du bør skrive: vitalia, EKG, u-stix og anamnese (målinger som Blodtrykk, puls, temperatur, hjerteprøve og urinprøve og sykdomshistorie). Nå er det jo ekstremt sprikende hvordan disse innleggelsesbrevene ser ut, noen gjør en stor innsats mens andre levere et makkverk av et arbeid» (B).

«En generell innleggelses-mal som fylles ut før de får lagt inn pasienten på sykehus det synes jeg jo kunne vært bra for vår del. Det hadde vært veldig greit, da blir kommunelegene pålagt å gjøre et godt arbeid før de leverer fra seg og ber om hjelp» (B).

Ansvarsfraskrivelse og usikkerhet.

Begge legene i spesialisthelsetjenesten ser en sammenheng mellom lite bruk av ØHD-senger og innleggelse i sykehus. De sier at enkelte av kommunelegene har en veldig lav terskel for å legge inn på sykehus og det kan jo skyldes flere faktorer. De mener at en av årsakene kan være en viss grad av usikkerhet, og manglende evne til å leve med den usikkerheten. De mener at det også i enkelte tilfeller handler om ansvarsfraskrivelse. Det er mye enklere for kommunelegen å fraskrive seg ansvar og legge pasienten inn på sykehus, enn og selv behandle pasienten i en ØHD-seng.

«Det er tryggere å fraskrive seg ansvaret, og det kan jeg jo kjenne meg igjen i fra jeg selv var i distriktet. Hvis det er kompliserte ting der du er usikker så er jo det veldig betryggende å kunne gi det til noen som er mer erfaren. Så er jo bonusen at en slipper å stå med ansvaret selv» (B)

«I noen tilfeller er argumentene for innleggelse i sykehus veldig tynne og da tenker jeg det går mer på ansvarsfordelingen, en akkurat det pasienten sliter med. Det er mer det at man vil dytte det ansvaret videre til oss» (B)

Begge informantene opplever at kommunelegene mangler informasjon og kunnskap om ØHD-tilbudet. Lis-legene hevder at det kan synes som om enkelte kommuneleger er usikre på hvilken oppfølging og mulighet som finnes på ØHD. De opplever at vikarlegene og turnuslegene legger mange pasienter inn på sykehus og vegrer seg ofte for å bruke ØHD-tilbudet.

Lis-legene mener det ville ha vært en fordel at vikarlegen og turnuslegen hadde hatt mer kunnskap om ØHD og hva tilbudet innebærer, slik at de kan være trygge på at pasientene blir ivaretatt på en god måte og får det tilbudet de trenger. Dette mener de kan være med på å fremme både samarbeidet dem imellom og bruken av ØHD.

«Det som kan bli litt problematisk kan være vikarer da, for de har ikke helt klart for seg hva en ØHD seng er. Vi opplever også at de glemmer at ØHD tilbudet finnes (A).

«Generelt sett så er det i kommuner som det er mye vikarer at vi opplever mange innleggelses på sykehus» (B).

«Enkelte kommuneleger er usikre på hva det innebærer og hva det vil si å legge pasienten i ØHD. De lurar på hvilken oppfølging de får og hvilke prøver som blir tatt. De er usikre og vil ha pasienten inn på sykehus for å få det avklart» (A).

Lis-legene opplever ofte at kommunelegene, spesielt vikarene og turnuslegene, kan glemme at ØHD-tilbudet finnes. Hvis Lis-legen nevner tilbudet, når de snakker med hverandre i telefonen, kan de ofte diskutere seg fram til enighet om at pasienten kan legges inn på ØHD. Årsaken til enigheten er at de diskuterer klinikken og funnene hos pasienten. Lis-legen mener det kan synes som om enkelte kommuneleger mangler kunnskap om- og trenger informasjon rundt ØHD-tilbudet, da de opplever at det er mange som endrer oppfatning om innleggelsen når de har diskutert ØHD-tilbudet med lis-legen og fått litt informasjon rundt tilbudet.

«Legen ringer og vil legge inn en pasient og da hender det at jeg spør dem om de har tenkt på om pasienten kan legges i en ØHD seng. Å ja det hadde jeg ikke tenkt på og så omgjør de det faktisk til ØHD» (A)

Lis-legene sier at de til tider opplever mange unødvendige innleggelses, spesielt om natten, nettopp på grunn av at kommunelegen ikke har sett eller undersøkt pasienten grundig nok ute. Lis-legene opplever av og til at de kommunelegene med lang erfaring ikke er så lydhøre når de diskuterer med dem. Selv om de har jobbet lenge er det ikke sikkert de gjør like gode vurderinger hver gang. Noen tar en del snarveier og lis-legene tror at det i enkelte tilfeller kan skyldes ansvarsfraskrivning.

«Det handler om ansvarsfordelingen. Ja vi får en god del og kanskje spesielt eldre som jeg tenker nok kunne vært spart lange reiser i ambulansen, spesielt på natt, for behandling de like godt kunne ha fått i hjemkommunen som på sykehuset. Og så får vi jo også en del som ikke hadde hatt behov for å blitt innlagt noe sted da» (B)

«Det en ofte kan se er at når pasienten først har kommet her, er situasjonene en litt annen enn hva som er beskrevet. Og da etter at vi har gjort vår vurdering så tenker vi at denne pasienten kunne ha vært på ØHD» (A).

Egenrådige kommuneleger som «vrir» sykehistorien

Noen av de erfarne fastlegene som har jobbet i mange år har ikke den samme tilbøyeligheten til å høre på råd fra lis-legen, sammenlignet med de som er yngre og har mindre erfaring. Lis-legene kan oppleve de som veldig egenrådige. Lis-legene tror at noe av grunnen til de unødvendige innleggelsene på sykehus kan være at kommunelegen har bestemt seg for innleggelse i sykehus og ikke er interessert i å diskutere med lis-legen, og møter de motstand hender det at de vrir sykehistorien til en innleggelse. Dette vil si at kommunelegen tilegner pasienten symptomer som ikke stemmer med virkeligheten, dette for å få pasienten innlagt. Lis-legen er prisgitt det kommunelegen forteller over telefon og får ikke sjekket dette ut før pasienten kommer til sykehuset, og da er det ofte for seint å snu pasienten fordi denne kanskje bor flere timer unna og det gjerne er seint på kvelden eller natta.

«Hvis kommunelegen på en måte har bestemt seg for en innleggelse, og vrir historien mot en innleggelse (tilegner pasienten symptomer som pasienten ikke har for å få aksept for en innleggelse), så har ikke jeg noe jeg skulle ha sagt. Da er det vanskelig for meg si at du ikke kan legge inn» (A)

«Jeg er prisgitt det kommunelegen forteller meg, for det er han som ser pasienten og forhåpentligvis har undersøkt vedkommende. Det er ikke før pasienten kommer til sykehuset at jeg kan avdekke de faktiske forholdene» (B).

«Hvis legen har bestemt seg for innleggelse fokuserer han på de tingene som er viktig for en innleggelse, da er det vanskelig for meg» (A).

Uklarhet og uenighet rundt inklusjons- og eksklusjonskriteriene

På generelt grunnlag er det sagt at ØHD-pasientene skal være avklarte pasienter, og gjerne ha en sikker diagnose. De har nasjonale veiledere å forholde seg til. Utover dette er det opp til hver enkelt kommune å utarbeide interne inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for ØHD på bakgrunn av hva de har å tilby av kompetanse og ressurser.

Begge lis-legene mener at hvis hensikten og intensjonen for ØHD-tilbudet var at dette skulle erstatte sykehusinnleggelsene opplever de at inklusjonskriteriene er alt for strenge slik de er i dag. Hvis det er slik at pasientene som kommunelegen tidligere sendte hjem, nå blir lagt i ØHD, da vil ikke dette avlaste sykehusene. Intensjonen var at ØHD-pasientene skulle avlaste sykehusene og da må disse pasienten gjenspeile pasienter som tidligere ble lagt inn på sykehus. Dette fører ofte til diskusjon mellom kommunelegen og lis-legen om pasienten skal innlegges i sykehus eller i ØHD.

«Hvis en skal ha ambisjoner om at bruken av ØHD skal gå opp, tror jeg at de må revurdere disse inklusjonskriteriene, for det er ikke flertallet av syke pasienter at man kan si at har en helt avklart sykdom» (B).

«Hvis det er sånn at de pasientene som legges inn på en ØHD ellers er pasienter som fastlegen ville sendt hjem da. Så er det jo ikke så rart at sykehus innleggelsene ikke går ned. Dette tilbudet skulle erstatte sykehusinnleggelsene» (B).

Begge lis-legene mener at mange av de pasientene som innlegges på sykehus kunne vært lagt inn i en ØHD-seng i kommunen. Dette opplever de stort sett daglig. Når pasienten først har kommet har ikke de noen mulighet til å snu pasienten og si at de ønsker pasienten innlagt i en ØHD-seng. Slik det fungerer i dag er det kun kommunelegen som har rett å bruke ØHD jf. Samhandlingsreformen. Dette opplever lis-legene som frustrerende.

«Ja det er jo mange pasienter fortsatt som ikke hadde hatt behov for å bli innlagt på sykehus, som kunne fått et bedre tilbud i kommunen» (A).

Lis-legene mener at inklusjonskriteriene som er bestemt av kommunene er for strenge slik de er i dag. Derfor mener de det kunne ha vært nyttig å få være med på å diskutere inklusjons- og

eksklusjonskriteriene for ØHD sammen med kommunelegene, da kunne de ha fått større forståelse og kanskje mer enighet om hvilke pasienter som kan ligge på ØHD og hvem som trenger sykehusinnleggelse. Dette mener lis-legene kunne ha fremmet samarbeidet dem imellom. I dag oppleves denne uenigheten som en faktor som kan påvirke samarbeidet mellom lis-legene og kommunelegene.

Statistikken viser at beleggsprosenten for ØHD er altfor lav slik den er i dag. Beleggsprosent ved interkommunal legevakt var 34,7 % i 2016. Statistikk for den andre kommunen viser et belegg på 20-30 % på ØHD i 2016. Lis-legene mener at dersom bruken av ØHD-sengene skal øke, da må kriteriene revurderes og behandles på nytt.

«Jeg synes at inklusjonskriteriene for ØHD er altfor strenge, og de burde revurderes» (B)

«Disse kriteriene er jo isolert sett satt ut ifra ØHD-siden, relativt sett burde man gått sammen på begge sider og diskutert de medisinske problemstillingene, medisin, kirurgi, ortopedi, sånn at man på en måte har felles enighet på begge sider, hva skal på ØHD og hva skal på sykehuset» (B).

Organisering, ansvarsfordeling og insentiver.

Lis-legene hevder at organiseringen av ØHD er en faktor som kan virke inn på hvor mye tilbudet blir brukt. Ved den interkommunale legevakten er de organisert slik at de har to leger på vakt og lis-legene opplever at de er mer villige til å bruke ØHD-tilbudet enn legene ute i de andre kommunene som bare har en lege på vakt.

Ved den interkommunale legevakta er det en legevaktslege som har vakt og han legger inn til en annen lege som har ansvaret for ØHD, det vil si at de er to leger på vakt som kan hjelpe hverandre. I de andre kommunene som bare har en lege på vakt har den ene legen ansvar for ØHD samtidig som han har vakt. Dette mener lis-legen kan påvirke samarbeidet dem imellom, da den interkommunale legevakta som har to leger på vakt er mer villig til å diskutere og bruke ØHD-tilbudet enn i de kommunene som bare har en lege på vakt.

«Mange av legene ute i kommunene som bare har en lege på vakt er ofte mindre lystne på å legge pasienter på ØHD-senger enn ved den interkommunale legevakta som har to leger på vakt»(A).

«I de fleste andre kommuner som ikke har sånn felles ØHD er det til enhver tid den som har legevakt som er ansvarlig. Sånn at hvis de legger pasienten på ØHD må de følge pasienten opp til dagen etterpå».(B)

For legene ute i kommunen finnes det i dag ingen insentiver for å legge pasienter i en ØHD-seng, tvert imot påfører legen seg mer arbeid og ansvar i en ellers så hektisk arbeidssituasjon. Legen må selv følge opp pasienten frem til neste morgen, samtidig som han har legevakt for hele kommunen. I tillegg til at kommunelegen påfører seg mer arbeid og ansvar, får han heller ikke noe ekstra betalt for å ha ansvar for ØHD-pasienten.

Lis-legene mener at mangel på insentiver for å bruke ØHD-tilbudet er en faktor som hemmer samarbeidet mellom lis-legene og kommunelegene. Kommunelegen er mer motivert for å sende pasienten inn på sykehus for å slippe ansvaret og arbeidet med pasienten, selv om pasienten er kandidat for ØHD. Lis-legene opplever ofte at det kan oppstå uenighet og diskusjon om hvor pasienten skal innlegges, fordi motivasjonen hos kommunelegen er større for å legge pasienten inn på sykehus enn i en ØHD-seng.

Lis-legene mener at to leger på vakt er en faktor som fremmer samarbeidet mellom kommunelegen og lis-legen, da det er enklere for kommunelegen å bruke ØHD-tilbudet, fordi han ikke har dette ansvaret alene.

«Kommunelegen får ingen ting ekstra for å legge pasienten på ØHD, bare mer arbeid og ansvar» (A)

«Klart at det for noen er det økonomiske som er det viktige og en del av kommunelegene legger ikke skjul på det. Eller, det er en jobb og de skal tjene det de kan på kortest mulig tid. Det er jo klart at for dem er økonomien insentivet og der er det kanskje vanskelig å gjøre ØHD til et fristende alternativ. I den forstand at det er mer arbeid, men det er klart at ideelt sett så burde man på de mindre stedene hatt en egen lege til ØHD» (B)

«Det er motstridende i dag at legevaktslegen skal påføre seg mer arbeid ved å legge pasienter i ØHD uten å få noe ekstra betalt for det» (B)

«Hvis de legger inn på ØHD ved den interkommunale legevakta så er det en annen lege som overtar ansvaret for pasienten. I de fleste andre kommuner som ikke har sånn felles ØHD er det til enhver tid den som har legevakt som er ansvarlig. Sånn at hvis de legger pasienten på

ØHD må de følge pasienten opp til dagen etter. Det er nok en terskel som gjør at de legger inn mer enn de ville gjort om de hadde dyttet ansvaret over til en annen lege» (B).

Arbeidspress, mangel på tid og fullt belegg.

Lis-legen mener at høyt arbeidspress og mangel på tid kan være en faktor som kan virke inn og kan være avgjørende når det gjelder samarbeidet med kommunelegene. Når lis-legen har det travelt i Akuttmottaket og legevaktslegen har det travelt på legevakta kan dette hemme samarbeidet dem imellom. Kommunelegen vil da prøve å få unna køen på legevakta og er da kanskje ikke villig til å gå inn i noen lang diskusjon med lis-legen om pasienten skal innleggs i sykehus eller i ØHD. Dette fører til dårlig samarbeid mellom lis-legen og kommunelegen. Når de har tid til å snakke sammen og diskutere pasienten, bidrar dette til bedre samarbeid.

«Hvis man er travel i akuttmottaket og på legevakten, de har kanskje et venterom med 20 pasienter. Da må de bare få unna. Så er jo ikke det noe godt grunnlag for å kunne ha en god dialog eller ha tid til å diskutere en komplisert problemstilling» (A).

«For min del er det og tid til hverandre å høre på hverandre som fører til bedre samarbeid synes jeg».(A)

Lis-legen hevder også at belegget på medisinsk avdeling kan påvirke dem når det gjelder imøtekommenhet overfor kommunelegen som ønsker å legge inn en pasient. Det er enklere å være imøtekommende og si ja til en innleggelse når det er god plass på medisinsk avdeling, for da har de tid og mulighet til å ta seg av pasienten på en bedre måte enn når det er fullt og pasienten må ligge på korridor. Derfor må de i disse tilfellene være litt strenge på hvem som blir innlagt, og det bør være en god og klar indikasjon for innleggelse. I mange av disse tilfellene mener lis-legen at pasienten har det bedre i en ØHD-seng.

«Ok, nå er avdelingen vår helt full. Er det bedre for pasienten å ligge på korridor enn det er å ligge på en ØHD-plass?»(B).

Derimot er det lettere å være positiv når det er god plass.

«Og du har en som er usikker om det er ØHD eller ikke og jeg er litt usikker, og vi har god plass på avdelingen, da har jeg lav terskel for å ta dem inn» (A).

4.2 Kommunelegene sitt syn på samarbeidet med lis-legene.

Jeg har intervjuet fire kommuneleger, de omtales som informant 1, 2, 3 og 4. Informant 1 og 2 jobber i en kommune hvor ØHD-sengene befinner seg på et sykehjem. Informant 3 og 4 kommer fra to ulike kommuner og begge tilhører den interkommunale legevakta som de jobber ved når de har legevakt. Ved den interkommunale legevakta finnes også ØHD-sengene som de disponerer.

Retningslinjer for innleggelse i sykehus og ØHD.

Også blant kommunelegene er det enkelte som ikke kjenner så godt til retningslinjene for innleggelse i sykehus, og de uttrykker skepsis til å følge dem. Det kommer fram at de heller handler ut fra egne vurderinger og erfaringer og bruker skjønn akkurat slik lis-legene gav uttrykk for.

«Kanskje vet jeg for lite om disse retningslinjene» (3)

«Jeg kjenner til at det finnes retningslinjer, men jeg har de ikke i hodet. Jeg har vel aldri lest en eneste retningslinje. Jeg bare vet at det finnes, det står i en perm, for det er noen som har behov for å lage retningslinjer» (4)

Det er ulikt syn på retningslinjene for innleggelse i sykehus. En av kommunelegene sier at de nasjonale veilederne ikke er så detaljerte at en kan bruke dem i praksis. Det blir mer veiledere, og så blir det opptil hver enkelt lege å bruke skjønn ut i fra hva de nasjonale føringene sier. Dette fører til at det blir ulik praksis fra kommunelegene av hvilke pasienter de velger å sende til sykehus.

«Det er jo nasjonale veiledere og avtaler vi, har jo en del avtaler mellom sykehuset og kommunen, men de er ikke så detaljerte at de sier noe om hvem som skal legges inn i sykehus eller ikke» (1)

En annen kommunelege mener det er klare retningslinjer for innleggelse i sykehus, og at det ikke er vanskelig å følge dem.

«Vi har inngått en avtale med Helseforetaket, som er signert med begge parter der dette er detaljstyrt og den følger vi. Retningslinjene ligger i bunnen. Det er ikke vanskelig å følge disse retningslinjene» (2)

Det finnes også nasjonale føringer for innleggelse i ØHD, men her er det opp til hver enkelt kommune å lage retningslinjer som er tilpasset deres ØHD-tilbud. Kommunelegene er ikke helt enige i disse retningslinjene som kommunene har utarbeidet. Det er også ulikt syn hos de ulike kommunelegene hvilke pasienter som egner seg til å bli innlagt på ØHD.

Når jeg intervjuet kommunelegene var det veldig ulikt hva de enkelte mente om hvem av pasientene som egnet seg for ØHD.

Informant 2 mente at dehydrering er den største gruppen som blir innlagt, men nevner også fall, smerte, obstipasjon, lungebetennelse og nedsatt allmenntilstand. Forverring av kols, angst, forvirring og underernæring er også tilstander som er representert. Dette uttalte han på grunnlag av statistikk over ØHD-tilbudet i kommunen.

Informant 3 mente at pasienter med kols, smerte, diabetes, og infeksjoner var de mest egnede ØHD-pasientene.

En annen kommunelege mente at inklusjonskriteriene for å legge inn på ØHD var for strenge. Han mente også at kolspasienter, infeksjoner og krystallsyke kunne legges inn på ØHD. Han mener også at akutte magesmerter som det er for langt å sende hjem igjen, kan legges inn på ØHD og observeres utover kveld og natt. I dag er akutte magesmerter et av eksklusjonskriteriene (kriterier som utelukker innleggelse på ØHD) for å legge inn på ØHD.

«Enten krever det etter hvert innleggelse eller så sklir magesmerten over og de kan dra hjem igjen. De kan jo ligge inntil 3 døgn på ØHD, fint å bruke dette som en observasjonspost og se hvordan ting utvikler seg» (4)

Kommunikasjon og samarbeid i praksis.

Kommunelegene savner en tilbakemelding fra lis-legen på dårlige- og manglende henvisninger. De mener at en tettere dialog med spesialisthelsetjenesten kunne ført til forbedring av samarbeidet. Han hevder at de ofte får tilbakemeldinger i form av en sur

kommentar i en epikrise, og det kan føre til dårlig stemning. Hvis de hadde fått tilbakemelding på dårlige henvisninger direkte fra lis-legen så kunne dette ført til forbedring, noe som igjen kunne ha bedret samarbeidet dem i mellom.

«Jeg synes det blir feil at de skriver tilbakemelding i epikrisen for dette er veldig personavhengig og en del av pasienten sin journal og det mener jeg egentlig ikke er riktig. Det skulle ha vært en annen mulighet til å gi tilbakemelding på om dette, på en fornuftig og kollegial måte» (3).

«Jeg skulle ønske jeg kunne få en tilbakemelding på mine henvisninger på innleggelser, jeg vet ikke selv hva jeg alltid glemmer eller hva som er bra. Hadde jeg fått det, kunne dette ført til forbedring og et tettere samarbeid. Det er viktig med dialog for å gjøre hverandre bedre og få et bedre samarbeid» (3).

Informant 3 og 4 mener at god kommunikasjon, tillit og respekt for hverandre er viktige faktorer som kan fremme samarbeidet.

«Tillitt og respekt går hånd i hånd. Kvalitativt samarbeid det har mye med respekt å gjøre. Det handler også om at en får vite hva den andre vil og trenger» (3).

Informant 4 opplever generelt at det er god tone og positive tilbakemeldinger, og opplever at det er lett å komme til felles forståelse og enighet. Denne informanten har et eksempel på hvordan god dialog med lis-legen kan være nyttig. Dette gjelder de tilfellene når kommunelegen mener at det er unødvendig med en innleggelse på sykehus, men pasienten eller pårørende ønsker det. Da kan det være hensiktsmessig å drøfte med lis-legen på telefon mens pasienten sitter der og hører og skjønner at de kommer fram til en felles forståelse og pasienten forstår det. Samtidig forstår lis-legen hva kommunelegen sliter med og prøver å hjelpe.

«Noen igjen av disse er jo rett og slett tilfelle der jeg mener kanskje at vedkommende ikke trenger en innleggelse, men pasienten selv føler seg utrygg og ønsker å presse på for å få en innleggelse. Da kan jeg diskutere det sånn at vedkommende hører at jeg snakker med spesialisten for det er jo spesialisten sin vurdering han vil ha og ikke min»

Gjensidig respekt er viktig for å lykkes med samarbeidet. Informant 3 mener det er viktig å tenke på hvordan man formidler og gir tilbakemelding til hverandre. Skal en lykkes med samarbeid må en snakke til hverandre med respekt, og dette må gå begge veier.

«Jeg kan godt få en tilbakemelding fra sykehuset, sånn og sånn, dine henvisninger er for dårlige, men dette må formidles med respekt for at jeg kan endre på noe og kanskje kan jeg ikke endre på alt. Da må det jo også respekteres. Jeg ville også da respektere at de trenger den informasjon og jeg må ta meg så mye tid å sjekke hva vet jeg» (3).

Informant 4 gir uttrykk for at han har tillit til lis-legen på sykehuset. Dette har å gjøre med at han selv har hatt erfaring fra å være lis-lege på medisinsk avdeling. Derfor vet han at det er en bratt læringskurve og det tar ikke så lang tid før en er kommet godt inn i hvordan det fungerer og hvordan man håndterer de ulike diagnosene.

«Jeg har jo i utgangspunktet tillit til lis-legen på medisin, fordi en ikke trenger å ha jobbet lenge på medisin for å få en god følelse med hvordan ting fungerer og hvordan ting skal gjøres» (4).

Kommunelegene skal etter prosedyren for innleggelser i sykehus skrive en henvisning (innleggelsesskriv) og ringe lis-legen og melde pasienten til innleggelse. Det kan være flere grunner til at kommunelegen velger å sende pasienten direkte inn til sykehus uten å ha sett eller undersøkt vedkommende først.

Kommunelegen innrømmer at de ikke alltid har sett og undersøkt pasienten før de sender vedkommende i ambulanse til sykehuset. De sier at dette skjer de gangene de tror det er en åpenbar innleggelse basert på erfaringer og at kanskje pasienten bor langt fra legen og det blir en lang omvei å kjøre pasienten til legekantoret først og deretter til sykehuset. De mener selv de er flinke til å varsle og melde om at pasienten kommer til sykehuset selv om de ikke har sett og undersøkt pasienten selv.

I 80-90 prosent av tilfellene, sier en av informantene at han er sikker på at pasienten skal innlegges og mener da at han ikke har behov for å diskutere dette med lis-legen. Han mener at han på grunnlag av egen erfaring kan vurdere pasienten selv uten å spørre lis-legen om råd.

Enkelte leger hevder at de aldri har behov for å diskutere med lis-legen, mens andre igjen sier at de har stor nytte av å diskutere med lis-legen.

Kommunelegene oppleves som veldig ulike i oppfatningen av hvilke behov de har for å diskutere med lis-legen. Dette kan komme av at de har ulik erfaring med det å diskutere med lis-legen. Noen av kommunelegene har lenger jobberfaring enn lis-legen på sykehuset og mener da at de selv tar de beste vurderingene.

Informant 4 synes det er greit å diskutere med lis-legen de gangene han er usikker på om pasienten trenger innleggelse i sykehus eller i ØHD.

«Det er 10 % jeg er i stuss om. Der vil jeg gjerne drøfte og bli enig om hvordan vi skal gjøre det og hva som er mest fornuftig» (4)

Informant 1 synes det er positivt å diskutere med lis-legen og opplever dem som gode samarbeidspartnere. Han opplever å få gode råd og møter forståelse for situasjonen han er i. Han innrømmer også at han ikke alltid har sett pasienten før vedkommende blir sendt til sykehuset.

«Jeg opplever det veldig positivt, og sjelden noe problem. Jeg trur at de fleste opplever at lis-legene er gode samarbeidspartnere som en kan både snakke med å få råd og møte forståelse for den situasjonen du er i» (1)

«Det er ikke alltid vi har sett pasienten, og ambulansen kjører rett til sykehus, men vi skal varsle og melde pasienten uansett» (1)

Andre kommuneleger kan oppleves som ganske egenrådige og sier at de aldri har behov for og diskutere med lis-legen. Informant 2 sier han vil bestemme alt selv.

«Jeg har aldri diskutert ØHD-pasienter med lis-legene, for jeg legger inn selv og behandler de selv. Jeg legger inn på sykehus. Og jeg legger inn i ØHD. Punktum. Jeg diskuterer aldri med noen» (2).

Informant 3 sier også at han opplever samarbeidet med lis-legen som nesten alltid bra, men det hender en kan ha hektiske dager og det kan gå utover dialogen med lis-legen.

«Det er alltid nyttig å diskutere med lis-legen, det kan være avklarende for å bestemme om pasienten kan legges inn i en ØHD-seng eller om han behøver en sykehusinnleggelse» (3)

«De gangene jeg snakker med lis-legen så fungerer det nesten alltid godt. Så er det noen hektiske dager sikkert hos dem og sikkert hos meg også. Da blir man litt kortere i replikkene også, (ler)» (3).

Informant 4 sier at samarbeidet fungerer veldig bra, og de gangene lis-legene er litt kritiske forstår han hva de mener.

«Min generelle oppfatning er at det er veldig bra. Jeg har bare godt inntrykk av lis-legene på sykehuset. Der de stritter i mot har jeg sjelden problem med å forstå hva de mener» (4).

Det kan oppstå uenighet om pasienten skal innlegges eller ikke, og kommunelegene tror det ofte handler om hvor erfaren legen er, og de mener at lis-legen presser turnuslegene hardere enn de litt mer erfarne legene. Turnuslegen har ikke så mye erfaring og spør gjerne lis-legen litt mer om råd, og det er jo helt naturlig og sånn bør det også være mener den ene kommunelegen.

«Turnuslegene spør kanskje litt mer (spør lis-legen) og når du spør om et råd da har du det gående, da ser jo vedkommende i andre enden at det er en del problemstillinger som ikke er avklart ennå. Kanskje det ikke er en velbegrunnet innleggelse» (1).

Kommunelegen hevder også at personlig kjennskap kan fremme samarbeidet. Det at en kjenner de en samarbeider med gjør dette arbeidet mye enklere. Enklere i den forstand at de vet hva lis-legen står for og vet hva de kan forholde seg til, og en sparer kanskje mye unødvendig diskusjon.

Informant 1 sier at det er positivt at han får snakke med en lis-lege han kjenner, for da vet han gjerne hva han står for og kan forholde seg til det.

«I den andre enden har vi lis-legen og det varierer veldig det er ikke alle de jeg kjenner. Men når jeg får noen jeg kjenner så er ikke det negativt. Da vet jeg hva den legen står for» (1).

Informant 3 og 4 mener også at kjennskap helt klart kan føre til bedre samarbeid. Det er en fordel å kjenne vedkommende for da vet en noe om kompetanseområdet.

«Når man kjenner hverandre og særlig når man har jobbet sammen, eller gjensidig hospitering eller sånt. Så vil jo det klart føre til bedre samarbeid» (3).

«Når jeg kjenner vedkommende, da vet jeg noe om kompetanseområdet» (4).

Kunnskap om ØHD.

Informant 1 og 2 mener det er stor interesse for å bruke ØHD-tilbudet i deres kommune, og mener selv de har god oversikt over hvilke pasienter som hører hjemme i en ØHD-seng. De mener at ikke alle kommunelegene har like god oversikt over hvilke type pasienter som passer å legge inn på ØHD. Dette gjelder spesielt vikarlegene.

Statistikk for deres kommune viser et belegg på 28 % på ØHD i 2016.

Kommunelegene mener at vikarlegene ikke har kunnskap nok om ØHD-tilbudet. De mener også at en heller ikke kan forvente at de skal sette seg inn i dette, da de har så mye annet å sette seg inn i når de kommer for å jobbe som vikarlege noen uker. De mente at vikarlegene la inn alt for mange som ikke egnet seg å legge inn på ØHD. Dette har ført til at vikarlegene i denne kommunen ikke lenger får lov til å henvise pasientene til ØHD. Nå er det bare de faste legene som er ansatt i kommunene som har mulighet for å henvise til ØHD i deres kommune.

«Vikarlegene har ikke oversikt over hvem som egner seg for ØHD eller ikke. Det kan en kanskje ikke forvente heller, da det er mye for dem å sette seg inn i» (1).

«Vi så at vikarlegene som kom og jobbet hos oss om sommeren og i enkelte perioder ikke hadde peiling på ØHD» (2)

«Vikarlegene fant jo på å legge alt mulig rart i ØHD-seng. Eksempelvis: 19 år gammel jente med akutt abdomen. Så vi gjorde et vedtak i sommer om at vikarlegene ikke har lov til å legge inn i ØHD. Det er bare de faste legen i kommune som kan henvise til ØHD» (2).

Informant 3 og 4 som er tilknyttet den interkommunale legevakten gir også uttrykk for å være fornøyd med ØHD-ordningen de har, men sier at de legger mest inn på ØHD når de har

legevakt. Det er sjelden eller aldri at de henviser til ØHD i kontortiden. De mener at dette kan skyldes at legevaktpatienten er mer aktuell for ØHD-tilbudet. Det kan også skyldes at kommunelegene ikke er like bevisst på å bruke det når de ikke har vakt og velger da heller å sende pasienten til sykehuset. Enkelte av legene som ikke har legevakt kan kanskje mangle noe kunnskap om ØHD. Når legene har legevakt er de stasjonert på den interkommunale legevakten og der er også ØHD-sengene, og da ser de hvordan ØHD fungerer. På dagtid sitter de på legekontoret sitt i en annen kommune og har kanskje aldri sett ØHD-sengen og hvordan det fungerer. Ikke alle kommuneleger har legevakt.

Den ene informanten sier han aldri har lagt inn pasienter på ØHD når han har kontortid. Pasienten blir da lagt inn på sykehus eller sendt hjem igjen.

«Bruken av ØHD er mest brukt og styrt fra legevakta. Jeg har aldri lagt inn noen på dagtid. Jeg vet egentlig ingenting om hva de andre har gjort» (4)

Den andre informanten sier at han legger mest inn når han har legevakt ved den interkommunale legevakta, men sier at det går helt greit å sende pasienten til ØHD fra hans kommune som er en time unna ØHD-sengene.

«Jeg bruker ØHD mest på legevakt, men det fungerer helt greit å sende pasienten fra min kommune som er en god time unna ØHD-sengene» (3)

Informant 3 jobber i en kommune som er ca. en time i kjøretid fra ØHD-sengene som fysisk befinner seg ved den interkommunale legevakta. Informanten sier at de prøver så langt som det er mulig å behandle pasientene sine i egen kommune. Spesielt for de eldre er dette bra, da de slipper å reise den lange veien inn til ØHD-sengen. Dette fordi en av intensjonene til Samhandlingsreformen var at pasientene skulle få behandling i egen kommune og slippe lang reisevei. En av ulempene ved den interkommunale legevakta er at pasienten må reise til en annen kommune for å bli lagt i en ØHD-seng.

«Jeg tenkte også at dette var jo imot samhandlingsreformen sin intensjon om at pasienten skulle bli behandlet i egen kommune og slippe å reise så langt for å få hjelp. Vi prøver å holde de på sykehjemmet også, spesielt de vi kjenner godt og som kanskje kommer til avlastningsopphold» (3)

Kommunelegene fremhever at kjennskap og kunnskap om ØHD-tilbudet og hva de har å tilby av ulike undersøkelser og behandlinger er en viktig faktor for å føle seg trygg på å bruke tilbudet. Informant 3 mener at hospitering ved ØHD kan være positivt for de legene som ikke har legevakt, da de ikke har like god kjennskap til tilbudet og hvordan det fungerer. De mener at kjennskap- og kunnskap om ØHD kan lette samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Da kan det bli lettere å komme til enighet når begge parter vet hva som tilbys av behandling og observasjon på ØHD.

Den ene informanten understreker at kunnskap om ØHD er avgjørende for et godt samarbeid. I tillegg sier han at det skaper trygghet å kjenne til tilbudet og kjenne sykepleierne som jobber ved ØHD. Da vet en hva en kan forvente og hva de kan yte til pasienten.

«Jeg er helt overbevist om at personlig kjennskap er nøkkelen, for den type samarbeid. Jeg kan se det på forskjellige plan når jeg kjenner mine medarbeidere på ØHD-plassene og jeg vet hvilke sykepleiere som jobber der, hvordan de er som mennesker og hva de kan yte til pasienten» (3).

«Når man kjenner hverandre og særlig når man har jobbet sammen, eller gjensidig hospitering eller sånt. Så vil jo det klart føre til bedre samarbeid» (3).

En annen informant uttrykker at det kan være vanskelig for de kommunene som tilhører en interkommunal legevakt å opparbeide trygghet og kunnskap om ØHD, når ØHD-sengene ligger flere timer unna kommunen de jobber i. I noen tilfeller ligger ØHD-tilbudet rett ved sykehuset og da blir det kanskje enklere og tryggere å legge pasienten inn på sykehus om en ikke kjenner så godt til ØHD-tilbudet.

«Trygghet og kjennskap er jo det som veldig mange ØHD-avdelinger i Norge har slitt med, at de må sende pasienten langt av sted til ØHD, og så ligger ØHD ved siden av sykehuset» (2).

Mangel på Incentivordninger.

En annen faktor som kommunelegen mener kan påvirke bruken av ØHD, er at det mangler incentiver for å bruke ØHD-tilbudet. Som lis-legene tidligere har nevnt påfører kommunelegen seg mer arbeid og ansvar uten å få betalt for dette ved å bruke ØHD-tilbudet.

«Det er ingen som liker å jobbe gratis, spesielt ikke om du er overarbeidet i tillegg. De fleste allmennlegene er overarbeidet og kommer det nye ting har de fleste piggene ute, og i hvert fall om du blir påført mer arbeid uten å få betalt for det» (2).

Mangel på incentivordninger ved å legge pasienter i ØHD kan virke som en faktor som hemmer bruken av ØHD, og i den ene kommunen har de gjort tiltak for å bøte på dette. Informant 2 forteller at i hans kommune har de hatt lokale forhandlinger på dette, og forhandlet seg fram til 30 % økning i vakttillegget. I tillegg får legevaktlegen ekstra betalt for å gå visitt på ØHD, det blir å regne som et sykebesøk. Dette er tiltak kommunen har gjort for å motivere kommunelegene til å bruke ØHD-tilbudet, da de i utgangspunktet ble pålagt mer arbeid og ansvar ved å bruke ØHD-tilbudet uten å få ekstra betalt for det.

«Vi har forhandlet oss fram til et tillegg på 30 % økning av vakttillegget. Går legevaktslegen visitt på ØHD, blir det å regne som et sykebesøk og får ekstra betalt for dette». (2)

Press fra pasient og pårørende.

Kommunelegene mener at det ikke er uvanlig at de opplever press fra pasienten og pårørende. De mener at pasienten og pårørende kan påvirke dem når det gjelder om pasienten skal innlegges eller ikke, og mange kan oppleve det som vanskelig. De føler seg da ofte skviset mellom pasient/pårørende og lis-legen på sykehuset, uansett hva de velger å gjøre er det noen som blir misfornøyde.

Informant 1 sier at han av og til opplever at han mener at pasienten ikke har behov for en innleggelse, men pasienten ønsker det fordi han kanskje føler seg utrygg.

«Jeg mener at vedkommende ikke trenger en innleggelse, men pasienten selv føler seg utrygg og ønsker å få en innleggelse» (4)

Når det gjelder innleggelse i sykehus kontra ØHD-tilbudet opplever kommunelegen at det synes som om dette ikke er så viktig for pasienten eller pårørende om hvor de blir innlagt, de ønsker bare å bli ivaretatt.

Det er ikke noe entydig at pårørende vil at de gamle skal innlegges på sykehus. De vil at de skal bli ivaretatt en annen plass enn hjemme. Da opplever jeg mange ganger at de er kjempefornøyde for å komme på en ØHD-plass, og da får de jo være i nærheten og pårørende er trygge på at de blir ivaretatt 24 timer i døgnet» (1)

Informant 3 sier at det er viktig å høre på hva pasienten og pårørende ønsker og hvilke ulike erfaringer de har fra tidligere, men han understreker at det ikke er fritt valg hvor pasienten skal behandles.

«Det er riktig å høre på pasienten og pårørende og deres erfaringer og ønsker. Det vil være en viktig del av den prosessen det er å ta en avgjørelse, men dette er ikke fritt valg» (3)

Informant 4 sier at han opplever av og til at pasienten og pårørende kan presse veldig på for å få en innleggelse, og han mener at det ikke alltid er nødvendig å legge inn på sykehus. I disse tilfellene er han glad det finnes ØHD-senger.

«Noen ganger mener jeg at dette ikke var noe å legge inn, men pårørende presser veldig på og sier at en kan jo ikke sende henne hjem og har du ikke sett, eller dette går ikke lenger. Kanskje en i disse tilfellene er mest takknemlig for ØHD-sengene» (4)

IKT verktøy

Det er ikke blitt tilrettelagt godt nok med IKT-verktøy for at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal kunne samarbeide på en hensiktsmessig måte. Dette har vært et savn i mange år, og mange hadde håpet at dette skulle bedre seg når Samhandlingsreformen ble innført.

To av kommunelegene savner en felles elektronisk plattform for å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. De savner å ha en elektronisk dialog når de henviser pasienten til sykehuset.

«Det er ikke noe plattform for å samarbeide på. For eksempel når det gjelder IKT» (2).

«Det er ikke helt tilrettelagt og det er jo kjent. IKT-verktøyene er ikke til stede, vi måtte kunne ha en elektronisk dialog når vi henviser» (3).

Den ene informanten savner også mer effektive elektroniske hjelpemiddel som eksempelvis journalsystemene – slik at det er enklere å søke og at en finner raskt det en trenger. Dette kan lette arbeidet og kanskje føre til bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Slik det fungerer i dag mener han at viktig informasjon kan forsvinne på grunn av dårlige journalsystem. Det tar også tid å lete fram informasjon i journalen.

«Bare hele måten journalsystemene er organisert på, løpende journal der informasjon gjentas og gjentas, og så glipper det et poeng her og der. Det er som viskeleken, i mange nok ledd så blir det mye rart. Du finner ikke informasjonen når du trenger den, det er for masse informasjon, så effektive verktøy på journalsystem at de er enkle å søke i og at du finner det du trenger når du trenger det» (4).

Kjernejournalen har heller ikke gjort det enklere å samhandle med spesialisthelsetjenesten i følge en av kommunelegene. Den er en isolert sak som ikke kommuniserer med andre systemer som de bruker.

«Kjernejournalen har heller ikke gjort dette enklere, for den er jo en isolert sak, en satellitt som går i en bane og den finnes der ute. Den kommuniserer ikke med noen andre systemer vi bruker, og vi må logge oss på» (4).

Den ene kommunelegen mener at epost burde være en grei måte å kommunisere og ha en dialog med spesialisthelsetjenesten. Det er et system som har fungert lenge, men det gjenstår å implementere det i systemet slik at en kan få ta det i bruk.

«E-post er jo greit der kan en følge fram og tilbake og det er jo oppfunnet for lenge siden. Det er bare å ta det i bruk og implementere det i systemet» (4).

Kommunelegene mener også at hvis Helseforetaket hadde satt av ressurser til videokonferanse så hadde dette vært positivt for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. I dag er det ingen finansiering av videokonsultasjon.

Med videokonsultasjon ville det bli enklere å vurdere pasienten sammen for mottakende- og innleggende lege, før pasienten ble sendt til innleggelse. Dette kunne også spart sykehuset for mange unødvendige innleggelser.

«Det er ingen finansiering på videokonsultasjon. Helseforetaket har ingen i andre enden. Så hvis en lege skal sitte og kommunisere med en annen lege da blir det gratis arbeid for kommunelegen» (1).

«Video kan jo være aktuelt for å se et kutt eller utslett, om dette må inn i kveld/natt eller om det kan vente til i morgen» (4).

Mye ansvar og mangel på utstyr.

Kommunelegene forteller at de føler på mye ansvar, og redselen for å gjøre feil gjør at de til tider legger inn pasienter på sykehuset som kanskje ikke hadde hatt behov for innleggelse. Dette gjør de for å være på den sikre siden. Dette fører til diskusjon og uenighet med lis-legene, som da går utover samarbeidet. Det stilles høye krav fra samfunnet, og det meste kan behandles. Den medisinske teknologien har kommet svært langt og pasienter og pårørende forventer mer.

«Pasienter som tidligere klarte seg med en stokk, kan nå opereres med kneprotese begge sider. Det er ikke noe som skal leves med. I hvert fall ikke hvis en ikke har kommet i den palliative omsorgen. Det betyr at det å ta symptomer på alvor og tenke i verste fall, det er en del av hverdagen. Frykten for å gjøre feil, og å få denne saken i etterkant, det er verre enn at en får en litt sur kommentar i en epikrise» (1).

Informant 1 mener at årsaken til at ØHD brukes ulikt og blir lite brukt, skyldes ansvaret som kommunelegen påfører seg ved å benytte seg av ØHD-tilbudet. De blir også sittende alene med ansvaret fordi det bare er en lege på vakt, og det kan i tillegg være ekstra belastende. Dette kan føre til at noen leger legger inn på sykehuset litt ukritisk til tider og dette kan igjen gå utover samarbeidet med lis-legen.

«Legen som har vakt legger pasienten i ØHD, han har da ansvar for pasienten til neste morgen. Ser ikke vekk i fra at det kan være en faktor. Legen får en ekstra belastning ved å legge pasienten i ØHD» (1).

«Den legen som legger inn på ØHD blir sittende med ansvaret stort sett til neste morgen, og det kan være tungt å ta med seg oppi alt det andre du holder på med. Og den utryggheten fører til at det blir veldig varierende hva som blir lagt inn på ØHD» (1)

Den ene kommunelegen som jobber ved den interkommunale legevakten sier at det ikke påvirker han i særlig grad at han får mer ansvar ved å legge pasienten inn i ØHD. De er to leger på vakt, de kan dele på ansvaret og har en å rådføre seg med.

«At jeg jeg påfører meg mer arbeid ved å legge inn i ØHD, påvirker ikke meg i å bruke ØHD» (4).

En av kommunelegene mener at ressursmangel i form av utstyr og at en ikke har full undersøkelsesmulighet, kan hemme samarbeidet med lis-legen. Lis-legen forventer kanskje at de har gjort sånn og sånn før de sender pasienten til innleggelse, men det er ikke alltid de har helt optimale arbeidsforhold for å utføre det lis-legen forventer.

«En har ikke tilstrekkelig undersøkelses-metoder, en har ikke røntgen, blodgass (spesiell blodprøve fra arterie), eller laboratorium for å se om det er noe annet. Du har ikke mulighet til å følge verdiene. En har jo den usikkerheten der» (1).

Arbeidspress, mangel på tid og fullt belegg.

Alle kommunelegene mener at liten tid kan være en faktor som kan påvirke samarbeidet til lis-legen. De sier at det er mer krevende og tar lenger tid å henvise en pasient til ØHD enn det tar å legge pasienten inn på sykehuset. Det er enklere for alle kommuneleger å legge inn på sykehus uavhengig om de jobber ved den interkommunale legevakten eller i en kommune.

Den ene informanten sier at liten tid påvirker utfallet av om pasienten blir innlagt i en ØHD-seng eller på sykehus, og mener at å velge den minst tidkrevende løsningen vil i enkelte tilfeller være riktig prioritering.

«Når jeg har det travelt og det er mange pasienter på venterommet så vil dette påvirke meg så klart. Det blir enklere å legge pasienten inn på sykehus for det er ikke så tidkrevende og det kan være en riktig prioritering for de to neste pasientene som sitter og venter på hjelp» (3).

Informant 4 mener også at tid er en faktor som kan påvirke utfallet om han velger å legge pasienten inn akutt på sykehus eller på ØHD. Dette fordi det er en mer tidkrevende prosedyre å legge pasienter på ØHD enn å sende dem rett på sykehus. Det er mer byråkrati og flere skjemaer som må fylles ut.

«Det er litt mer tungvint å legge inn på ØHD. Det har med at det er mer papir å fylle ut. For der er det ikke bare innleggesskrivet, det er flere skjema som skal fylles ut. Føler på at dette kan være en terskel hvis jeg er i tvil om pasienten skal inn på ØHD eller innlegges i sykehus. Spesielt hvis jeg er presset på tid og det er mange på venterommet. Det virker negativt. Alt av byråkratiske øvelser virker hemmende og mot» (4).

Informant 1 mener det er mer arbeid å legge pasienter på ØHD, og en av årsakene er at en må lage en behandlingsplan.

«Det er litt mer arbeid å legge inn i ØHD fordi du må lage en behandlingsplan. Oppfølgingsplan» (1).

Informant 2 sier også at det er enklere å legge pasienten inn på sykehus enn i en ØHD-seng, og en slipper i tillegg ansvaret for pasienten.

«Ja det er riktig at det er enklere å legge pasienten inn på sykehus enn i en ØHD-seng. Da er det takk og farvel og du ser ikke pasienten mer» (2).

Informant 1 sier også at hvis det er travelt eller fullt på ØHD, da blir det av og til diskusjon om pasienten skal innlegges på sykehus eller ikke. Pasienten er da kanskje for frisk til å legges inn på sykehus, og kommunelegen synes kanskje at pasienten er for syk til å reise hjem, mens lis-legen mener at pasienten kan reise hjem og eventuelt ta ny kontakt om det er behov for det. Det handler om en typisk ØHD-pasient som kommunelegen ønsker å sende til

sykehuset, men lis-legen mener de kan behandle pasienten i kommunen, da oppstår det lett diskusjon og uenighet.

«Hvis det er fullt på ØHD og en sykepleier sier at det er helt kaos her, men vi har ledig en seng, men vi har det alt for travelt. Så kan det påvirke meg til å sende pasienten til sykehus» (2).

Informant 1 sier også at ØHD-sengen som er på sykehjemmet i kommunen også blir brukt til andre pasienter, pasienter som for eksempel blir utskrevet fra sykehuset og ikke er helt klare for å reise hjem. De bruker ØHD-plassene også til utskrivningsklare pasienter fra sykehuset og da kan det fort bli fullt i disse sengene.

«Vi har også fleksibilitet i forhold til andre typer pasienter på sykehjemmet. Vi har også pasienter som kommer tilbake fra sykehuset som vi legger i ØHD senger. Så da blir det ofte fullt. Sist jeg skulle legge pasient i ØHD fikk jeg beskjed om at det var fullt og pasienten måtte legges på sykehus» (1).

Informant 4 sier også at fullt belegg på ØHD ofte har hemmet han i å bruke tilbudet når han har ønsket det.

«Det som hemmet meg i natt var at det var fullt på ØHD. Det var faktisk to pasienter jeg kunne lagt inn på ØHD i natt, hadde det ikke vært for at det var fullt». (4).

4.3 Oppsummering.

Jeg har som utgangspunkt, for å finne ut av hvilke faktorer som påvirker samarbeidet og samhandlingen mellom lis-lege og kommunelege når det gjelder innleggelse i sykehus kontra bruk av ØHD, undersøkt hvilke oppfatninger lis-legene og kommunelegene har om dette.

Her vil jeg oppsummere de viktigste funnene som jeg også vil ta med meg videre i drøftingen.

Retningslinjer

Det kommer fram at både kommunelegene og lis-legene ikke kjenner så godt til retningslinjene for innleggelse i sykehus eller ØHD og de er heller ikke så opptatt av å bruke

dem i praksis. De forteller at de handler ut i fra egne vurderinger og erfaringer og i tillegg bruker de skjønn.

Ulikt syn på ØHD

Kommunelegene er ikke enige seg i mellom om hvilke type pasienter som bør legges inn på ØHD, de har ulikt syn på dette. I tillegg har lis-legene og kommunelegene også ulikt syn på hvilke pasienter som egner seg til å legge inn på ØHD. Dette kan føre til diskusjon og uenighet om hvor pasienten skal innlegges.

Noen av legene (både lis-lege og kommunelege) mener også at det er for strenge inklusjonskriterier for å legge inn på ØHD. De mener at mange flere pasienter kunne ha blitt lagt inn på ØHD enn det som blir praktisert i dag.

Den ene lis-legen mener at et samarbeid med kommunelegen om utarbeidingen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene kunne ført til bedre samarbeid, da dette kunne ført til at de hadde samme oppfatning og forståelse av hvilke pasienter kommunen kan klare å håndtere og hvem som trenger sykehusinnleggelse.

Kommunikasjon og kjemi

Både lis-legene og kommunelegene understreker at god kommunikasjon og det å omtale hverandre med respekt kan fremme samarbeidet deres.

Lis-legene sier at de enkelte ganger opplever at kommunelegen motarbeider dem og er direkte uhøflig i telefonen, og det skaper ikke godt grunnlag for samarbeidet. Dette skjer særlig når de er uenige om pasienten skal innlegges på sykehus eller i ØHD, eller om det er behov for innleggelse i det hele tatt.

Kommunelegene mener at det er viktig med en god og tett dialog til spesialisthelsetjenesten. De savner det å få konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet deres, dette mener de er viktig for å kunne gjøre en bedre jobb og det vil også kunne fremme samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. De poengterer at de savner tilbakemelding, men det kommer ikke fram at de har etterspurt dette heller.

Lis-legen sier at når kommunelegen har gjort et dårlig forarbeid og det mangler innleggelsesskriv, da skaper dette dårlig stemning og det hemmer samarbeidet dem imellom.

Den ene lis-legen ønsker seg ett standard innleggesskriv som kommunelegen må fylle ut før han sender pasienten til innleggelse.

Noen av legene har samarbeidet tidligere og kjenner hverandre fra før, og kommunelegene og lis-legene understreker at det er positivt for samarbeidet at de har kjennskap til hverandre. De mener at dette forenkler arbeidet. Det blir enklere i den forstand at de vet hva lis-legen står for og de vet hva de kan forholde seg til, og vil med dette spare mye unødvendig diskusjon.

Lis-legene mener også på den andre siden at kjennskap kan påvirke samarbeidet negativt. Lis-legene kjenner igjen de kommunelegene som gjentatte ganger legger inn pasienter unødvendig og de sier at de helt klart blir påvirket av dette. Det er enklere å samarbeide med de kommunelegene som en vet gjør grundig arbeid og legger inn bare når det er nødvendig.

Kunnskap om ØHD

Lis-legene opplever at kommunelegene mangler informasjon og kunnskap om ØHD-tilbudet. De opplever også at enkelte er usikre på hvilken oppfølging- og hvilke muligheter som finnes på ØHD, dette gjelder spesielt for vikarleger og turnusleger. Enkelte kommuneleger kan også glemme at ØHD-tilbudet finnes, ifølge lis-legene.

Kommunelegene fremhever at kjennskap til- og kunnskap om ØHD-tilbudet og hva de har å tilby av behandling og observasjon, er en viktig faktor for å føle seg trygge på å bruke tilbudet.

Usikkerhet og ansvarsfraskrivelse

Begge lis-legene synes det er en del unødvendige innleggelser i sykehus og årsaken til dette opplever de som veldig personavhengig. En av årsakene mener de kan være en viss grad av usikkerhet hos innleggende lege, og manglende evne til å leve med den usikkerheten. De mener at det også i enkelte tilfeller handler om ansvarsfraskrivelse, forstått som at det er enklere for kommunelegen å sende pasienten til sykehus enn å legge i en ØHD-seng. Kommunelegen forskyver da ansvaret og arbeidet over til spesialisthelsetjenesten.

I noen tilfeller har kommuneleger bestemt seg for at pasienten skal innleggelse i sykehus og er ikke interessert i å diskutere med lis-legen. Andre ganger har ikke kommunelegen sett eller undersøkt pasienten grundig nok før han sender pasienten til innleggelse.

Lis-legene opplever av og til at de kommunelegene med lang erfaring ikke er så lydhøre når de diskuterer med dem. De opplever det som enklere å gi råd og veiledning til turnuslegen.

Lis-legene forteller også om kommuneleger som gjør et godt forarbeid og undersøker pasienten grundig før de ringer og vil diskutere innleggelsen, men de opplever dette som veldig personavhengig.

Kommunelegene forteller at de føler på mye ansvar, og redselen for å gjøre feil gjør at de til tider legger inn pasienter på sykehuset som kanskje ikke hadde hatt behov for innleggelse. Dette gjør de for å være på den sikre siden. Dette kan skape diskusjon og uenighet med lis-legene.

Arbeidspress, mangel på tid

Kommunelegene mener at liten tid kan være en faktor som kan påvirke samarbeidet til lis-legene. Mine funn viser at det er mer krevende og tar lenger tid å henvise en pasient til ØHD kontra det å legge pasienten inn på sykehuset. Når de er presset på tid er det enklere å legge pasienten inn på sykehus enn i en ØHD-seng.

Ressursmangel

Kommunelegene mener også at ressursmangel i form av for lite utstyr, og at en ikke har full undersøkelsesmulighet, kan virke hemmende på samarbeidet med lis-legene, og at en av og til kan legge pasienter unødvendig inn på sykehus. De føler av og til at lis-legen forventer for mye av dem, men det er ikke alltid de har helt optimale arbeidsforhold til å utføre det lis-legen forventer.

Ulik organisering av ØHD og mangel på incentivordninger.

Lis-legen opplever at samarbeidet med kommunelegene fungerer bedre ved den interkommunale legevakta enn ved de andre ØHD-tilbudene rundt om i kommunene. De mener årsaken kan være at den interkommunale legevakta har to leger på vakt, og kan dele på ansvaret og arbeidet.

Både lis-legene og kommunelegene mener at det kan være hemmende for samarbeidet at det mangler incentiver for å bruke ØHD-tilbudet. I praksis påfører kommunelegen seg mer arbeid og ansvar som han ikke får betalt for.

Beleggsprosent ved interkommunal legevakt i 2016 var 34,7 %. Statistikk for den andre kommunen viser et belegg på 28 % på ØHD i 2016.

Press fra pårørende

Kommunelegene sier at det ikke er uvanlig at de opplever press fra pasienten og pårørende. De mener at pasienten og pårørende kan påvirke dem når det gjelder om pasienten skal innlegges eller ikke, og mange kan oppleve det som vanskelig. Dette kan føre til unødvendige innleggelser på sykehus og påvirker samarbeidet med lis-legen negativt.

5.0 DRØFTING AV FUNN

I lys av teori fra kapittel 2 vil jeg i dette kapitlet drøfte hovedfunnene i datamaterialet som danner grunnlag for diskusjon knyttet til problemstillingen min:

Hvilke faktorer påvirker samhandlingen/samarbeidet mellom kommunelege og lege i spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutte innleggelse i sykehus kontra bruk av det kommunale ØHD-tilbudet?

5.1 Retningslinjer i lys av institusjonell teori og prinsippal-agent-teori.

Funnene viser at de fleste av legene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke kjenner så godt til retningslinjene for innleggelse i sykehus, og de er heller ikke så opptatt av å følge dem. De handler mer ut fra egne erfaringer og vurderinger og bruker skjønn.

Det er lovpålagt at det skal finnes retningslinjer for innleggelse i sykehus og ØHD.

I lys av den regulative søylen i den institusjonelle teorien som handler om lover og bestemmelser og hvordan oppgavene skal gjennomføres, er det viktig å ta hensyn til retningslinjene for ikke å svekke omdømmet og legitimiteten (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214). Departementet pålegger kommunen og spesialisthelsetjenesten å samarbeide gjennom samhandlingsreformen og lovgivningen som er utarbeidet av Stortinget.

Sykehus og kommunehelsetjenesten er organisasjoner de fleste har krav og forventninger til, og de blir ofte utsatt for sterkt institusjonelt press fra omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 2013:203). Det blir viktig for legene å imøtekomme dette institusjonelle presset fra omgivelsene for å få legitimitet, og det kan de gjøre ved å følge retningslinjer som de er pålagt å følge.

Ser en dette fra et makronivå, har kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten en sosial forpliktelse for samfunnet og skattebetalerne om å forvalte offentlige tjenester på en god, trygg og samfunnsøkonomisk fornuftig måte. Dette må innfris for å oppnå legitimitet, og for å oppnå denne legitimiteten må legene følge lover og retningslinjer som har kommet med Samhandlingsreformen. Ut i fra mine funn viser det seg at det er de færreste av legene som følger retningslinjene eller tar hensyn til disse, det er andre faktorer som påvirker legene til å handle slik de gjør, noe jeg kommer nærmere inn på senere i drøftingen.

Dette kan føre til at de mister legitimitet, spesielt på et makronivå der det forventes blant annet av departementet at de følger retningslinjene for at vi i framtiden skal få en bærekraftig helsetjeneste i Norge. Dette er hovedmålet til Samhandlingsreformen.

I lys av den normative søylen i institusjonell teori ser en hvordan legene har en sosial forpliktelse til å tilpasse seg verdier og forventninger i omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 2013:214-215). Sett fra et mikronivå så forventer pasienten å få hjelp, men ut i fra mine funn er det tilsynelatende ikke så viktig for pasienten om de blir innlagt på sykehus eller i en ØHD-seng, bare de blir ivaretatt.

Funna viste at kommunelegene hadde ulikt syn på hvem som egnet seg for ØHD, dette vil jeg også drøfte i et eget avsnitt. Pasienten kan føle seg utrygg om han opplever å bli behandlet ulikt fra lege til lege. Dette gjelder spesielt kronikerne som kommer igjen med den samme problemstillingen. Kronikerne har ofte en kjent problemstilling og er derfor ut i fra retningslinjene en god kandidat for ØHD. Det at pasientene behandles ulikt kan føre til mistillit til systemet, og omdømmet og legitimiteten til legen kan bli svekket. Sentralt i studiet om institusjonelle omgivelser og hvordan de påvirker organisasjonene, står fenomenet isomorfi, det vil si at leger som er i samme type institusjonelle omgivelser, vil stadig bli likere hverandre (Jacobsen og Thorsvik, 2013:216). Dette skjer fordi det finnes antakelser om hva som er rasjonelt og fornuftig innenfor et organisatorisk felt, i dette tilfellet helsesektoren. Derfor kan kommunelegene møte press fra pasientene om å bli likere hverandre, dette fordi det finnes dominerende oppfatninger om hva som er «god og riktig» organisering, og i dette tilfellet hvor pasienten skal behandles.

Ser vi det i lys av den kognitive søylen i institusjonell teori, skiller den seg fra den normative ved at den fokuserer på sosiale grupper som er innenfor samme bransje eller samme handlingsmiljø (Jacobsen og Thorsvik, 2013:215). Kommunelegene og lis-legene er i samme bransje og jobber og samarbeider for et felles mål, som er å finne løsninger som kan ivareta pasienten på en god måte. Funna viser at kommunelegen og lis-legen har ulik oppfatning av hvilke pasienter som skal innlegges akutt på sykehus og hvem som kan innlegges på ØHD, dette på tross av at det finnes retningslinjer for dette. Dette kan føre til at de mister tilliten til hverandre og det kan være uheldig for samarbeidet dem imellom.

Det kommer fram i mine funn at det er mange faktorer som påvirker legene i deres valg om hvor pasienten skal innlegges. Dette kommer jeg mer inn på senere i drøftingen.

Ser en det i lys av Prinsipal-agent-teori der departementet er prinsipalen og kommunelegen er agenten, pålegger prinsipalen agenten gjennom Samhandlingsreformen å bruke ØHD og samarbeide med lis-legene på sykehuset, som også er agenter (Opstad, 2013:255).

Problemer oppstår når agenten ikke handler ut i fra prinsipalens mål og ønsker (Opstad, 2013:256). I dette tilfellet følger ikke kommunelegene, som er agenter, retningslinjene for innleggelse i sykehus eller ØHD, og det kom fram av funna at det kunne gå utover samarbeidet med lis-legene.

Opstad (2013) påpeker at det kan være flere grunner til at prinsipalen og agenten ikke har samme mål og interesser. Prinsipalen vektlegger de overordnede målene og helhetsvurderingene. I dette tilfellet er det å implementere en ny helsepolitikk gjennom Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformens intensjon er å dempe antall innleggelser på sykehus, og et av tiltakene er at kommunen skal etablere ØHD for å avlaste sykehusene.

Hvis agenten gjør en dårlig jobb og ikke følger retningslinjene som prinsipalen har gitt, og ikke bruker ØHD-tilbudet slik intensjonen til samhandlingsreformen er, vil dette være en kostnad for prinsipalen. Dette kaller vi for resttap. Resttap er de kostnadene som blir påført prinsipalen fordi agenten handler på en annen måte enn hva prinsipalen ville ha gjort i samme situasjon og med samme informasjonsgrunnlag. I dette tilfellet følger ikke kommunelegene retningslinjene og bruker ikke ØHD slik det var tenkt. Kostnadene vil komme til uttrykk i form av lavere måloppnåelse. Målet er å dempe antall innleggelser i sykehus og behandle pasienten på laveste effektive omsorgsnivå, ØHD er et virkemiddel for å oppnå dette. Det kom fram av funna at lis-legen synes at mange av pasientene som ble innlagt på sykehuset kunne ha blitt lagt i en ØHD-seng, og en årsak som funna viste var at kommunelegen ikke fulgte retningslinjene og la unødvendig mange pasienter inn på sykehuset. Dette kan igjen gå utover samarbeidet mellom lis-legen og kommunelegen.

For at ØHD skal kunne avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn ved ØHD-tilbud i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn på sykehus. I funna kom det fram at den ene kommunen også brukte ØHD-sengene til utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Dette førte til at det ofte var fullt på ØHD når en annen kommunelege ønsket å legge inn pasienter

der. I funna kom det også fram at dette var en årsak til diskusjon og uenighet mellom lis-legen og kommunelegen.

Prinsipalen har behov for å kontrollere det agenten foretar seg. Dette kan skje i form av retningslinjer, kontroller og instruksjer (Opstad, 2013:259). I dette tilfellet er det Samhandlingsreformen med lover og retningslinjer for innleggelse i sykehus og ØHD og i tillegg pålegger prinsipalen kommunehelsetjenesten å samarbeide med spesialisthelsetjenesten og omvendt. Siden prinsipalen kan ha manglende informasjon, kan styringen gi uheldige virkninger, som igjen kan føre til redusert handlefrihet for agenten, eller agenten kan oppleve at prinsipalen legger hindringer i veien slik at det kan bli vanskelig å utføre oppgavene i samsvar med intensjonen (Opstad, 2013:256). I funna kom det fram at kommunelegen påførte seg mer arbeid og ansvar ved å benytte seg av ØHD-tilbudet, noe han ikke fikk betalt for. Dette kan oppfattes som et hinder for å bruke tilbudet, og det kan igjen gå utover samarbeidet med lis-legen som forventer at kommunelegene skal bruke ØHD. Dette vil også føre til at kostnadene øker.

Reformen blir beskrevet som en «nullsumsreform» der effektivisering ved hjelp av omfordeling av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er en av hovedintensjonene (Foss, 2016). Det vil si at en har flyttet ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten for at kommunen skal etablere et ØHD-tilbud og drifte dette. Hvis ØHD ikke blir brukt etter intensjonen og de pasientene som var tiltenkt ØHD likevel kommer inn til sykehuset, da blir dette en økt kostnad. I tillegg kan dette føre til dårlig samarbeid med lis-legen og kommunelegen, som har forventninger til at ØHD-sengene blir brukt.

Den økte ressursbruken som prinsipalens styring medfører, kalles styringskostnader. Nå skal det nevnes at legene har stort handlingsrom til å utføre jobben sin, og det kommer til uttrykk i empirien at enkelte også er ganske egenrådige. Funna viser også at de er mer opptatt av å bruke skjønn enn å følge retningslinjer for innleggelse i sykehus og ØHD.

Når en styrer en virksomhet blir det en avveining mellom ønsket om å senke resttapet og de kostnadene et slikt tiltak krever. Summen av prinsipalens styringskostnader og resttap kalles agentkostnader (Opstad, 2013:260).

Hvor mange kontrolltiltak, som igjen vil gi økte styringskostnader, er prinsipalen villig til å iverksette for å kontrollere at kommunelegen følger retningslinjene? Sett fra en annen side

kan en også diskutere hvor tilrådelig det er å styre bruken av skjønn, og i hvilke grad det er fornuftig. Legegjerningen er en egen profesjon hvor mye av jobben deres handler om å bruke kunnskap, erfaring og skjønn og de har også stort handlingsrom for å utføre jobben sin. Samtidig er det viktig å ha standarder i helsesektoren for å imøtekomme fenomenet isomorfi som er sentralt i den institusjonelle teori, noe som er beskrevet tidligere. Dette fordi pasientene, pårørende, og samfunnet forøvrig har forventninger om å bli behandlet likt og på en best mulig måte.

5.2 Ulikt syn på ØHD i lys av samarbeidsteori.

Selv om det finnes retningslinjer, viser mine funn at lis-legene og kommunelegene har ulikt syn på hvilke pasienter som egner seg til å legge inn på ØHD. De viser også at kommunelegene seg i mellom har ulikt syn på hvilke pasienter som egner seg å legge på ØHD.

Funna viser også at noen av legene mener at inklusjonskriteriene er for strenge for å legge inn på ØHD, og med det mener de at flere pasienter burde ha blitt behandlet ved ØHD enn hva som er tilfelle i dag. Samtidig viser funn at en annen kommunelege mener at de legger for mye inn på ØHD i hans kommune. Dette viser at det er store variasjoner og ulikt syn på hva de ulike legene mener om hvilke pasienter som egner seg for ØHD-tilbudet.

Hvis en ser på premisser for å lykkes med samarbeid kan en først se på domenekompatibilitet, som handler om at offentlige organisasjoner har et ønske om å forsvare, og utvide eget domene (Knudsen, 2004:43). I følge Knudsen (2004) kan vi bruke domeneavklaring som refleksjon om samarbeidet, i dette tilfellet mellom lis-legen og kommunelegene sine arbeidsoppgaver som et kompromiss eller forhandlingsresultat. Det kan også defineres et problemområde av felles interesse som i dette tilfellet er ulik oppfatning om bruk av ØHD-tilbud og hvem som trenger akutt innleggelse i sykehus. Det er naturlig at de fleste vil forsvare og gjerne også utvide sitt eget domene. I beste fall vil kommunelegen gjøre en god jobb, og økonomisere og utveksle ressurser med lis-legen for å ivareta domeneinteressen. En kan også bruke politiske midler, som det kom fram av funna at den ene kommunen hadde gjort. På grunn av ØHD-ansvaret fikk kommunelegene ekstra betalt når de hadde legevakt. En ville tro at dette kunne stimulere til mer bruk av ØHD, som igjen kunne ført til bedre samarbeid mellom lis-legene og kommunelegene. Samme kommune viser til et ØHD-belegg på 28 % i 2016.

Av og til kan legene også ty til negative strategier for å forsvare hva de oppfatter som legitim interesse, dette kan sammenlignes med agentproblem i prinsippal-agent teorien når agenten får opportunistisk adferd. Dette handler om at agenten vil ivareta egeninteressen, og det kommer fram av funna, at det er enklere for kommunelegen å legge pasienten inn på sykehus enn å benytte en ØHD-seng, og han fraskriver seg da i praksis både ansvar og arbeid med pasienten ved å velge sykehus.. I rapporten fra Riksrevisjonen (Foss, 2016) kom det også fram at det var tidkrevende innleggelsesprosedyrer for ØHD, og det var en av årsakene til at ikke flere pasienter legges inn ved ØHD.

Hvis både kommunelegene og lis-legene tyr til negative strategier samtidig, kan det oppstå konkurranse og konflikt snarere enn samarbeid og det er dette som skjer når legene har ulik oppfatning av bruken av ØHD og akutte innleggelser i sykehus. De vil på hver sin kant forsvare sitt domene og sine interesser og meninger.

Dersom legene har fullstendig sammenfallende domener, vil dette innebære konkurranse. Legene utøver samme funksjon, som er å hjelpe pasienten, og dette kan føre til at de motarbeider og konkurrerer med hverandre om hvem som vet best og hva som er det beste for pasientene.

Hvis legene har delvis overlappende domene, kan de utfylle og utnytte hverandre sin kompetanse. Dette kan de gjøre ved å gi råd, veiledning og støtte hverandre. De kan bruke og benytte seg av hverandres kunnskap og ressurser. Det er dette som skjer når lis-legene og kommunelegene samarbeider, de betjener de samme pasientene med flere tilbud samtidig. I funna kommer det fram at de er uenige om ØHD-bruken. Hvis de da hadde vært enige om inklusjons- og eksklusjonskriteriene for ØHD og hvilke pasienter som skal innlegges akutt i sykehus kunne dette samarbeidet fungert fint og de hadde utfylt hverandre med ulik kompetanse og ulike behandlingsmuligheter. De kunne ha gitt pasienten best mulig behandling og ivaretatt Leon-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå).

Selv om sykehusene er spesialistene er det ikke sikkert at det å bli behandlet på sykehus er det beste for pasienten. Mange av de eldre hadde hatt bedre av å slippe å reise den lange veien det ofte er til sykehuset, og heller bli behandlet i sin egen kommune, hvor de ofte også har sine pårørende i nærheten. En av intensjonene til Samhandlingsreformen er at spesielt de eldre skal slippe å reise langt, men få behandling i nærheten av der de bor.

Det kom også fram av empirien at det er mange unødvendige innleggelse på sykehuset. I mange tilfeller kunne lis-legen gitt kommunelegen råd og veiledning om hvordan han kunne ha behandlet pasienten i en ØHD-seng eller på sykehjemmet. Da kunne lis-legen ha samarbeidet med kommunelegen og utnyttet de mulighetene kommunen har for å behandle pasienter, samtidig som han hadde spart sykehuset for en unødvendig innleggelse, noe som også hadde vært samfunnsøkonomisk riktig.

Dette forutsetter at kommunelegen er mottakelig for råd og veiledning. Det kom fram av funna at ikke alle kommunelegene ønsket å diskutere pasienten med lis-legen, mens andre gav uttrykk for at de hadde stor nytte av det.

Første betingelse for godt samarbeid er at det må være en nyttig fordeling av oppgaver mellom legene, det er dette som forstås som domenekompatibilitet. Ikke alle kommunelegene mente at betingelsene var like gode for å bruke ØHD, i empirien kom det fram at mange kommuneleger mente at det ikke var motiverende at de skulle bli påført mer arbeid og ansvar med å bruke ØHD.

Videre må en se på ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet og dette forutsetter at en har delvis overlappende domene og mulighet for samarbeidsgevinst (Knudsen, 2004:44).

Ideologisk kompatibilitet kan være syn på hva som er gode behandlingsmåter og arbeidsmåter. I dette tilfellet er det uenighet om hvor pasienten skal innlegges og behandles.

For at de skal oppnå et godt samarbeid er det viktig at de har et tilnærmet likt syn på hva som er gode behandlingsmåter og arbeidsmåter. Dette vil si at de er mer enig i hvilke type pasienter som egner seg å legge inn på ØHD og hvem som trenger sykehusinnleggelse. I funna kom det fram at det var store variasjoner og uenighet om hvem som skulle innlegges i ØHD.

Kvalitetsmessig kompatibilitet er legene sine vurderinger av hverandres faglige prestasjonsnivå (Knudsen, 2004:45). Dette innebærer ikke at bare leger med topp kompetanse og faglig nivå kan samarbeide. Det er viktigere at legene som skal samarbeide bør ha et nokså likt kvalitetsnivå, og i det minste ha respekt for hverandres arbeid. I funna kom det fram at lis-legen i mange tilfeller mente at kommunelegen manglet respekt for spesialisthelsetjenesten i form av at de ikke gjør godt nok arbeid før de ber om hjelp og sender pasienten til

innleggelse. Dette kommer fram i funna i form av manglende og dårlige innleggesskriv og at de sender pasienten til sykehuset uten først å melde fra. Funna viste at lis-legene mente dette var uheldig for samarbeidet, dette skapte unødige mye irritasjon og ekstraarbeid for dem. I Nilsen (2012) sin masteravhandling som handler om «hva som hemmer- og fremmer samhandling», kom det fram at respekt for hverandres arbeid var en viktig faktor for å fremme samhandling.

I følge Knudsen (2004) er tillit og respekt viktig, han mener at tillit mellom legene og mulighet for reell nytte av samarbeidet er avgjørende komponenter for å få til et godt samarbeid.

Dersom en har en viss grad av domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, da har en viktige betingelser til stede for samarbeid (Knudsen, 2004:46). Likevel er ikke dette alltid nok for å få til samarbeid. I følge Knudsen (2004) kan det noen ganger være ønskelig eller påkrevd med et påtrykk eller mandat, som i dette tilfellet er Samhandlingsreformen.

En forutsetning for at departementet skal få gjennomslag for mandatet er at en har nødvendig autoritet. En bør også ha noe å tilby for å gjøre dette interessant, og en bør ha legitimitet og delvis økonomisk juridisk makt (Knudsen, 2004:46). Funna forteller at kommunelegene i dag ikke får noe ekstra for å benytte ØHD-tilbudet, tvert imot får de mer arbeid og ansvar uten ekstra betaling. I mine funn kom det fram at i en kommune hadde kommunelegene hatt lokale forhandlinger og forhandlet seg fram til et ekstra tillegg når de hadde legevakt, dette på grunn av merbelastningen bruken av ØHD medfører. Jeg vet ikke hvor utbredt dette er rundt om i kommunene, men det kom fram av funna at kommunelegene i denne ene kommunen hadde på eget initiativ forhandlet med sin kommune om dette. Det hadde vært en bedre løsning om dette kom sentralt ifra slik at dette kunne stimulere alle kommunene til å bruke ØHD-tilbudet mer.

Knudsen (2004) sier at den mest grunnleggende forutsetningen for å lykkes med interorganisatorisk koordinering er at det eksisterer et behov for det. Det må være nyttig å samarbeide. Sett fra et overordnet perspektiv er det behov for etablering av ØHD-senger for at vi i framtiden skal ha et bærekraftig helsevesen. Problemene oppstår når prinsipalen, som er departementet, ikke forstår agenten sin arbeidssituasjon og det oppstår agentproblemer. Da er vi igjen inne på at prinsipalen er mest opptatt av helheten og overordnede mål, mens agenten har mer nærhet til brukeren som er pasienten, og ser hvor skoen trykker. I funna kom det fram

at press fra pårørende, ressursmangel og arbeidspress, som jeg vil drøfte senere i kapitlet, var noen årsaker som kunne påvirke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Teorien peker også på en del strukturelle betingelser og forutsetninger, men for å lykkes med samarbeid i praksis kreves det god ledelse, god organisasjonskultur, vilje og evne (Knudsen, 2004:70).

5.3 Samarbeid om inklusjons- og eksklusjonskriteriene for ØHD sett i lys av samarbeidsteori og institusjonell teori.

I funna kommer det fram at lis-legen mente det kunne ha vært nyttig å diskutere inklusjonskriteriene for ØHD sammen med kommunelegene, og samtidig vurdere hvem som trenger sykehusinnleggelse. Han mente at dette kunne fremmet samarbeidet mellom dem.

Ser en dette i lys av samarbeidsteori og premisser for samarbeid, da kan domenekompatibilitet brukes for domeneavklaring som refleksjon om deling av arbeidsoppgaver som et kompromiss eller forhandlingsresultat. I dette tilfellet vil det handle om hvem som skal ta seg av pasienten. Hvis både kommunelegene og lis-legene hadde gått sammen og diskutert hvilke pasienter som egner seg best for ØHD og hvilke pasienter som trenger innleggelse på sykehus, ville dette ført til større forståelse og enighet om hvor pasienten skal innlegges. Dette igjen ville ha ført til bedre samarbeid og forståelse for hverandres arbeid.

I dette tilfellet har legen delvis overlappende domene, og de kan utfylle hverandre og utnytte hverandres kompetanse. Dette skjer gjennom at de betjener samme pasientgruppe med flere tilbud samtidig, altså sykehusinnleggelse kontra ØHD-tilbud. De er begge leger som arbeider for å finne gode løsninger for pasienten, det er da viktig at de er enige om kriteriene for hvor pasienten skal innlegges. Det kan være positivt å diskutere dette sammen da de ser dette fra to ulike ståsteder, dette kan føre til større forståelse og dermed bedre samarbeid dem i mellom.

Knudsen (2004) sier at første betingelse for et godt samarbeid er at det må være nyttig ut fra fordelingen av oppgaver.

Vi kan videre se på ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet og det forutsetter at legen har et delvis overlappende domene og mulighet for samarbeidsgevinst, og det kunne de fått om de hadde blitt enige om fordelingen av pasientene. Neste betingelse blir at legen har kompatible ideologer og kompatible kvalitetsmessige oppfatninger av hverandre.

Ideologisk kompatibilitet kan være syn på hva som er gode behandlingsformer og arbeidsmåter. Det er dette lis-legene og kommunelegene kan diskutere og bli enige om, og kommunelegene kan ut i fra sine ressurser legge fram hva de klarer å behandle og håndtere på ØHD, og hva som ikke er mulig. Da blir det enklere for lis-legene å forstå kommunelegene sitt faglige prestasjonsnivå som handler om kvalitetsmessig kompatibilitet. Det blir da viktig for samarbeidet at de har respekt for hverandres arbeid.

Knudsen (2004) hevder at tillit og respekt blir viktig, og tillit mellom legene og muligheten for reell nytte av samarbeidet blir avgjørende komponenter. Respekt er en viktig faktor for å fremme samhandling, dette kom også fram i masteravhandlingen til Nilsen (2012).

Dersom legene har en viss grad av domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, da har en viktige betingelser til stede for å få til et samarbeid. Likevel er ikke dette alltid nok for å få til et samarbeid. Noen ganger kan det være ønskelig eller påkrevd med et påtrykk eller et mandat. Mandatet kan i dette tilfellet være at en overordnet sier at det skal opprettes en arbeidsgruppe som består av både lis-leger og kommuneleger og de skal sammen diskutere og forhåpentligvis bli enige om inklusjons- og eksklusjonskriteriene for innleggelse i ØHD. Det vil da også bli naturlig å diskutere retningslinjer for hvem som skal innlegges akutt på sykehus, og hva som ikke trenger innleggelse, da dette henger sammen med hvem som skal innlegges på ØHD. Dette kunne ført til mer enighet og forståelse mellom lis-legene og kommunelegene, som igjen kunne ført til bedre samarbeid.

Ser en samarbeidet i lys av institusjonell teori er det viktig å tilpasse seg den regulative søylen som handler om lover og bestemmelser. Samarbeidet og enighet om inklusjons- og eksklusjonskriteriene for ØHD og klarere retningslinjer for akutt innleggelse i sykehus kan skape forutsigbarhet for brukeren og samarbeidspartnere som i dette tilfelle er lis-legen, noe som igjen kan skape tillit, legitimitet og bedre samarbeidsklima.

Sett fra et makroperspektiv, er den normative søylen i institusjonell teori opptatt av å få moralsk aksept, og det vil si at skattebetalerne er opptatt av at pengene til offentlige tjenester blir forvaltet på en god måte som er det beste for samfunnet. Hvis ikke ØHD-tilbudet blir brukt etter intensjonen til Samhandlingsreformen kan dette føre til mistillit i samfunnet og hos skattebetalerne.

I lys av den kognitive søylen, sett fra et mikroperspektiv, kan en se at lis-legene og kommunelegene er i samme bransje eller handlingsmiljø, og de har bestemte oppfatninger om hva som er riktig og hva som må gjøres i forhold til ØHD og akutte innleggelser i sykehus. Legitimitetsproblemet kan oppstå når kommunelegene ikke passer til forventningene som blir tatt for gitt av lis-legene, det vil si at de ikke er enige om hvem som skal innlegges på ØHD eller i sykehus. Dette kan skape mistillit mellom lis-legene og kommunelegene og det kan gå utover samarbeidet.

5.4 Kommunikasjon, kjemi og relasjon i lys av forventningsteori.

Funna forteller at lis-legene mener at god kommunikasjon er viktig for godt samarbeid og samhandling. De opplever enkelte ganger at kommunelegene motarbeider dem og de av og til er uhøflige i telefonen. Funna viser også at kommunelegen kan vri på sykehistorien til pasienten for å få pasienten innlagt på sykehus. Dette opplever lis-legene som uheldig for samarbeidet.

I funna kommer det også fram at kommunelegene mener at det viktig med god kommunikasjon og å omtale hverandre med respekt. Ut i fra funna savner kommunelegene en tettere dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Noen savner tilbakemeldinger på dårlige- og manglende henvisninger. I dag viser funna at de av og til får tilbakemelding som en sur kommentar i epikrisen, og dette opplever de som uheldig for samarbeidet.

Sentralt i forventningsteori står «valens», og det betyr at en ikke kan forvente at mennesker vil yte noe ekstra for noe en ikke er interessert i. Det blir da viktig å finne ut hva den enkelte ønsker seg, dette for å oppnå et effektivt belønningssystem. Hvorfor mennesker handler som de gjør kan beskrives gjennom Maslow sin behovsteori. Maslow mente at alle mennesker har fem grunnleggende behov: Fysiologiske behov, sikkerhetsbehov, sosiale behov, behov for anerkjennelse og behov for selvrealisering (Jacobsen og Thorsvik, 2016:251).

Maslow sine behov vil motivere til å handle for å dekke disse ulike behovene. En kan derfor si at dårlig kommunikasjon ikke fører til motivasjon for å samarbeide, fordi det er brudd på de sosiale behovene som har med tilhørighet i sosiale grupper og følelsesmessige bånd til andre mennesker å gjøre. En får ikke lyst til å samarbeide og være imøtekommende med en person

som en opplever motarbeider deg eller prater direkte uhøflig til deg, og det igjen kan jo virke krenkende og er et brudd på behovet for anerkjennelse.

Herzbergs tofaktorteori handler om faktorer som fremmer tilfredshet og skaper mistrivsel på en arbeidsplass. Den ene kalles motivasjonsfaktorer og handler om trivsel og den andre kalles hygienefaktorer, og handler om arbeidsmiljøet (Jacobsen og Thorsvik, 2016:260-261).

En kan si at det er en sammenheng mellom Herzberg og Maslow. Motivasjonsfaktorene kan sammenlignes med Maslow sine behov for anerkjennelse og selvrealisering.

Motivasjonsfaktorene handler om at det er viktig å få anerkjennelse fra andre om at en gjør en god jobb, og for å skape trivsel og bli motivert i det videre arbeid. Ved behov bør en få en konstruktiv tilbakemelding om at en kan gjøre ting annerledes og kanskje komme til enighet om hva som er mulig å gjennomføre. Det kom fram av funna at enkelte kommuneleger savner å få tilbakemelding på arbeidet og henvisningene deres av lis-legen. Den ene kommunelegen mente det kunne ha vært nyttig og kanskje lærerikt å få tilbakemelding på dette. Dette handler om en tettere dialog mellom lis-legene og kommunelegene, og skal en få til det må en snakke med hverandre med respekt og ha respekt for den andre sitt arbeid. Det å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger og diskutere med hverandre på en respektfull måte kan skape bedre samarbeidsmiljø. Respekt er viktig for å få til god samhandling (Nilsen, 2012).

Funna viser at lis-legen på den andre siden mener at et standard innleggesskriv kunne ha vært nyttig, da de ofte opplever manglende og dårlige henvisninger fra en del kommuneleger. Dette mener lis-legen kunne ha spart dem for unødvendig arbeid, som de forventet at kommunelegen skulle gjort før pasienten kom til sykehuset, og kanskje kunne en ha unngått en del unødvendige innleggelser om kommunelegen hadde tatt seg tid til å undersøke pasienten grundigere.

Et slik standard innleggesskriv kunne ført til at kommunelegen måtte ta seg tid til å undersøke pasienten på en måte som ble forventet av lis-legene. På den andre siden er det ikke sikkert at kommunelegene som er veldig selvstendige og noen ganske egenrådige, hadde likt at spesialisthelsetjenesten hadde lagt slike føringer for dem. Funna viste at kommunelegene er ganske egenrådige og lar seg ikke alltid styre så godt.

Går en tilbake til Herzberg og Maslow er det også en sammenheng når det gjelder Hygienefaktorene som omtaler arbeidsmiljøet. Hygienefaktorene til Herzberg kan sammenlignes med fysiologiske behov, sikkerhetsbehov og sosiale behov hos Maslow.

Ser en det i lys av Hygienefaktorene, da har kommunelegen et sikkerhetsbehov som kan handle om både fysisk og følelsesmessig sikkerhet. Kommunelegen har større motivasjon for å legge pasienten inn på sykehus enn selv å behandle pasienten i en ØHD-seng når han er usikker på om det kan være noe alvorlig som feiler pasienten, dette kom fram i funna. Det blir da en større motivasjon å skyve dette ansvaret og jobben over til spesialisthelsetjenesten. Det kan av og til hende at legen sitt behov for å legge pasienten inn på sykehus er så sterkt at han får en opportunistisk adferd, noe som jeg har omtalt tidligere i Prinsipal agent-teori. Det kom fram i funna at enkelte kommuneleger kunne «vri på sykehistorien» for å få pasienten innlagt. Funna viste også at kommunelegene følte på mye ansvar og var redd for å gjøre feil, og dette førte til unødvendige innleggelser, noe som igjen virket negativt inn på samarbeidet.

Kommunelegene har også fysiologiske behov som sult, tørst og søvn som de ønsker å dekke. Når kommunelegen som har vakt har det travelt, er sliten og mangler søvn og ikke har fått spist og drukket på en god stund og det sitter mange pasienter på venterommet, da er det enklere for kommunelegen å legge pasienten rett inn på sykehus. Funna viste at det var mindre tidkrevende og en slapp selv ansvaret og arbeidet med å følge opp pasienten. Dette viste også funna i rapporten fra Riksrevisjonen (Foss, 2016), at det er mer tidkrevende å legge pasienter inn på ØHD enn i sykehus.

I funna kom det fram at både kommunelegene og lis-legene mente at personlig kjennskap til hverandre både kan fremme og hemme samarbeidet dem imellom. Det at en kjenner hverandre fra før kan gjøre arbeidet enklere, da en vet hva den andre står for og en kan spare mye unødvendig diskusjon. I masteravhandlingen til Wallenius (2013) kom det også fram i funna, at for å lykkes med samhandling var det viktig å bruke tid på bli kjent med hverandre.

En kan også se personlig kjennskap i lys av forventningsteori og Maslow sine grunnleggende behov som sosiale behov som handler om tilhørighet i sosiale grupper og følelsesmessige bånd til andre mennesker. Dette handler også om hygienefaktorer i Herzbergs tofaktorteori som omhandler arbeidsmiljøet. Mistrivsel i den grad de ikke er til stede, men ikke nødvendigvis trivsel i den grad de er til stede. Det vil si at det er en forutsetning at disse faktorene er til stede for å få til et godt arbeidsmiljø (Jacobsen og Thorsvik, 2013:260-261). Det er ganske innlysende at det er positivt for samarbeidet at en kjenner hverandre og kanskje er trygge på hverandre og vet hva den andre står for.

Funna viste også at lis-legene mente også at det i enkelte tilfeller kan hemme samarbeidet når en kjenner hverandre. I funna kommer det fram at det ikke er like enkelt å samarbeide med en

kommunelege som en erfaringsmessig vet gjør en dårlig undersøkelse av pasienten før de sender dem til innleggelse på sykehus. Når pasienten kommer til akuttmottaket må lis-legen gjøre arbeidet til kommunelegen og finne ut hva som feiler pasienten og hvilken avdeling han skal til. Denne jobben burde kommunelegen ha gjort før pasienten ble sendt. I funna kom det fram at lis-legen mente dette var mangel på respekt fra kommunelegen. I de tilfellene kunne kjennskap oppleves som negativt for samarbeidet fordi lis-legene ble forutinntatt av tidligere episoder.

5.5 Personavhengighet, usikkerhet og ansvarsfraskrivelse i lys av forventningsteori og prinsipal-agent-teori.

Funna forteller at begge legene i spesialisthelsetjenesten mener at mange innleggelser på sykehus og lite bruk av ØHD-senger er personavhengig, og at årsaken kan være en viss grad av usikkerhet og manglende evne til å leve med den usikkerheten. I forventningsteorien er «valens» (verdi knyttet til belønning) sentralt, og det betyr at en ikke kan forvente at mennesker vil yte noe ekstra for noe en ikke er interessert i (Knudsen, 2013:251).

Kommunelegen er ikke interessert i å påføre seg noe som gjør ham usikker, og derfor er det enklere å sende pasienten til sykehuset og la andre overta ansvaret, dette kommer fram i mine funn.

En kan da diskutere om det er en del av jobben til kommunelegen å leve med den usikkerheten. Det kommer fram av empirien at det er personavhengig å ha den evnen å leve med den usikkerheten som det er å ta avgjørelser, og å ha ansvar alene ute i kommunen. Det er kanskje ikke alle leger som egner seg like godt til å jobbe som kommuneleger.

I funna kom det fram at lis-legen mente at det ville ha vært en fordel om kommunelegen hadde hatt mer kunnskap om ØHD og hva tilbudet innebærer, og kommunelegene fremhever også at kjennskap og kunnskap om ØHD-tilbudet er en viktig faktor for å føle seg trygge på å bruke tilbudet. Dette kom fram av empirien. I rapporten fra Riksrevisjonene (Foss, 2016) kom det også fram, at det var usikkerhet angående kvaliteten på ØHD hos kommunelegene og dette var en faktor som hemmet bruken av ØHD.

Den ene kommunelegen mente at hospitering for de kommunelegene som er knyttet til den interkommunale legevakten, og som ikke har legevakt, kunne være et bra tiltak for å gjøre seg kjent med tilbudet og kunne føle seg tryggere på å bruke det.

Samtidig kan en forstå at legen handler som han gjør når han er usikker, fordi «valens» (verdi knyttet til belønning) multiplisert med «instrumentalitet» (forventning om at det man gjør vil føre til belønning) er lik: Motivasjon. Kommunelegen finner ingen motivasjon av å påføre seg usikkerhet og mer arbeid.

I empirien kommer det fram at også kommunelegen opplever samarbeidet med lis-legen som veldig ulikt, avhengig av hvor mye erfaring lis-legen har. De fleste synes det er nyttig å diskutere innleggelse med lis-legen og opplever det positivt, mens enkelte sier at de aldri har behov for å diskutere innleggelse med lis-legen.

Funna viser at lis-legene opplever at vikarlegene og turnuslegene i kommunen ofte trenger mer råd og veiledning enn de mer erfarne legene. Funna fortalte også at vikarlegene og turnuslegene la inn mange pasienter på sykehuset og vegret seg ofte for å bruke ØHD-tilbudet og lis-legene tror det skyldes usikkerhet.

Samtidig forteller funna at lis-legene opplever enkelte kommuneleger som veldig egenrådige og at de ikke er interessert i å diskutere og høre på råd og veiledning, ofte er dette erfarne leger som har jobbet en stund. I funna kom det fram at enkelte kommuneleger følte seg usikre med å sitte alene med ansvaret for pasienten, og da er det litt rart at enkelte av kommunelegene ikke er mer interessert i å diskutere med lis-legen. Det kom fram i empirien at legene hadde høyt arbeidspress og liten tid til rådighet, og da er det mer motiverende og enklere å sende pasienten til sykehus. Funna viste at dette førte til flere unødvendige innleggelser og påvirket samarbeidet mellom lis-legen og kommunelegen negativt.

Lis-legene mener at en god del av unødvendige innleggelser på sykehus skyldes at kommunelegen har bestemt seg for innleggelse i sykehus og ikke er interessert i å diskutere med lis-legen. I empirien kom det fram, at dersom kommunelegen møtte motstand hos lis-legen ved innleggelse av en pasient, hendte det at han kunne vri sykehistorien til en innleggelse. Det vil si at kommunelegen tilegner pasienten symptomer som han ikke har, dette for å få aksept for innleggelse. Dette sier lis-legen at de opplever relativt ofte, og det kan oppleves veldig frustrerende og fører til dårlig samarbeid. Lis-legen får ikke avdekket dette før pasienten kommer til akuttmottaket og får undersøkt pasienten selv.

Ser en denne opportunistiske oppførselen i lys av prinsipal-agent-teorien er agenten ikke lojal og følger ikke opp de føringer som prinsipalen har lagt. Dette kan være fordi de ikke har samme mål og interesser. De kan ha ulik helhetsvurdering. Prinsipalen har også et mer

overordnet ansvar å ivareta. Agenten som er kommunelegen har nærmere kontakt med pasienten, og legger kanskje mer vekt på de behovene pasienten har. Agenten og prinsipalen kan ha ulik faglig bakgrunn. Begge aktørene vil ha egeninteresse, og agenten er ikke interessert i å påføre seg usikkerhet og mer arbeid, og det kan føre til agenten får en opportunistisk adferd, slik som beskrevet over. Det kom fram av funna at det er enklere og mindre tidkrevende for kommunelegen å legge pasienten inn på sykehus enn i en ØHD-seng, og i tillegg slipper han ansvaret.

Når agenten får en opportunistisk adferd som i dette tilfellet, hvor han vrir på sykehistorien og tillegger pasienten symptomer som han ikke har for å få pasienten innlagt på sykehus, da er det et agentproblem som beskrevet i prinsipal-agen-teori, og kan forklares ved hjelp av forventingsteorien. Motivasjon og vilje antas å ville oppstå når en person forventer at det er mulig å oppnå en belønning som en ønsker seg (Jacobsen og Thorsvik, 2013:249). En kan med andre ord si at motivasjon er resultat av mulig belønning. I dette tilfellet hvor kommunelegen gjør hva han kan for å få pasienten innlagt, må en gå ut i fra at motivasjonen er større for å få pasienten innlagt enn å beholde pasienten i en ØHD-seng. Hvorfor motivasjonen er så stor for å få pasienten innlagt på sykehus kan ha ulike årsaker, funna forteller om usikkerhet og ansvarsfraskrivelse som mulig årsak.

5.6 Arbeidspress, mangel på tid og fullt belegg i lys av mandatperspektivet og prinsipal- agent-teori.

I empirien kom det fram at det kunne oppstå uenighet mellom lis-legen og kommunelegen om pasienten skal innlegges på sykehus, ØHD eller om det er behov for innleggelse i det hele tatt. I funna kom det fram at høyt arbeidspress kunne være en årsak. Det kom også fram av funna at det høye arbeidspresset hos kommunelegene kunne føre til at de gjorde et dårlig forarbeid og ikke undersøkte pasienten godt nok før de sendte pasienten til innleggelse. Når kommunelegen ikke tar seg tid til å undersøke pasienten er det også vanskelig å vite om han er kandidat for ØHD, og dette igjen kan føre til unødvendige innleggelser som igjen kan gå utover samarbeidet mellom lis-legene og kommunelegene.

I funna kom det fram at lis-legene hevdet at det er veldig ulikt hvor godt forarbeid kommunelegene gjorde før de sendte pasientene til innleggelse. Det vil si at noen undersøkte pasienten godt og hadde en viss formening om hva dette kunne være og mente at dette var såpass alvorlig at det krevde en videre sykehusinnleggelse. I funna kom det fram at andre

kommuneleger knapt hadde sett pasienten og kanskje ikke hadde gjort noen undersøkelser i det hele tatt før de sendte pasienten til innleggelse i sykehus. Funna sier også at enkelte kommuneleger sender pasienten til sykehus uten å melde denne først, og når det i tillegg mangler innleggelsesskriv, noe som også kom fra i funna, da kan det bli utfordrende for sykepleier i akuttmottaket å vite hvor pasienten skal. Først må det finnes ut av hva som feiler pasienten, er det medisinsk, kirurgisk, ortopedisk eller nevrologisk? Deretter må en ta kontakt med rette lege på sykehuset, som ikke vet eller har hørt noe om pasienten. Legene på sykehuset får da en del ekstraarbeid med å undersøke pasienten og finne ut hvilken avdeling han skal til. Dette er forarbeid som kommunelegen skulle ha gjort før han sendte pasienten til innleggelse på sykehuset. Når dette mangler blir det dårlig samarbeidsklima mellom kommunelegene og lis-legene.

Det at kvaliteten på forarbeidet til kommunelegene varierer mye fra lege til lege kan som nevnt tidligere skyldes tidsmangel, men funna viste også at kommunelegene ikke alltid hadde så gode muligheter for å undersøke pasienten så grundig som lis-legen ønsket. Noen ganger kunne det være en lang omvei først å kjøre til legekantoret, for deretter å kjøre til sykehuset. Hvis kommunelegen er rimelig sikker på at det skal være innleggelse i sykehus kan det være enklere for både legen og pasienten at pasienten kjøres rett til sykehuset. Denne løsningen kan synes bra om legen har klare indikasjoner for at dette er en innleggelse, men er legen i tvil eller usikker og det ikke står om liv så er det rimelig at kommunelegen ser og undersøker pasienten før han sender vedkommende til sykehuset. Dette for å gjøre jobben sin og «rute» pasienten til rett avdeling og rett lege, og ikke overlate det til sykepleier i akuttmottak å finne ut hvilken avdeling pasienten skal til. Deretter må lis-legen gjøre jobben til kommunelegen og finne ut hva som feiler pasienten og vurdere om vedkommende trenger innleggelse. Det som er beskrevet her fører til dårlig samarbeid mellom lis-legene og kommunelegene.

I definisjon på samarbeid sies det at: «*Samarbeid har i seg ønsket om- og troen på bedre å kunne oppnå mål i felleskap enn hver for seg, men det har innbygd et konfliktpotensiale. Samarbeid søkes ut fra egeninteresse og er i utgangspunktet tuftet på tillit og interessefellesskap*» (Zahl, 2000:48).

For å se nærmere på dette samarbeidet kan en se dette i lys av mandatperspektivet. Dette perspektivet blir viktig når høyere instanser som departementet griper inn og sier at samhandling bør finne sted, selv om enhetene ikke ser at de har noe fordel av dette. I slike

tilfeller er det nødvendig at overordnet myndighet, som i dette tilfellet er departementet, etablerer et mandat for samarbeid. Samhandlingsreformen pålegger kommunene og spesialisthelsetjenesten å samarbeide. Det er ikke alltid departementet og kommunelegene har felles mål og det handles ofte ut i fra egeninteresse, som nevnt tidligere i prinsipal-agent-teorien. Da kan mandatgivende myndighet gå ut med tiltak som standardisering, når de ser behov og muligheter for totalforbedring gjennom koordinering og samarbeid.

Det kan være ulike årsaker til motarbeiding av mandatet for samarbeid. Det at kravet kommer ovenfra kan i seg selv skape motstand. Empirien viser til at legene kan være ganske egenrådige og ikke lar seg så lett styre. I funna kom det fram at legene ikke var særlig opptatt av å følge retningslinjene.

Både kommunelegen og lis-legen mener at fullt belegg på både ØHD og sykehus-avdelingen kan påvirke samarbeidet deres, dette kom fram i mine funn. Lis-legen sier at det er enklere å være imøtekommende og si ja til innleggelse i sykehus når en har god plass og det ikke er fullt i avdelingen.

Når det er fullt belegg på ØHD forteller kommunelegen at det ofte blir diskusjon med lis-legen om pasienten trenger sykehusinnleggelse. Dette kan tyde på at ØHD-pasientene er pasienter som tidligere ble sendt hjem igjen, og da er vi tilbake til diskusjonen om at inklusjonskriteriene er for strenge. ØHD-pasientene skal være pasienter som tidligere ble innlagt på sykehus, dette for å avlaste sykehuset.

Den ene informanten forteller også at ØHD-sengene i hans kommune befinner seg på sykehjemmet der de også har senger for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Han forteller at disse sengene blir brukt litt om hverandre og ofte er det fullt på ØHD på grunn av dette. Beleggsprosenten her i 2016 var 28 % ved ØHD, da kan en gå ut i fra at det er andre pasienter som opptar sengeplassene til ØHD-pasientene.

Mangel på tid kan påvirke samarbeidet hevder både lis-legen og kommunelegen, dette kom fram i funna. Når lis-legen har det travelt i akuttmottaket og legevaktslegen har det travelt på legevakta, kan dette føre til dårlig samarbeid og gnisninger dem imellom.

Kommunelegen sier også at mangel på tid kan virke hemmende på samarbeidet, fordi det er enklere og tar mindre tid å legge pasienten inn på sykehus fremfor å legge pasienten på ØHD. De mener at dette kan påvirke dem når det er travelt og at de da legger unødvendig mange pasienter inn på sykehus, og det kan føre til diskusjon og uenighet med lis-legen.

Ser en dette i lys av prinsipal-agent-teori kan en si at det oppstår et agentproblem igjen. Prinsipalen og agenten har gjerne ikke samme mål og interesser og det kan skyldes at agenten har mer nærhet til brukeren. I teorien kan dette se uproblematisk ut for Prinsipalen, men i praksis hvor agenten befinner seg er det annerledes på grunn av andre faktorer som påvirker, som i dette tilfellet stort arbeidspress og mangel på tid. I tillegg er det to agenter som skal samarbeide og de har ulike ståsteder og kan også ha ulike egeninteresser. Funna viser at lis-legen mener det er altfor mange unødvendige innleggelser, og dette skaper unødvendig merarbeid for lis-legene. Funna viser også at kommunelegene kan ha egeninteresse av å sende pasienten fra seg når de er presset på tid.

Funna forteller også at lis-legen kan bli oppgitt når kommunelegen ringer og vil legge inn en pasient som han mener ikke trenger innleggelse, og det i tillegg er fullt og korridorpatienter på sengepost. Da kan det bli diskusjon og uenighet hvor pasienten skal innlegges.

Det er enklere og lettere for kommunelegen å legge pasienten inn på sykehus enn å legge vedkommende i en ØHD-seng, dette fordi det er en mer omfattende prosedyre for kommunelegen å legge pasienten inn i ØHD. Av og til er det egeninteressen som er utslagsgivende for kommunelegen. På den andre siden er det menneskelig og av og til riktig å velge enkleste utvei når en er presset på tid. Med tanke på de andre pasientene som sitter på venterommet for å få hjelp er det kanskje av og til riktig å få ting unna på enkleste måte, selv om det ikke alltid er den beste løsningen sett i fra Prinsipalen sitt overordna perspektiv.

5.7 Ressursmangel i lys av forventningsteori og mandatperspektivet.

I empirien kommer det fram at kommunelegene mener at ressursmangel i form av for lite utstyr og personell, og at en ikke har full undersøkelsesmulighet, kan virke hemmende på samarbeidet med lis-legene. Funna viser at kommunelegene av og til opplever at lis-legene forventer mye av dem, men det er ikke alltid de har helt optimale arbeidsforhold til å utføre det lis-legene forventer.

Ser en dette i lys av forventningsteori må kommunelegen ha tro på at det finnes en sammenheng mellom innsats og resultat og at han har mulighet til å nå resultatet som gir belønning. Dette blir problematisk når kommunelegen ikke har nok ressurser eller muligheter til å undersøke pasienten slik som lis-legen forventer. Hvis kommunelegen eksempelvis ikke har nok ressurser i form av sykepleiere til å overvåke og følge opp pasienten på en ØHD-seng.

da vil motivasjonen bli sterkere for å sende pasienten inn på sykehus, selv om det kanskje blir forventet av lis-legen at han burde håndtere dette ute i kommunen. Funna viste også at mangel på utstyr for å undersøke pasienten slik som lis-legen forventer også kunne gå utover samarbeidet mellom lis-legen og kommunelegen.

I funna kom det også fram at kommunelegene savnet en felles elektronisk plattform å samarbeide med spesialisthelsetjenesten på. De savner å ha en elektronisk dialog når de henviser pasientene. Dette mener de ville ha lettet og fremmet samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Kommunelegen mener at IKT-verktøyene mangler i dag. Ser en dette i lys av mandatperspektivet kan det synes som om en høyere instans bør gripe inn og styrke koordineringen og tilrettelegge samarbeidet mellom underordnede enheter som i dette tilfellet er spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette fordi departementet pålegger spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gjennom Samhandlingsreformen å samarbeide og da bør de også tilrettelegge slik at de kan ha en elektronisk dialog som kan lette samarbeidet dem i mellom.

5.8 Ulik organisering av ØHD og ansvarsfordeling i lys av prinsipal-agent-teori, forventningsteori og mandat- og utviklingsperspektivet.

I funna kommer det fram at lis-legene opplever bruken av ØHD som veldig ulikt fra kommune til kommune og funna viste at noe av årsaken kan skyldes ulik organisering og ansvarsfordeling.

I funna kom det fram at lis-legen mener at det kan være en fordel at det er to leger på vakt i kommunen slik som det er ved den interkommunale legevakten. Da slipper kommunelegen å sitte med ansvaret alene, og de mener at det kan føre til hyppigere bruk av ØHD-tilbudet. Lis-legen opplever at det fungerer bedre med ØHD ved den interkommunale legevakta enn hos de andre kommunene som bare har en lege på vakt, og som også har ansvar for ØHD. Dette kan underbygges ved å se på statistikken at det er høyere belegg på ØHD ved den interkommunale legevakta. Nå blir det ikke helt rett å trekke noen konklusjon på bakgrunn av statistikk fordi jeg bare har sett på en enkeltstående kommune og den interkommunale legevakta, men opplevelsen til lis-legene jeg har intervjuet er reell og de forholder seg til alle kommunene i fylket.

I en vitenskapelig artikkel skrevet av Swanson, Alexandersen & Hagen (2016), konkluderte de med at innføringen av ØHD hadde hatt effekt, men også at effekten hadde store variasjoner med hvordan ØHD var organisert. Det var ØHD-er som var samlokalisert med legevakt eller som hadde god legeberedskap som hadde effekter.

Funna forteller at de som ikke er knyttet til den interkommunale legevakta står alene med ansvaret i kommunen. Når kommunelegen velger å legge pasienten i egen ØHD, påfører han seg selv mer arbeid og ikke minst mer ansvar uten å få ekstra betalt for det. Det blir enklere å sende pasienten til sykehuset, da sparer legen seg for arbeid og ansvar som han ikke får betalt for.

Dette kan forklares ved hjelp av agentproblemet i prinsippal-agent-teorien. Agenten handler ut i fra egen interesse for å sikre egen vinning, og vi kan få det en kaller en opportunistisk adferd, som jeg har omtalt tidligere.

Prinsippalen kan styre agenten ved hjelp av incentivordninger. Dette kan være virkningsfullt hvis det er fordelaktig for agenten og her kan en koble inn forventningsteori og motivasjon.

Forventningsteori handler om hvordan organisasjonen kan bruke ulike belønningssystemer for å skape motivasjon.

Forventning handler om at legen må ha tro på at det finnes en sammenheng mellom innsats og resultat og at man har mulighet til å nå resultater som gir belønning. Det kommer fram av empirien at kommunelegene i dag har relativt liten motivasjon for å bruke ØHD-sengene, tvert imot påfører de seg mer arbeid og ansvar uten betaling.

Prinsippalen kan styre agenten ved hjelp av incentivordninger. Den ene kommunelegen forteller at i hans kommune som ikke er med i de interkommunale legevaktsamarbeidet, har de hatt lokale forhandlinger om dette, og forhandlet fram et tillegg på 30 % i vakttillegget. I tillegg får legevaktlegen ekstra betalt for å gå visitt på ØHD, det blir å regne som et sykebesøk. Dette er et vedtak som er besluttet i denne enkeltstående kommunen, jeg vet ikke om noen andre kommuner som har forhandlet fram slike lokale avtaler.

En kan se dette i lys av utvekslingsperspektivet som er oppfattet som det mest sentrale perspektivet på interorganisatorisk koordinering, hvor tjeneste byttes mot tjeneste eller mot penger/ressurser. I dette tilfellet har Samhandlingsreformen ført til at kommunehelsetjenesten har fått overført midler fra spesialisthelsetjenesten for å avlaste sykehusene med ØHD-senger

i kommunen. Legene erkjenner gjensidig avhengighet, og ut fra ønsket om å realisere sine mål søker de fram til enighet om en fornuftig oppgavefordeling. Felles mål er å hjelpe pasienten. Dette blir nødvendige betingelser for utveksling av tjenester. Samarbeidet er også avhengig av politiske og økonomiske rammebetingelser, ikke bare av positiv innstilling til samarbeid. Dette blir ikke så lett å gjennomføre i praksis når kommunelegen har så ulike rammebetingelser både når det gjelder ressurser, organisering og incentiver.

Utviklingsperspektivet forutsetter at partene har behov for å ta imot, samtidig som de har noe å gi. Hvis det bare handler om en transaksjon må det være gjensidig fordel for begge parter for at frivillig utveksling skal finne sted. Det er enklere for kommunelegen ved den interkommunale legevakta enn det er for en kommunelege som er alene på vakt i kommunen, å legge inn en pasient på ØHD når en annen lege har ansvaret, de er to leger på vakt. Det er ingen fordel for denne kommunelegen som er alene på vakt å legge inn pasienter på ØHD. Det blir da heller ingen fordel for lis-legen på sykehuset å ta imot denne pasienten som burde ha vært innlagt på ØHD i kommunen. Sykehuset har færre sengeplasser til disposisjon for å opprette og drifte ØHD, fordi kommunene har fått ekstra midler som er tatt fra spesialisthelsetjenesten. Når disse pasientene likevel kommer til sykehuset er det ofte fullt og de må ligge på gangen, og det er ikke noen god situasjon for hverken pasienten, legen eller sykepleierne. Dette fører også til dårlig samarbeid mellom lis-legen og kommunelegen, da lis-legen ofte opplever dette som ansvarsfraskrivelse fra kommunelegen.

Det blir i slike tilfeller gunstig at en høyere instans griper styrende inn for å styrke koordineringen og samarbeidet mellom underordnede enheter, som her er kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ser en dette i lys av mandatperspektivet, har departementet stor mulighet for å innføre standardisering for bruken av ØHD-tilbudet og i dette tilfellet kan en jo kanskje si at departementet bør se at det er behov og mulighet for totalforbedring gjennom koordinering og samarbeid.

Som nevnt tidligere kom det fram i funna at i en kommune hadde legene forhandlet seg fram til 30 % i økning i vakttillegget etter at ØHD ble innført, nettopp på grunn av mangel på incentivordninger for å utføre disse ekstra oppgavene. Dette kan tilsynelatende virke som et bra tiltak for å kompensere for at kommunelegen ute i distrikt for ekstra betalt for å bli pålagt mer ansvar og arbeid for noe som de i utgangspunktet ikke skulle få noe ekstra for.

Statistikken for belegget på ØHD var i 2016 i denne kommunen 28 %. En kunne kanskje ha forventet et litt høyere tall om dette tiltaket hadde hatt noen effekt. I funna kom det fram at samme kommune også har nektet vikarlegen å bruke ØHD. Kommunene har med ett tiltak forsøkt å fremme bruken av ØHD, mens de med et annet tiltak har prøvd å dempe bruken. Dette kan oppfattes som motsigende.

Samtidig er dette todelt, da det ikke bare handler om økonomi, men også om det å føle på ansvar og føle seg kompetent. Det er ikke sikkert at økonomiske incentiver er nok motivasjon for kommunelegen som har vakt, funna viste at kommunelegene påførte seg mer arbeid ved å bruke ØHD-tilbudet. Funna viste også at mange av kommunelegene følte seg utrygge på ansvaret som ØHD medførte. Da er vi igjen inne på forventningsteori og motivasjon. Hvis legen forventer mye arbeid og usikkerhet med pasienten er det enklere og mer motiverende å sende pasienten inn på sykehus og overlate ansvaret til lis-legen, og de økonomiske incentivene kommer gjerne i andre rekke.

5.9 Press fra pårørende og mye ansvar i lys av prinsipal-agent-teori og institusjonell teori.

I empirien kom det fram at kommunelegene ofte opplevde press fra pasient og pårørende og mener at det kan påvirke dem i avgjørelsen om pasienten skal innlegges eller ikke. Dette gjør til at de ofte føler seg skviset mellom pasient/pårørende og lis-legen på sykehuset. Funna viste samtidig at når det gjelder innleggelse i sykehus kontra ØHD, så var det ikke så viktig for pasienten hvor han blir innlagt bare han ble ivaretatt.

Ser vi dette i lys av prinsipal agent-teori, oppstår det er agentproblem. Prinsipalen er mest opptatt av helheten og overordnede mål, mens agenten har nærhet til pasienten. De har ulik virkelighetsoppfatning om hva som er behovene. Prinsipalen og agenten opplever at «skoen trykker» på ulik plass og det da blir vanskelig å bli enig.

I disse tilfellene hvor pasient og pårørende ønsker innleggelse og det kan synes som om det ikke er så viktig for dem om de blir innlagt på sykehus eller ØHD, men kanskje kommunelegen sin egeninteresse blir gjeldende, da det er enklere å legge pasienten inn på sykehus fremfor en ØHD-seng.

De kan også ha ulik holdning til risiko. Legitimitetsproblemet for legene kan oppstå raskt og truende på grunn av sosiale medier og medier generelt. Funna viste at kommunelegene følte

på mye ansvar. Eksempel på det er; Legelisten.no – skåringsverktøy. Dette er en nettside som alle kan klikke seg inn på og lese og skrive om alle fastlegene i hele landet. Her kan alle som vil, skrive og ytre seg anonymt og det vil bli lagret til evig tid. Kommunelegene er avhengige av å få pasienter på listene sine og blir da opptatt av å skape tillit og legitimitet.

Tidligere i kapittelet har jeg diskutert at i den institusjonelle teorien er en avhengig av legitimitet for at organisasjonen skal overleve. En kan ta dette makroperspektivet ned på et mikronivå og si at kommunelegen er en selvstendig næringsdrivende og er avhengig av legitimitet for å overleve i sin bransje. Ser en dette i lys av forventningsteori er legen mer opptatt av- og motivert av å opprettholde sin egen legitimitet og tillit for pasientene sine, enn for lis-legen på sykehuset.

I empirien kommer det fram at kommunelegene føler på mye ansvar og at redselen for å gjøre feil gjør til at de til tider legger inn pasienter på sykehus som kanskje ikke hadde hatt behov for innleggelse. Dette gjør de for å være på den sikre siden og for ikke å få noe ubehag i ettertid. De påfører seg mye ansvar ved å legge pasienten i en ØHD-seng, og de mener selv at dette kan føre til at de legger inn pasienter som strengt tatt ikke hadde hatt behov for sykehusinnleggelse. Funna viser at lis-legen opplever de unødvendige innleggelsene som ansvarsfraskrivelse fra kommunelegene og at det påvirker samarbeidet deres negativt.

Ser en dette i lys av institusjonell teori har kommunelegen press fra det regulative som handler om at de bør være lojale mot retningslinjen både for ØHD og innleggelse i sykehus. Dette er ikke enkelt når de ikke kjenner til retningslinjene eller heller ikke er så opptatt av å følge dem, fordi det er så mange andre faktorer som påvirker dem i deres handlinger som er diskutert tidligere i kapittelet.

De føler også et press fra det normative, hva som forventes om hvordan de bør handle, fra pasienten, pårørende og samfunnet generelt. De er opptatt av å få tillit og legitimitet, og legitimitetsproblemet for legene kan oppstå raskt og truende på grunn av sosiale medier og medier generelt. Eksempel: «Pasienten ble sendt hjem fra legevakta og døde», som en av og til kan lese om i avisene.

Det kognitive handler om press fra folk i samme bransje og handlingsmiljø som i dette tilfellet er lis-legen. I funna kommer det fram at lis-legen forventer at de bruker ØHD-tilbudet slik som intensjonen var tenkt gjennom Samhandlingsreformen. Når dette ikke skjer, blir følgene mistillit og dårlig samarbeidsvilkår.

6.0 KONKLUSJON

Formålet med masteroppgaven har vært å bidra til økt innsikt i hva som påvirker samarbeidet mellom lis-legene og kommunelegene når det gjelder bruken av ØHD-tilbudet kontra akutt innleggelse i sykehus.

Et av hovedfunna var at kommunelegene og lis-legene ikke fulgte retningslinjene for innleggelse i sykehus og ØHD. I funna kom det fram at kommunelegene og lis-legene hadde ulik oppfatning av bruken av ØHD, men det som var mest overraskende var at kommunelegene seg i mellom også var uenige om hvilke pasienter som egnet seg for ØHD. Denne ulike oppfatningen skapte dårlige samarbeidsvilkår mellom lis-legene og kommunelegene, og lis-legene mente dette førte til mange unødvendige innleggelser.

Både lis-legen og kommunelegen mente også at inklusjonskriteriene for ØHD var for strenge, og det kom fram av funna at det kunne ha vært nyttig om lis-legene og kommunelegen hadde samarbeidet om å utarbeide disse i lag. Dette mente de kunne ha bidratt til bedre forståelse for hverandres arbeid og bedret samarbeid mellom dem.

Funna viste at legene handlet ut i fra egen erfaring og skjønn, fremfor å følge retningslinjer for innleggelser i sykehus og ØHD. Sett fra et makroperspektiv bør en vurdere om hvor mange kontrolltiltak som er hensiktsmessig å iverksette for at legene skal følge retningslinjene. Funna viset også at legene er ganske egenrådige og dermed ikke de enkleste å styre. Samtidig kan en diskutere hvor tilrådelig og fornuftig det er å styre bruken av skjønn. En må også ta hensyn til at pasientene og pårørende har forventninger om å bli behandlet likt og på en best mulig måte.

Sett fra et overordnet perspektiv forventer departementet at retningslinjene blir fulgt, dette fordi vi i framtiden skal få en bærekraftig helsetjeneste som er hovedmålet med Samhandlingsreformen.

I funna kom det fram at god og dårlig kommunikasjon, kjemi og relasjon kunne ha betydning for samarbeidet mellom legene, både positivt og negativt.

Usikkerhet og press fra pårørende førte til at kommunelegene la inn en del unødvendige innleggelser, som igjen førte til dårlig samarbeid mellom lis-legen og kommunelegene.

I funna kom det fram at kommunelegen påførte seg mer arbeid og ansvar, som han ikke fikk betalt for, når han brukte ØHD-tilbudet. Dette førte til unødvendige innleggelser, og lis-legene oppfattet dette som ansvarsfraskrivelse og det førte til dårlig samarbeidsklima.

Samtidig kom det fram i funna at kommunelegene følte på mye ansvar og usikkerhet, og at økonomiske incentiver ikke alltid var nok motivasjon for å øke bruken av ØHD. I funna kom det fram at den ene kommunen hadde brukt økonomi som incentiv for å kompensere for mer arbeid og ansvar ved å bruke ØHD, og funna viste at dette ikke hadde hatt noe signifikant effekt ut i fra opplevelsen til lis-legen og statistikk.

Funna forteller at lis-legen opplevde et bedre samarbeid med legene ved den interkommunale legevakta enn med de andre kommunene, og de tror det skyldes at de har to leger på vakt, og dermed kan dele på ansvaret og arbeidet. Dette førte til at de var mer villige til å diskutere og bruke ØHD-tilbudet. Beleggsprosent ved interkommunal legevakt i 2016 var 34,7 %. Statistikk for den andre kommunen viser et belegg på 28 % på ØHD i 2016.

I funna kom det fram at dårlige og manglende innleggesskriv kunne påvirke samarbeidet mellom legene. Funna viste også at kommuneleger sendte pasienten til sykehuset uten å melde pasienten først, og at årsaken til dette kunne være høyt arbeidspress og mangel på tid. Dette førte til dårlig samarbeid mellom legene.

I empirien kom det fram at kommunelegene med lang erfaring ikke alltid var så lydheøre når de diskuterte med lis-legene. Noen kommuneleger gav også uttrykk for at de ikke var interessert i å diskutere med lis-legene, og kunne oppleves som veldig egenrådige. Enkelte av kommunelegene kunne også få en opportunistisk adferd, hvor de vred på sykehistorien for å få pasienten innlagt. Det vil si at de tilegnet pasienten symptomer som han ikke hadde, for å få aksept for innleggelse. Dette påvirket samarbeidet negativt.

Ressursmangel i form av for lite utstyr, og at en ikke har full undersøkelsesmulighet kan virke hemmende på samarbeidet med lis-legen og at det derfor blir en del unødvendige innleggelser, dette kom fram av empirien.

Funna viste at det var mer byråkrati å henvise en pasient til ØHD fremfor å legge pasienten inn på sykehuset. I tillegg påfører kommunelegen seg mer arbeid og ansvar uten å få betalt for dette og det var ikke motiverende. I lys av dette kan en forstå at en får mange unødvendig innleggelser i sykehus og at samarbeidet med lis-legene ikke alltid er helt optimalt.

Teorien sier at dersom legene har en viss grad av domenekompatibilitet, ideologisk- og kvalitetsmessig kompatibilitet, da er viktige betingelser til stede for å få til et samarbeid. Likevel er ikke dette alltid nok for å få til et samarbeid. Noen ganger kan det være ønskelig eller påkrevd med et påtrykk eller et mandat. Mandatet kan være at en overordnet sier at det skal opprettes en arbeidsgruppe som består av både lis-leger og kommuneleger og de skal sammen diskutere og forhåpentligvis bli enige om inklusjons- og eksklusjonskriteriene for innleggelse i ØHD. Det vil da også bli naturlig å diskutere retningslinjer for hvem som skal innlegges akutt på sykehus, og hva som ikke trenger innleggelse, da dette henger sammen med hvem som skal innlegges på ØHD. Dette kunne ført til mer enighet og forståelse mellom lis-legene og kommunelegene, som igjen kunne ha ført til bedre samarbeid, og motivasjon for å bruke ØHD-tilbudet mer.

En tettere dialog mellom lis-legene og kommunelegene, og at de snakket til hverandre med respekt, var positivt for samarbeidet. Det å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger, og diskutere med hverandre på en respektfull måte, og respekt for hverandres arbeid kan skape bedre samarbeidsmiljø kom det fram av funna.

Kommunelegen forteller at når det var fullt belegg på ØHD blir det ofte diskusjon med lis-legen om pasienten trenger sykehusinnleggelse. Dette kan kanskje tyde på at ØHD-pasientene er pasienter som tidligere ble sendt hjem igjen, og da er vi tilbake til diskusjonen om at inklusjonskriteriene er for strenge. ØHD-pasientene skal være pasienter som tidligere ble innlagt på sykehus for å avlaste sykehuset.

Den ene informanten forteller også at ØHD-sengene i hans kommune befinner seg på sykehjemmet der de også har senger for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Han forteller at disse sengene blir brukt litt om hverandre og ofte er det fullt på ØHD. Beleggsprosenten i 2016 var 28 % ved ØHD, så da kan en gå ut i fra at det er andre pasienter som opptar sengeplassene til ØHD-pasientene.

Videre forskning for å finne mer ut av hvorfor ikke ØHD-tilbudet benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen til Samhandlingsreformen kan være å studere i hvilken grad ØHD-sengene brukes til andre pasienter som en del av kommunens pleie- og omsorgstilbud.

Litteraturliste

Folkehelseloven.(2011). *Lov om folkehelsearbeid m. v. av 24. juni 2011 nr.29*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*.

Veiledningsmateriell. Oslo: april 2016. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf>

Helse og omsorgstjenesteloven.(2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. m.v. av 24. juni 2011 nr.30*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J.(2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen:

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Knudsen, H.(2004) Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Repstad, P.(red.)

Dugnadsånd og forsvarsverker-tverrfaglig samarbeid i teori og praksis. Oslo:

Universitetsforlaget AS.

Kvale, S., & Brinkmann, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Malterud, T.(2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nilsen, A. (2012). *Samhandlingsreformen. Hva hemmer og hva fremmer samhandlingen?*

(Masteroppgave). Nesodden, Høgskulen i Østfold.

Opstad, L. (2013). *Økonomistyring i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Per-Kristian Foss. (2015-2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. (Dokument 3:5). Hentet fra

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>

Scott, W.R. (2014). *Institutions and organizations* (4. utg.). Thousand Oaks: SAGE.

Spesialisthelsetjenesteloven.(1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. m.v. av 2. juli 1999*

nr. 61. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Statistisk Sentralbyrå (2014). Befolkningsframskriving 2014-2100. *I befolkningsvekst i overskuelig framtid 2014*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>

St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Swanson, J., Alexandersen, N., & Hagen, T. P.(2016). Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelser for eldre pasienter ved somatiske sykehus? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 125-134).

Thagaard, T (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Torgersen, G.E., & Steiro, J.T. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner*. Stjørdal: Læringsforlaget.

Vabø, M.(Red).(2014) Reformtrender og endringsparadokser. I Vabø, S.I.(Red) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wallenius, G.H. (2013). *Samhandling mellom kommuner. Hva må til for å lykkes med Samhandlingsreformen i små kommuner, og hva er til hinder for å lykkes?* (Masteroppgave). Rena, Høyskolen i Hedmark.

Zahl, M-A.(2003) *Sosialt arbeid refleksjon og handling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Øgar, P., & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vedlegg 1:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Samhandlingsreformen og bruken av ØHD-tilbud.

Bakgrunn og formål

Jeg heter Cathrine Ullebø og er deltids- student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, der jeg tar en Master i organisasjon og ledelse. Dette prosjektet er siste ledd i utdannelsen.

Jeg ønsker i dette prosjektet å se nærmere på samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder bruken av ØHD og akutte innleggelser i sykehus.

Det vil også være interessant å prøve å finne ut av hva som fremmer eller hemmer dette samarbeidet.

For å belyse problemstillingen min best mulig og å få ulike perspektiv på den har jeg valgt å intervju både kommuneleger og leger i spesialisthelsetjenesten. Det blir naturlig å intervju disse da det er samarbeidet mellom dem jeg ønsker å studere.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg har tenkt å gjennomføre dybdeintervju av to kommuneleger fra to ulike kommuner og 2-3 medisinske leger (leger i spesialisering) ved et middel stort sykehus.

Spørsmålene vil handle om hvordan denne samhandlingen fungerer i dag og hva som fremmer og eventuelt hemmer samarbeidet/samhandlingen mellom kommunelegene og legene i spesialisthelsetjenesten når det gjelder bruken av ØHD og akutte innleggelser i sykehus.

Jeg vil bruke lydopptaker og i tillegg notere litt under intervjuet og du må belage deg på å sette av en time til intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger (eks. navn, telefonnummer, e-postadresse) vil bli behandlet konfidensielt, og vil bli oppbevart nedlåst og adskilt fra intervjutekstene. Det er kun jeg som forsker som vil ha tilgang til

personopplysninger. Datamaterialet vil bli anonymisert og lydfiler blir slettet når masteroppgaven er godkjent. I rapporten vil informantene bli anonymisert ved å begrense informantens biografi og/eller lage fiktive navn.

Lyddoptak og notater vil under arbeidet med oppgaven lagres forsvarlig nedlåst hjemme hos meg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai/juni 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Cathrine Ullebø 975 98 773 cathrine.ullebo@eninvest.net.

Veileder: Olina Kollbotn 57576138 / 936 41 256 olina.kollbotn@hisf.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: INTERVJUGUIDE.

Fase 1:

Rammesetting:

1. Løst prat (5 min) – uformell prat

2. Informasjon (5-10 min)

- Jeg forteller litt om tema for samtalen (bakgrunn, formål):

Samhandlingsreformen har blant annet ført til flytting av ansvar for øyeblikkelig hjelp-funksjonen fra sykehus til kommunen. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd: «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenesten til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp»

Dette innebærer at kommunene skal etablere kommunalt øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud (ØHD), noe som skal være et allmenntilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, der innleggelse i ØHD kan erstatte innleggelse i sykehus (legeforeningen 2014).

ØHD er en kommunal oppgave, og det er kommunene som har ansvar for å sikre god kvalitet på tjenesten. ØHD skal være istedenfor sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Jeg ønsker i mitt prosjekt å se nærmere på samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder bruken av ØHD og akutte innleggelser i sykehus og hva som eventuelt hemmer og fremmer dette samarbeidet. Derfor vil jeg intervjuere leger i kommunene og leger på sykehuset, for å få vite mer om dette og få ulike synsvinkler på dette.

- Jeg forteller at intervjuet skal brukes i en masteroppgave og forteller om taushetsplikt og anonymitet.
- Intervjuet vil ta ca. en time.
- Jeg spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål.
- Jeg informerer om lydopptak, og spør om samtykke til dette.
- Starter lydopptak.

Fase 2:

Erfaringer:

3. Overgangsspørsmål (5 min)

- Hva er din stilling, og hvor lenge har du jobbet her?
- Når var du ferdig utdannet lege? Tidligere arbeidserfaringer som lege?

Fase 3:

Fokusering:

4. Nøkkelspørsmål (30-45 min)

1. TEMA.

Hva kjennetegner samarbeid/samhandling mellom innleggende lege i kommunen og lege i spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutt innleggelse kontra bruken av ØHD (Øyeblikkelig hjelp døgntilbud)?

a) Har du kjennskap til tilbudet og hvilken behandling som blir utført ved ØHD?

Har du inntrykk av at det er ulikt tilbud fra kommune til kommune, eller at det er enkelte kommuner som bruker tilbudet mer enn andre? Har du noe formening om hvorfor det er slik? (**Spesialisthelsetjenesten**)

Er det noen kommuner som skiller seg ut ved å legge inn flere pasienter enn nødvendig? Dvs. at de blir gjort om til polikliniske og sendt hjem igjen, eller at dere synes at enkelte pasienter kunne vært lagt i en ØHD seng fremfor innleggelse? (**Spesialisthelsetjenesten**)

I hvor stor grad blir ØHD tilbudet brukt her i kommunen? (**kommunelegen**)

Hvilke type pasienter blir innlagt på ØHD?

Hvor mange pasienter henviser dere/du til ØHD i uken/mnd, og hvor mange ØHD plasser har dere i kommunen. (**kommunelegen**)

Har dere samarbeidet eller sett på hvordan andre kommuner bruker ØHD? Utvekslet erfaringer og lignende? (Teoretisk grunnlag: Institusjonell teori, kognitive søyle) (**Kommunelegen**)

b) Hvordan foregår samarbeidet i praksis mellom henvisende lege og lege på sykehuset som tar imot henvisningen?

Kan det oppstå uenighet om pasienten skal innlegges på sykehus eller ikke? Utdype.
-Hva kan være årsaken til uenigheten? Konkretiser?

Diskuterer dere ofte om pasienten skal innlegges på ØHD eller sykehus?

Kan det hende at dere etter samtale om pasienten velger å ikke legge inn pasienten på sykehus, men at pasienten istedenfor blir lagt i en ØHD-seng i kommunen? Hva var årsaken til det?

-Hvordan kommer dere fram til valget og hva er viktige argument for dette?

(Teoretisk grunnlag: Prinsipal-agent-teori, agentproblemet og forventningsteori og samarbeidsteori)

- c) Riksrevisjonen publiserte en undersøkelse i januar i år som viste til at kommunene ikke bruker ØHD tilbudet på en måte som erstatter innleggelse i sykehus, og i tillegg mener helseforetakene at mange pasienter som legges inn på sykehus heller burde vært lagt inn på ØHD. Hva tenker du om dette? Kjenner du dette igjen i din praksis?
-Si litt mer om dette? Hvorfor tror du det er slik?

(Teoretisk bakgrunn: Institusjonell teori, regulativ søyle og prinsipal-agent-teori, agentproblemet, forventningsteori og samarbeidsteori)

- d) Tror du at pasienter og pårørende kan være med å påvirke din avgjørelse om pasienten skal legges inn på sykehus eller i en ØHD seng.
-På hvilken måte? Eksempler?

(Teoretisk bakgrunn: Institusjonell teori, normative søyle og Prinsipal-agent-teori, nærhet til brukeren, helhetsvurdering)

- e) Det er lovpålagt at det skal finnes retningslinjer for innleggelse i sykehus og at kommunen skal sørge for ØHD tilbud for brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.
Kjenner du til disse retningslinjene?
-I hvor stor grad legger du vekt på å følge disse retningslinjene?
-Hva kan evt. gjøre det vanskelig å følge dem? (Mangel på incentivordninger? Mer arbeid?)

- f) Hvordan opplever du samarbeidet med kommunelegene/lis-legene på sykehuset?

Er det veldig ulikt og personavhengig eller har du en generell oppfatning av dette?

(Teoretisk bakgrunn: Institusjonell teori, regulativ søyle og Prinsipal-agent-teori, helhetsvurdering, egeninteresse, ulik virkelighetsoppfatning)

2. TEMA.

Hva tror du fremmer denne samhandlingen/samarbeidet?

a) Tror du at ulike belønningssystem kan skape motivasjon for samhandling?

I forventningsteorien mener en at en ikke kan forvente at mennesker vil yte noe ekstra for noe en ikke er interessert i. Det blir da viktig å finne ut hva den enkelte ønsker seg for å oppnå et effektivt belønningssystem som kan gi motivasjon.

Hvilke incentivordninger tror du vil motivere til samarbeid og til å følge retningslinjer?

(Teoretisk bakgrunn: Prinsipal-agent-teori, agentproblemet og forventningsteori og samarbeidsteori).

b) Hvilke motivasjonsfaktorer påvirker deg når det gjelder å bruke ØHD tilbudet kontra og legge pasienten inn på sykehus? Er det enklere for deg å legge pasienten inn på sykehus fremfor å legge pasienten i en ØHD-seng? (Spørsmål til kommunelegen)

Hvilke motivasjonsfaktorer påvirker deg til samarbeid med innleggende lege, og diskuterer dere ofte ØHD tilbudet? (Spørsmål til spesialisthelstjenesten)

Herzbergs tofaktorteori handler om faktorer som fremmer tilfredshet og skaper mistrivsel på en arbeidsplass.

Det handler om motivasjonsfaktorer som motiverer til bedre ytelse. Mangel på motivasjonsfaktor fører ikke til mistrivsel, men de skaper trivsel hvis de er til stede.

Motivasjonsfaktorer:

Er det viktig for deg å gjøre en god jobb? Hvorfor?

Hvor viktig er det for deg å få anerkjennelse fra andre?

Kan det være Interessante arbeidsoppgaver? Hvilke arbeidsoppgaver finner du mest interessante?

Hvor viktig er det for deg å ha kontroll over egen arbeidssituasjon?

Blir du oppgitt når kommunelegen sender inn pasienter til sykehuset uten å ha meldt pasienten til deg? Skjer det ofte? Hva gjør du med det? Skrives det avvik? (**Spesialisthelsetjenesten**)

Når du legger inn pasient i en ØHD seng påfører du deg selv mer arbeid og ansvar? I så fall får du mer betalt for dette?(**kommunelegen**)

Å få forfremmelse? Hva gir forfremmelse?

Eller kan vekst og utvikling være motiverende? (Diskuterer pasientkasus med kollegaer og komme fram til enighet?)

Det andre handler om arbeidsmiljøet, og disse faktorene genererer ikke trivsel ved å være til stede, men mistrivsel dersom de mangler:

Arbeidsmiljø: (Hygienefaktorer)

Påvirker administrative systemer, personalpolitikk deg når det gjelder samarbeid?

På hvilken måte? Eksempler?

Lederens kompetanse å lede på kan det påvirker dette samarbeidet dere imellom?

Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet skal nås blant annet gjennom at veksten i bruken av sykehustjenester skal dempes ved blant annet at kommunen skal etablere et ØHD tilbud.

ØHD skal være istedenfor sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Blir det tilrettelagt for samarbeid? Forventes det at dere skal samarbeide?

Eksempler?

Påvirker mellommenneskelige forhold mellom overordnede, underordnede og samarbeidspartnere deg?

På hvilken måte? Kan du gi eksempler?

Er lønn viktig? Får du ekstra betalt for å legge pasienter i ØHD eller sykehus?

Er status viktig for deg? Hva gir status? Godt likt av kollegaer eller pasienter? Hva betyr mest for deg?

Er sikkerhet i jobben noe som kan påvirke deg? Kan du miste jobben om du ikke følger retningslinjene for eksempel for innleggelse i sykehus/ØHD? Er du redd for avvik?

Kan forhold ved arbeid som påvirker fritid og privatliv ha betydning for deg?

Eksempelvis: Du har vakt og legger pasient inn på ØHD. Vil dette påføre deg mer arbeid, hvis du f.eks. har hjemmevakt?

Andre eksempler? (**Kommunelegen**)

(Teoretisk grunnlag: Forventingsteori, Herzbergs tofaktorteori, premisser for samarbeid)

c) Hvilke faktorer hemmer deg i samarbeid/samhandling når det gjelder bruken av ØHD kontra innleggelse i sykehus?

Får kommunelegen ekstra betalt for å legge pasienten inn på ØHD, eller blir det bare mer arbeid og ansvar for samme betaling?

Finnes det incentivordninger for å legge pasienten inn på sykehus, for hvem?

Ressursmangel i form av lite eller ukvalifisert personell, utstyr o.l. Kan det påvirke samarbeidet? Eller eksempelvis full avdeling på sykehuset?

Kjemi og relasjon, kan det påvirke samarbeidet?

Eksempelvis: Du kjenner vedkommende du samarbeider med? Du har jobbet med vedkommende? Vedkommende er nyutdannet og har lite erfaring/usikker eller har mye erfaring?

Tillit og respekt? Eks, turnuslege/lis-lege diskuterer med kommunelege med lang erfaring.

(Teoretisk grunnlag: Samarbeidsteori, mandatperspektivet, premisser for samarbeid og motivasjonsteori)

d) Statistikken for innleggelser i akuttmottak ved Førde sentralsjukehus hvor jeg jobber, viser til økning av innleggelser samtidig som vi opplever flere reinnleggelser enn tidligere. En god del pasienter som er meldt til innleggelse blir sendt hjem igjen og gjort om til polikliniske fordi det ikke var behov for innleggelse. Dette er interessant med tanke på at samhandlingsreformen startet 1. januar 2012 og dette skulle medføre færre innleggelser på sykehus.

Kan du tenke deg til hvorfor dette skjer?

Hva tror du kan være årsaken?

Hvor lenge har dere hatt et ØHD tilbud i kommunen? (**kommunelegen**)

e) Hva tror du vil hemme samarbeidet og hva vil eventuelt fremme det?

(Teoretisk grunnlag: Samarbeidsteori og prinsipal-agent-teori, agentproblem, forventningsteori)

Fase 4:

Tilbakeblikk:

5. Oppsummering (ca. 10 min)

-hva slags erfaring har du med bruken av ØHD og akutte innleggelser på sykehus som ikke har kommet fram gjennom intervjuet?

- Oppsummere funn

-Har jeg forstått deg riktig?

-Er det noe mer du vil legge til?

Vedlegg 3



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (if. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Sammes det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Jā • Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personerutdykte kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgaver/rapport, må det krysses av dersom det skal innføres/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Jā • Nei ○	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Sammes det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Jā ○ Nei •	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Jā ○ Nei •	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Jā ○ Nei •	Bilde/videoopptak av analyser vil regnes som personidentifiserende.
Sekes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Jā ○ Nei •	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisin og helsefaglig forskningsetik) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonymiserte helseregistre). Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til etter fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Samhandlingsreformen og samarbeidet mellom kommunelegene og legene i spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutte innleggelser i sykehus kontra bruken av ØHD tilbudet til kommunene.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Møteoppgaver» eller liknende, navnset må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig Institusjon		
Institusjon	Høgskulen i Sogn og Fjordane	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for samfunnsfag	
Institutt	Institutt for samfunnsvitenskap	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

<p>Fornavn: Olina</p> <p>Ettennavn: Kollbotn</p> <p>Stilling: Høgskulelektor</p> <p>Telefon: 57576138</p> <p>Mobil: 93641256</p> <p>E-post: olina.kollbotn@hiof.no</p> <p>Alternativ e-post: olina.kollbotn@hiof.no</p> <p>Arbeidsted: Sogndal</p> <p>Adresse (arb.): Røyrgata 6</p> <p>Postnr./sted (arb./sted): 6856 Sogndal</p>	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har skoleen veileder, korbiveileder eller fagansvarlig ved studiestedet skal som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidsted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
5. Student (master, bachelor)	
<p>Studentprosjekt: J <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>	<p>Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som fenses opp her. Øvrige studenter kan fense opp under pkt 10.</p>
<p>Fornavn: Cathrine</p> <p>Ettennavn: Ullebo</p> <p>Telefon: 97598773</p> <p>Mobil:</p> <p>E-post: cathrine.ullebo@eninvest.net</p> <p>Alternativ e-post: cathrine.ullebo@helse-forde.no</p> <p>Privatadresse: Farsundvegen 29</p> <p>Postnr./sted (privatadr.): 6819 Førde</p> <p>Type oppgave: <input checked="" type="radio"/> Masteroppgave <input type="radio"/> Bacheloroppgave <input type="radio"/> Semesteroppgave <input type="radio"/> Annet</p>	
6. Formålet med prosjektet	
<p>Formål: Jeg vil prøve å finne ut hvordan kommunelegene og legene på sykehuset samarbeider når det gjelder bruken av ØHD og akutte innleggelses i sykehus. Det ville også være interessant å prøve å finne ut hva som fremmer eller hemmer dette samarbeidet.</p> <p>Problemstilling: Hva kjennetegner samhandling/samarbeid mellom legevaktlegen/fastlegen i kommunen og lege i spesialisthelsetjenesten når det gjelder akutte innleggelse i sykehus kontra bruken av ØHD (Øyeblikkelig hjelp døgnilbud), og hva hemmer eller fremmer denne samhandlingen/samarbeidet?</p> <p>To tema: Kjennetegn ved samhandling/samarbeid mellom kommunelege og lege på sykehus.</p> <p>Hva hemmer og hva fremmer samhandling/samarbeid.</p> <p>Ca. 10 underspørsmål under hvert tema.</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, brukingsparameter(e).</p>
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?	

Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevomsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	
Beskriv utvalg/deltakere	4 Kommuneleger fra to ulike kommuner. 2-3 leger fra sykehus.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/utvalg	Jeg velger ut to kommuner i Sogn og Fjordane som ikke ligger så langt fra det sykehuset de henviser pasienten sine til, og som jeg skal intervju leger fra. Det er en stor og en middels stor kommune.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar det. Et utvalg kan trekkes fra registre som F.eks. Folkeseregistret, SSB-registret, pasientregister, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsklubb eller eget nettverk.
Føretingskontakt	Jeg tar kontakt med lederen til de respektive legene og spør om jeg kan gjennomføre denne undersøkelsen. Avtaler da videre om jeg skal ta direkte kontakt med informantene eller at dette skal skje gjennom lederen.	Beskriv hvordan kontakt med utvalget blir opprettet og av hvem. Les mer om dette på temasidea.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på viles nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	7	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (bedragspersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, famillemedlem.
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/soiale medier/internet <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte (f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Derom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier her.</p> <p>Derom du skal anvende registerdata, må vedbelåste læses opp under pkt. 15</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		

<p>Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Skriftlig □ Muntlig □ Informeres ikke 	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer her.</p> <p>Vennligst send inn mail for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Les ned en veiledende mail her.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til stift i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
<p>Samtykker utvalget til deltakelse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja □ Nei □ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle 	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en skild handling. For eksempel vil et basert spørreskjema være å regne som et skildt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.</p>

10. Informasjonssikkerhet

<p>Hvordan oppbevares nevnløsten/koblingsnøkkelene og hvem har tilgang til den?</p>	<p>Alle personopplysninger (eks. navn, telefonnummer, e-postadresse) vil bli behandlet konfidensielt, og vil bli oppbevart nedlåst og adskilt fra Intervjutekstene. Det er kun jeg som forsker som vil ha tilgang til personopplysninger. Notater vil bli makulert og lydfilen blir slettet når masteroppgaven er godkjent. I rapporten vil informantene bli anonymisert ved å begrense informantens biografi og/eller lage fiktive navn. Lyddoptak og notater vil under arbeidet med oppgaven lagres forsvarlig nedlåst hjemme hos meg.</p>	
<p>Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre medier?</p>	<p>Ja □ Nei ■</p>	
<p>Spesifiser</p>	<p>Alle opplysninger (eks navn, telefonnummer, e-post adresse) vil bli behandlet konfidensielt og vil bli oppbevart nedlåst og adskilt fra Intervjutekstene.</p>	<p>NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamateriale.</p>
<p>Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ På server i virksomhetens nettverk □ Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) □ Datamaskin i nettverksystem tilknyttet Internett ■ Privat datamaskin □ Videoopptak/fotografi ■ Lyddoptak ■ Notatpapir □ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, eksterne harddisk, mobiltelefon) □ Annen registreringsmetode 	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett fersk krypteringsprogram opplysningene registreres på flere medier.</p> <p>Med virksomhets manes har behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskingsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikret, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
<p>Annen registreringsmetode beskriv</p>		
<p>Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?</p>	<p>Lyddoptak og notater vil under arbeidet med oppgaven lagres forsvarlig nedlåst hjemme hos meg. Notater vil bli makulert og lydfilen slettet når masteroppgaven er godkjent.</p>	<p>Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låst rom, og hvordan skrive bærere er sikret, utskifter og optak?</p>
<p>Samlens opplysningene innbeholdes av en databehandler (ekstern eller)?</p>	<p>Ja □ Nei ■</p>	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Quickback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres.</p>
<p>Hvis ja, hvilken</p>		
<p>Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?</p>	<p>Ja □ Nei ■</p>	<p>F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartnere, databehandler mm.</p>
<p>Hvis ja, beskriv?</p>		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via Internett, bør de krypteres tilsvarende.</p> <p>Vi anbefaler for ikke lagring av personopplysninger på nettside/programer.</p> <p>Dersom nettside/programer benyttes, skal det inngis skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten.</p>
<p>Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?</p>	<p>Ja □ Nei ■</p>	

Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidsssted)?		
Utløses/utleies personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Andre institusjoner <input type="checkbox"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre Instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, RFT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilken		
Søkes det godkjenning fra andre Instanser?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>	F.eks. søke registeret om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole.
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	09.10.2016	Prosjektstart: Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvelget skal gjenoppta/innsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	30.07.2017	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slides, eller arkiveres i påvente av oppfølgingstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	NEI! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne stater.
Hvis skal slås med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NEI! Her må man: datamaterialet ikke publiseres. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel all data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Privat	
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		