

MULTIBRUKERPROSJEKTET VED OSLO LEGEVAKT - EVALUERING, FØRSTE DEL

Arve Halsen og Åse Rotmo Storhaug



MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske
fakultet

Universitetet i Oslo

Høsten 2022

Første del av en evaluering av multibrukerprosjektet ved Oslo
legevakt - Hva mener involverte fagpersoner bør bevares og hva bør
forbedres?

Arve Halsen & Åse Rotmo Storhaug

SAMMENDRAG

Denne undersøkelsen er første del av et kvalitetsarbeid rettet mot evaluering av multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt. Formålet med studien har vært å undersøke hva ved multibrukerprosjektet fagpersoner ved legevakten og eksterne samarbeidspartnere, mener fungerer bra og bør videreføres, og hva som kunne fungert bedre og hvordan. Studien er sett i lys av fenomenologien og gjennomført ved kvalitativ, induktiv metode hvor dataene er analysert ved systematisk tekstkondensering. Det er gjennomført semistrukturerte intervju med totalt 14 fagpersoner. Resultatene tyder på at multibrukerprosjektet fyller den funksjonen det er ment å fylle, ved å bidra til pasientbehandling som i større grad er evidensbasert, koordinert og helhetlig, og å lette arbeidssituasjonen for ansatte ved å redusere vanskelige følelser, øke følelsen av mestring og trygghet. Studien støtter også at ressurser brukt til multibrukere i klinikken reduseres, som følge av prosjektet. Forbedringspunkter som fremkom er manglende felles plattform for kommunikasjon mellom de ulike tjenestene i helsevesenet, for lite fokus på bruker- og pårørendeinvolvering, særlig i de akutte tjenestene, og uklarhet i forståelsen av lovverket som regulerer taushetsplikt. Legevakten og AMK var instansene som var best kjent med, og engasjert i, prosjektet. Prosjektet var overraskende lite kjent utenfor legevakten. Svakheter ved studien er at det ikke lyktes få informanter fra samtlige av prosjektets eksterne samarbeidspartnere, og habilitet i form av vår tette forbindelse til multibrukerprosjektet. Et naturlig neste steg i evalueringen av multibrukerprosjektet vil være å undersøke multibrukernes perspektiv.

Initial steps of evaluating the *Frequent Attenders-project* at the Department of Emergency General Practice in Oslo, Norway - What do professionals involved think should be continued, and what improvements should be done?

ABSTRACT

Our study is the first part of a quality review towards a systematic evaluation of an already existing *Frequent Attenders (FA) project* at the Department of Emergency General Practice in Oslo, Norway. The main purpose of this study has been to investigate the prevailing opinion among professionals at the Department of Emergency General Practice in Oslo and involved external collaboration partners, what they think is functioning well and should be continued, and furthermore what could have been executed better. Our study is framed by phenomenology and carried out in a qualitative research method. We performed in-depth interviews with a total of 14 professionals. The empirical raw data was analyzed using systematic text condensation. The results of our study seems to suggests that the project fulfills its purpose, by contributing to patient care which to a larger degree is evidence based, coordinated and holistically approached. In addition it also contributes in easing employees' experienced workload by reducing the amount of difficult feelings, increased sense of coping with workload and work environment and safety. Our study also supports, as a direct effect of the project, that the resources used to handle FA in the clinical setting is reduced. Points of improvement revealed in our study is a lack of a common platform of communication between the various parts of the health care system, not enough focus on user- and next of kin participation, especially in the acute and emergency services. Finally the study also revealed an obscurity in understanding and interpretation of the legislation regarding duty of confidentiality. The Department of Emergency General Practice and Oslo Emergency Medical Communications Centre are the organizations who have the highest indepth knowledge of, and have the largest engagement in the project. Much to our surprise the project was little known outside the Department of Emergency General Practice. Weaknesses

to our study is that we did not succeed completely in recruiting participants from all the external collaborating partners to the project. In addition, due to having close ties to the project we acknowledge an existing bias as researchers. A natural next step in future evaluating the project is to look further into it from the perspectives of the FA themselves.



FORORD

Multibrukerprosjektet har gjennom 15 år vært Oslo legevakt sitt forsøk på å ivareta en pasientgruppe som er vanskelig å behandle og som utfordrer legevakten. Multibrukere er pasienter som stadig tar kontakt pga. det de beskriver som akutte problemstillinger, men hvor legevaktens ansatte vet at tilstanden lite sannsynlig er akutt. Gjennom en tverrfaglig arbeidsgruppe og utstrakt samarbeid med øvrig hjelpeapparat, har legevakten forsøkt å møte behovet til denne pasientgruppen og samtidig ivareta en hardt prøvet ansattgruppe.

I Norge forventes det at helsetjenesten leverer tjenester av god kvalitet. Kravet er ikke mindre i de akutte tjenestene, enn i helsetjenesten for øvrig. Samtidig er det klare krav til ivaretagelse av ansatte. Multibrukerprosjektet har vært et forsøk på å løse begge disse utfordringene ved Oslo legevakt.

I løpet av årene multibrukerprosjektet har eksistert er det gjennomført en revisjon av arbeidet, men det er aldri gjennomført en systematisk evaluering. En evaluering av prosjektet har vært ønskelig i lengre tid, og tiden kan på mange måter sies å være overmoden. Denne studien tar sikte på å være starten av en slik evaluering. I denne undersøkelsen har vi bedt fagpersoner involvert i multibrukerprosjektet, internt på legevakten og hos eksterne samarbeidspartnere, gi sine perspektiver på multibrukerprosjektet. Dette har gitt kjærkommen informasjon i det videre arbeidet med et prosjekt som har store ambisjoner for pasientbehandlingen, men også for å sikre ansatte en god arbeidshverdag.

Vi vil takke våre informanter for deres betydelige bidrag med informasjon og innsikt til denne undersøkelsen. Vi vil også takke vår veileder, Liv Ariane Augestad, som har vært en uvurderlig sparringspartner, og som på en trygg og sikker måte har veiledet oss i prosessen frem mot et ferdig produkt. Videre også våre nærmeste, som har vist stor omsorg og forståelse under dette arbeidet. Takk til dere alle! Avslutningsvis ønsker vi å takke hverandre for et utmerket samarbeid. Fra begynnelse til slutt har vi opplevd å være til stor inspirasjon og motivasjon for hverandre. Det har vært fint å se hvordan vi på tvers av profesjoner og erfaringsbakgrunn, i fellesskap har arbeidet frem et resultat som vi nå er oppriktig stolte over å kunne presentere.

Innholdsfortegnelse



SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
FORORD	6
1. INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING	9
Begrepsavklaringer	12
2. BAKGRUNN	14
2.1 Om multibrukere ved Oslo legevakt	14
2.2 Forskningslitteratur om multibrukere	19
2.3 Multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt	21
2.3.1 Bakgrunn for opprettelsen av multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt	21
2.3.2 Om utviklingen av multibrukerprosjektet og dagens multibrukerprosjekt	24
2.4 Om Oslo legevakt og legevaktens samarbeidspartnere	29
2.4.1 Om Oslo legevakt	29
2.4.2 Oslo sykehusene	31
2.4.3 Prehospitale tjenester	31
2.4.4 Oslo politidistrikt	32
3. DESIGN OG METODE	33
3.1 Evaluering av multibrukerprosjektet – Starten på et kvalitetsarbeid	33
3.2 Metodevalg	34
3.3 Forberedelse og gjennomføring av studien	36
3.3.1 Antagelser	36
3.3.2 Informasjonsskriv, intervjuguide og godkjenning	37
3.3.3 Utvelgelse av informanter	37
3.3.4 Hvordan informantene ble kontaktet	41
3.3.5 Gjennomføring av intervjuene	41
3.3.6 Dataanalyse	42
3.3.7 Analyselogg	42
4. RESULTATER	46
4.1 Organisasjon og organisering	46
4.1.1 Multibrukerprosjektet generelt	46
4.1.2 Kjennskap til multibrukerprosjektet	47
4.1.3 Ledelsesforankring	47
4.1.4 Ressurser brukt til arbeid med multibrukerprosjektet	48
4.1.5 Organisering av samhandling	49
4.1.6 Oppfølging av tiltak besluttet i multibrukerprosjektet	49
4.1.7 Felles kommunikasjonsplattform	50
4.1.8 Legevaktens rolle	50
4.2 Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen	51
4.2.1 Felles forståelse	51
4.2.2 Evidensbasert behandling	52
4.2.3 Helhetlig behandling	53
4.2.4 Ressurser brukt i klinikken	54
4.3 Prosjektets betydning for ansattes opplevelse av å jobbe med multibrukere	55

4.3.1 Vanskelige følelser	55
4.3.2 Mestring	56
4.3.3 Trygghet	57
4.4 Bruker- og pårørendemedvirkning	58
4.4.1 Brukermedvirkning	58
4.4.2 Pårørendemedvirkning.....	60
4.5 Taushetsplikt.....	60
4.6 Kunnskapsoverføring	61
5. DISKUSJON	62
5.1 <i>Organisasjon og organisering</i>	62
5.1.1 Multibrukerprosjektet generelt	62
5.1.2 Kjennskap til multibrukerprosjektet	63
5.1.3 Ledelsesforankring.....	66
5.1.4 Ressurser brukt til arbeid med multibrukerprosjektet.....	66
5.1.5 Organisering av samhandling	68
5.1.6 Oppfølging av tiltak besluttet i multibrukerprosjektet.....	68
5.1.7 Felles kommunikasjonsplattform.....	68
5.1.8 Legevaktens rolle	68
5.2 <i>Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen</i>	69
5.2.1 Felles forståelse	69
5.2.2 Evidensbasert behandling	70
5.2.3 Helhetlig behandling	72
5.2.4 Ressurser brukt i klinikken.....	72
5.3 <i>Prosjektets betydning for ansattes opplevelse av å jobbe med multibrukere</i>	73
5.3.1 Vanskelige følelser	73
5.3.2 Mestring	74
5.3.3 Trygghet	75
5.4 <i>Bruker- og pårørendemedvirkning</i>	75
5.4.1 Brukermedvirkning	75
5.4.2 Pårørendemedvirkning.....	76
5.5 <i>Taushetsplikt</i>	77
5.6 <i>Kunnskapsoverføring</i>	78
5.7 <i>Styrker og svakheter ved studien</i>	78
6. KONKLUSJONER	81
7. LITTERATURLISTE	83
8. VEDLEGG	92

1. INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING

Ved Oslo legevakt har man over flere år hatt en tverrfaglig arbeidsgruppe som har jobbet systematisk for å forbedre håndteringen av en krevende pasientgruppe som bruker mye ressurser på legevakten. Denne pasientgruppen kalles multibrukere og arbeidet rettet mot multibrukerne er kalt multibrukerprosjektet. Målet med multibrukerprosjektet har vært todelt. For det første var det ønskelig å bedre samhandlingen rundt denne pasientgruppen med formål om å gi riktigere og mer helhetlig pasientbehandling. For det andre ønsket man å minske følelsen av bekymring, frustrasjon og avmakt hos ansatte, som ofte opplevde utrygghet og lite mestring i møte med disse pasientene. I forlengelsen av dette har det vært et mål at multibrukere skal ivaretas i ordinært hjelpeapparat og at kontakten med legevakten skal reduseres.

Multibrukere er et kjent fenomen også på andre legevakter i Norge, i øvrig norsk helsevesen og internasjonalt. Multibrukere er pasienter som stadig oppsøker helsevesenet for omtrent samme problemstilling, og er kjent som storforbrukere av helsetjenester. Multibrukerne vi ser på legevakten er en heterogen gruppe, med sammensatt problematikk. Kroniske somatiske sykdommer som for eksempel komplisert og langkommen diabetes mellitus, psykiske lidelser som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, utviklingsforstyrrelser som asperger syndrom, ruslidelser hovedsakelig i form av alkoholoverforbruk og medikamentavhengighet, er gjentakende problemstillinger. De fleste har i tillegg større eller mindre, langvarige, uløste sosiale problemstillinger, som lite nettverk, utfordrende bosituasjon og økonomiske problemer. Mange har til dels stort funksjonstap som har kommet gradvis over flere år, eller nylig som følge av nye problemstillinger. Multibrukere presenterer gjerne akutte problemstillinger hver gang de kommer til legevakten. Selv om legevaktens ansatte forstår at tilstanden lite sannsynlig er akutt, er det likevel vanskelig å ikke agere, øyeblikkelig hjelpplikten tatt i betraktning. Multibrukeres gjentatte kontakt med legevakten pga. det de oppgir som akutt sykdom, er som oftest ledd i et kronisk sykdomsbilde. Mens akutte tilstander ligger til legevaktens mandat å behandle, gjelder ikke tilsvarende for kroniske sykdommer (NOU 2015: 17).

Multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt har eksistert i mer enn 15 år. Ansatte og ledere på legevakten har over flere år kjent på en usikkerhet knyttet til hvorvidt multibrukerne får god nok hjelp når de er i kontakt med legevakten, om hjelpen de får i andre deler av helsevesenet

er tilstrekkelig og om hjelpen legevakten gir er i samsvar med hjelpen de får i øvrig hjelpeapparat. Legevakten har derfor sett det som svært verdifullt å arbeide systematisk og tverrfaglig med denne pasientgruppen, for å forsøke å gi multibrukere så god helsehjelp som mulig, og for å etablere rutiner som letter arbeidet med denne gruppen for de ansatte på legevakten. Det er lagt ned betydelige ressurser i prosjektet. Vi kjenner ikke til at noe tilsvarende eksisterer i Norge, og heller ikke internasjonalt. Norsk legevaktstjeneste er heller ikke noe vanlig fenomen. Få land har en tilsvarende døgnbemannet, akuttjeneste i primærhelsetjenesten, som bidrar med å sortere pasientstrømmen inn mot sykehusene (NOU 2015: 17). Det eksisterer så langt vi vet ingen retningslinjer som sier hvordan denne gruppen skal behandles.

I løpet av de 15 årene prosjektet har eksistert er det gjennomført en revisjon, men prosjektet har aldri blitt systematisk evaluert. Dette innebærer at det aldri er undersøkt hvorvidt prosjektet fyller den funksjonen det er ment å fylle, nemlig bedre pasientbehandling og en bedre arbeidssituasjon for de ansatte. Det har lenge vært ønskelig å gjennomføre en evaluering av multibrukerprosjektet. Tiden må nå kunne sies å være overmoden. Å gjennomføre det kvalitetsarbeidet en evaluering av multibrukerprosjektet innebærer, er et omfattende arbeid. Denne studien tar sikte på å være første del av det arbeidet. Vi har ønsket å starte evalueringsarbeidet med å snakke med fagfolkene som har deltatt i det kliniske arbeidet med multibrukerprosjektet, på legevakten og hos våre eksterne samarbeidspartnere. Vi har ønsket å få deres perspektiver på multibrukerprosjektet, da på hva som fungerer bra og bør videreføres, og hva som kunne fungert bedre og hvordan. I neste fase vil det være naturlig å undersøke hva multibrukerne selv mener fungerer og ikke. Gjennom dette arbeidet håper vi til slutt å kunne bidra til å fylle et hull i kunnskapen om hvordan en best kan møte en krevende pasientgruppe på legevakt.

Problemstilling:

Første del av en evaluering av multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt – Hva mener involverte fagpersoner bør bevares og hva bør forbedres?

Forskningsspørsmål:

- A) Hva fungerer bra og bør videreføres, og hvorfor?
- B) Hva kunne fungert bedre, og hvordan?

Studien er gjennomført i Oslo, sommeren 2022. Informanter har vært syv fagpersoner fra legevakten, hvorav noen ansatt i multibrukerprosjektet og noen ikke, samt syv fagpersoner fra legevaktens eksterne samarbeidspartnere, i form av bydelsoverlege i en bydel i Oslo, AMK, poliklinikk ved DPS, akuttpsykiatrisk avdeling og psykiatrigruppa i politiet. Studien er gjennomført av to fagpersoner som begge sitter i ledelsen ved ulike seksjoner ved Oslo legevakt, den ene som assisterende seksjonsoverlege ved allmennlegevakten og leder av multibrukerprosjektet, den andre som psykologspesialist og del av ledergruppen ved psykiatrisk legevakt. Mens førstnevnte har jobbet ved legevakten siden 2005, har sistnevnte vært ansatt siden 2014. Gjennom mange år på legevakten var begge godt kjent med utfordringene multibrukere representerer for tjenesten, og også med multibrukerprosjektet. Som ny leder for prosjektet har assisterende seksjonsoverlege ved allmennlegevakten hatt et ønske om å gjennomføre en evaluering av prosjektet, med forbedring som formål. Denne undersøkelsen er som nevnt første del i denne evalueringen.

Alt arbeid med denne studien er gjennomført av begge fagpersoner samlet. Begge har gått gjennom relevant litteratur, utformet intervjuguide og rekruttert informanter. Begge har deltatt i alle intervju og gjennomført selvstendig analyse av materialet før vi kom frem til endelig resultat, hvor vi har diskutert funnene sammen. Skrivearbeidet har vært jevnt fordelt, teksten er gjennomgått og revidert av begge fagpersoner gjentatte ganger, før vi kom frem til endelig resultat.

- **Multibruker:** En pasient som bruker legevakten så hyppig, eller er så ressurskrevende, at det er behov for en strategi for å håndtere pasienten på en enhetlig måte (Oslo legevakt, intranett, 2022).
- **Multibrukergruppe:** En tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av deltakere fra allmennlegevakten og sosialt ambulant akuttjeneste (SAA) ved Oslo legevakt. Gruppen møtes en gang i måneden, i to timer. Pasienter definert som multibrukere av legevaktens tilbud tas opp, og man diskuterer seg i plenum frem til en strategi for håndtering av pasienten (Oslo legevakt, intranett, 2022).
- **Pasient:** En person som ber om eller mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §1-3).
- **Pårørende:** Den pasienten oppgir som pårørende, eventuelt den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten om pasienten ikke er i stand til å oppgi pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §1-3).
- **Helsepersonell:** Personell omfattet av autorisasjonsordningen, som lege, psykolog, sykepleier, hjelpepleier, vernepleier, ambulansarbeider med mer (helsepersonelloven, 1999, §48a).
- **Helseinstitusjon:** Institusjoner som hører under helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (helsepersonelloven, 1999, §3).
- **Helsehjelp:** Enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (helsepersonelloven, 1999, §3; pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §1-3).
- **Øyeblikkelig hjelp-plikt:** Helsepersonell sin plikt til å yte den helsehjelpen de evner, når hjelpen antas påtrengende nødvendig (helsepersonelloven, 1999, §7).

- Akuttkjeden: Tjenestene som er involvert fra et akutt symptom oppstår til pasienten mottar behandling på riktig behandlingssted; Ambulansetjenesten, AMK, fastlege, kommunale hjemmetjenester, legevakt, akutteam ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) og akuttmottak på sykehus (Sykehuset Telemark, 2020).
- Prehospitale tjenester: Tjenestene utenfor sykehus som er eller kan bli involvert i håndteringen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, da fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen (inkludert kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud), nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral) og ambulansetjeneste (bil-, båt- og luft) (NOU 2015: 17).
- Legevaktarbeid: En medisinsk disiplin som utøves i grenselandet mellom allmennmedisin og akuttmedisin. Legevaktene driver akutt allmennmedisin og er samtidig del av den akuttmedisinske førstelinjen. Legevakt er legearbeid med uselekterte, ukjente og ofte mange pasienter. Som legevaktlege har du lite tid til disposisjon (Vallersnes, 2016).

2. BAKGRUNN

2.1 Om multibrukere ved Oslo legevakt

Ved Oslo legevakt er en gruppe pasienter definert som “multibrukere”. Dette er pasienter som bruker legevakten så hyppig, eller er så ressurskrevende, at det er behov for en strategi for å håndtere dem på en enhetlig måte. Kriteriene for å bli definert som multibruker er som følger (Oslo legevakt, intranett, 2022):

Hyppige henvendelser over tid			
Telefon:	>10/måned	> 15/3 måneder	> 30/6 måneder
Oppmøte:	> 5/måned	> 10/3 måneder	> 15/6 måneder
Lignende kontaktårsak hver gang			
Forbruker mye ressurser			
Kriteriet om hyppighet kan fravikes ved svært stor ressursbruk.			

Figur 1: Multibrukere ved Oslo legevakt - Kriterier

Det er til enhver tid registrert mellom 120 og 130 multibrukere ved Oslo legevakt (Helseetaten, 2021). Som det fremgår av figur 1 defineres ikke multibrukere ut fra diagnose. Det er kontaktårsak, hyppighet av kontakt og ressursbruk som er definerende. Det er likevel diagnostiske problemstillinger som går igjen hos multibrukere ved legevakten i Oslo, da i hovedsak sammensatte og langvarige somatiske problemstillinger som for eksempel langkommen diabetes mellitus med komplikasjoner og kroniske hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser som emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser som asperger syndrom, alkohol- og medikamentavhengighet. Mange har sosiale problemstillinger, som lite nettverk, økonomiske utfordringer og en krevende boligsituasjon. De fleste har funksjonstap. Mens noen har strevd med denne type utfordringer over tid, har andre mer nyoppståtte problemstillinger. Multibrukere presenterer gjerne akutte og alvorlige symptomer når de kontakter legevakten. Dette er problematikk som legevakten som hovedregel er forpliktet til å ta tak i. Dette kan være tungpust, brystmerter, hjertebank, krampeanfoll, rusoverdoser, selvskading, selvmordstanker og voldstanker. Utover kontakt med legevakten er multibrukerne ofte også i kontakt med andre deler av akuttkjeden, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De følges ofte opp av fastlege eller DPS, kommer

gjærne til legevakten med ambulanse eller politi, og noen har hyppige innleggelser på sykehus. Noen har involverte pårørende.

Som det fremgår ovenfor tar multibrukere som oftest kontakt igjen og igjen pga. en akutt og alvorlig problemstilling, som legevakten i utgangspunktet må ta tak i. Selv om ansatte ved legevakten er kjent med at den aktuelle multibrukeren stadig tar kontakt pga. eksempelvis hjertebank eller utsagn om selvmord, og tviler på om alvorlighetsgraden er av en slik karakter som pasienten fremstiller, er dette problemstillingen det er svært vanskelig for legevakten sitt personell å ikke agere på. Legevakten er et sikkerhetsnett for alle som bor og oppholder seg i Oslo, og har øyeblikkelig hjelp-plikt slik plikten er definert i lovverket (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997,  2-1a,  2-1b; helsepersonelloven, 1999,  7; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011,  3-2,  3-5; spesialisthelsetjenesteloven, 1997,  3-1; akuttmedisinforskriften, 2015,  1). Tilsvarende gjelder AMK.  yeblikkelig hjelp-plikten gjelder hver gang pasienten tar kontakt og kan ikke fravikes selv om pasienten har tatt kontakt for samme problemstilling flere ganger f r.   ikke agere på alvorlige symptomer er vanskelig for ansatte ved legevakten, fordi de frykter at pasienten ikke f r nødvendig helsehjelp med de konsekvenser det kan ha. Det er også et faktum at selv pasienter som gjennom mange år har uttrykt bekymring for   for eksempel ha hjerteinfarkt uten at det har vist seg å være tilfellet, ikke er immune mot   en eller flere ganger i livet oppleve et hjerteinfarkt.   la v re å agere på det som av pasienten presenteres som akutte problemstillinger, krever kjennskap til pasientens problematikk og ordinære hjelpetilbud. Det er av avgjørende betydning å få avklart at multibrukeres gjentatte kontakt med legevakten pga. det de oppgir som akutte symptomer, er ledd i deres habituelle sykdomsbilde, uttrykk for kronisk problematikk og ikke en akutt tilstand.

Multibrukere er en svært ressurskrevende gruppe på legevakten. Gjentatte intervensjoner rettet mot angivelig akutte tilstander innebærer en stor utfordring for tjenestene og fagfolkene som er ansatt. Det tar tid fra andre pasienter og andre oppgaver. Legevakten er ikke dimensjonert for å behandle kroniske problemstillinger. På legevakten m ter pasienten gjerne ulike fagpersoner hver gang, en har lite informasjon om pasienten og dens sykdomsbyrde, og det er lite kjennskap til hva slags helsehjelp pasienten mottar andre steder i hjelpeapparatet. Det ligger ikke til legevaktens mandat å følge opp pasienter utover å avhjelpe den akutte problemstillingen som er present her-og-nå på legevakten. Det er akutte tilstander som er legevaktens hovedansvar (NOU 2015:17). Ved legevakt vil det alltid være en del

problemer ansatte må avstå fra å løse, problemstillinger som bør overlates til det faste hjelpeapparatet som kjenner pasienten (Vallersnes, 2016). Kroniske tilstander skal avhjelpes i ordinært hjelpeapparat. Fast behandler over tid er det som er vurdert å være det beste behandlingstilbudet for pasienter med kompleks og kronisk sykdom (Helsedirektoratet, 2016).

På samme måte som legevakten er bundet av øyeblikkelig hjelp-plikten gjelder også tilsvarende for andre tjenester. Utover AMK som vi allerede har nevnt, gjelder det nødteater som politi og brannvesen. Om en person eksempelvis står på taket til en høy bygning og viser tegn til å skulle hoppe er dette en situasjon nødteatene er forpliktet til å agere på. Tilsvarende gjelder om en person sier at vedkommende vil sette fyr på en bygning eller går på t-baneskinnene (helsepersonelloven, 1999, §31; politiloven, 1995; lov om brannvern, 1987).

Som det fremgår av definisjonen av multibrukere kan kravet om hyppighet fravikes om ressursbruken er stor. Grunnen til at dette er tatt med som en del av definisjonen er at vi har noen pasienter som kommer i kontakt med nødteatene og legevakten relativt sjelden, men hvor ressursbruken er enorm når de først kommer i kontakt. Dette kan være pasienter som eksempelvis går i t-banetunneler og jernbanespor, hvilket ikke bare medfører utrykning fra flere nødteatstjenester, men også lammer tog- og t-banetraffikken i Oslo i tiden frem til nødteatene får kontroll på pasienten. Et annet eksempel kan være pasienter som uttrykker trusler som oppfattes å true rikets sikkerhet, f.eks. truer med å sprengte sentrale samfunnsinstitusjoner. Dette kan utløse enorm ressursbruk av spesialenheter i politiet, som i tiden det pågår er mindre tilgjengelige for andre potensielle trusselsituasjoner i landet for øvrig.

Selv om multibrukere ofte har tilbud om helsehjelp i det ordinære hjelpeapparatet, kontakter de som nevnt likevel nødteatene med det som beskrives som akutte problemstillinger. Dette kan ha flere årsaker. Multibrukere kan oppleve å ikke få tilstrekkelig helsehjelp i de ordinære tjenestene, eller oppleve stadige kriser som kulminerer i det som oppleves som en akuttsituasjon. De kan være uenig i diagnose og ønske en “second opinion” eller de kan ønske andre hjelpetiltak enn de får tilbud om i de ordinære tjenestene. Eksempler på dette er pasienter med helseangst (hypokondri) som ikke stoler på diagnosen og ber om stadige undersøkelser, eller pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som mener de trenger langvarig innleggelse i sykehus, men hvor fast hjelpeapparat mener det ikke er anbefalt behandling. Noen har også en grunnlidelse som disponerer for oppheng i bestemte

aktiviteter, hvor det å kontakte nødetatene kan bli en slik aktivitet. Gjentakende akutte tiltak fra legevakt impliserer ofte stadige brudd med behandlingsplanen initiert av fast hjelpeapparat, kan forsterke pasientens multibrukeratferd og således være direkte uhensiktsmessig. Om legevakten gir behandlingstiltak som fast hjelpeapparat mener ikke er indisert, men som pasienten ønsker, kan dette også medføre at multibrukerne ikke bare oppsøker legevakten hyppig, men også bruker fast hjelpeapparat i mindre grad eller avslutter behandlingskontakten med fast hjelpeapparat. Dette er motsatt utvikling av det som er ønskelig. Når multibrukere avslutter sitt behandlingsforløp i fast hjelpeapparat reduseres forutsetningene for at de mottar evidensbasert og helhetlig behandling over tid. Da står akuttjenestene alene om å tilby behandling for en kronisk problematikk, noe de verken er beste instans til å gjøre eller dimensjonert for (NOU 2015: 17).

Som nevnt er multibrukere en krevende gruppe å behandle for ansatte på legevakten. På den ene siden er ansatte bundet av øyeblikkelig hjelp-plikten, som pålegger dem å behandle akutte og alvorlige symptomer hos pasientene. Det verste som kan skje ved manglende behandling er alvorlige helseplager eller at pasienten dør. Denne type hendelser medfører gjerne kritikk fra pårørende, tilsynssak fra helsemyndighetene og i noen tilfeller mediesak. På den andre siden står helsepersonell i fare for å igangsette akutte tiltak som kan bli kontraproduktive for pasienten, f.eks. unødvendige undersøkelser eller innleggelses som bidrar til å vedlikeholde en dysfunksjonell atferd. Å bruke mye tid på å behandle multibrukere tar også ressurser som kunne være brukt på andre pasienter. Med fulle venterom er dette en stressfaktor. Alt i alt er det forståelig at ansatte oppgir at arbeid med multibrukere skaper vanskelige følelser som bekymring, frykt, tvil, press, stress, irritasjon, frustrasjon, sinne og avmakt.

For å gi et bilde på multibrukeres kontakt med legevakten og akuttkjeden har vi valgt å ta med noen fiktive eksempler på typiske multibrukere. Et eksempel kan være en kvinne på 23 år med asperger syndrom og selvskadingsproblematikk. Hun bor i egen leilighet og mottar uførestønad. Hun har tilbud om dagaktivitet, men møter opp i varierende grad. Hun følges opp av fastlege og DPS. Pårørende er i dialog med fast hjelpeapparat. I den senere tid har hun kommet til legevakten ca. seks ganger pr. måned pga. selvskadende atferd i form av kutting og intoksikasjoner. Etter å ha selvskadet kontakter hun selv AMK, formidler selvskadende atferd og selvmordstanker, hvorpå ambulans henter pasienten og kjører henne til legevakt. Ved legevakten vurderes hun først ved skadelegevakten, så ved allmennlegevakten eller psykiatrisk legevakt. Hun vurderes som ved tidligere besøk, med asperger syndrom og

selvskadende atferd. Pasienten fastholder selvmordstanker og sier hun vil legges inn på sykehus. Når det ikke finnes grunnlag for innleggelse og hun får tilbud om andre hjelpetiltak, ønsker hun ikke det. Hun nekter å forlate legevakten. Hun må etter hvert følges ut av vektere.

Et annet eksempel er mann på 50 år med alkoholavhengighet, som får selvmordstanker og viser suicidal atferd i beruset tilstand, men som aldri har skadet seg alvorlig eller gjort alvorlig selvmordsforsøk. Når han ikke er beruset, benekter han selvmordstanker. Han ønsker ikke å slutte å drikke. I beruset tilstand har han flere ganger begynt å fikle med utstyr på legevakten, slik at det er nødvendig med tilsyn av vektere for å lykkes gi ham helsehjelp og unngå at han ødelegger utstyr. Han kommer ofte med politiet etter å ha blitt plukket opp på pub hvor han har sagt han skal ta livet av seg. Den siste måneden har han vært på legevakten med tilsvarende problematikk åtte ganger, hver gang brakt til legevakt av ambulanse eller politi. I tillegg har han ringt AMK og legevaktssentralen omtrent daglig de siste månedene og oppgitt selvmordstanker. Pårørende tar også kontakt med legevakten pga. bekymring, etter han har kontaktet dem og ytret selvmordstanker. Han har vært innlagt tre ganger siste måned, to ganger på rusakuttmottaket og en gang på akuttpsykiatrisk avdeling. Han har ligget til rusobservasjon på legevakten ved to anledninger. Når han blir edru ønsker han ingen helsehjelp og han har derfor ingen poliklinisk oppfølging for rusproblematikken, og heller ikke oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Et eksempel på en pasient med langvarig, sammensatt somatisk problematikk, er en kvinne, rundt 60 år, med diagnosen alvorlig diabetes mellitus. Hennes diabetessykdom har vært dårlig regulert over flere år og det har tilkommet komplikasjoner i form av nyresvikt, progredierende synsnedsettelse og et stadig økende fall i funksjon. Pasienten er ugift, har ingen barn og pasientens foreldre har gått bort. Hun er ensom og opplever behov for mer hjelp til å håndtere sykdommen og fungere hjemme enn det som tilbys av fastlege, hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten. Pasienten ringer legevakten svært hyppig med mange spørsmål som legevaktssentralen ikke alltid har nok tid til å svare på i løpet av en travel vakt. Pasienten opplever å bli avvist, selv om de faglige rådene som gis er gode. For å spare tid på legevaktssentralen blir pasienten bedt om å komme ned til legevakten for en legekonsultasjon. Pasienten sier hun ikke ønsker å komme til legevakten, men heller ønsker at lege kommer på hjemmebesøk. Når hun får avslag på det hender det at hun ringer nødnummer 113 og ber om hjelp til innleggelse på sykehus, selv om problemstillingen ikke er av en slik karakter at AMK skal kontaktes. Denne pasienten er multibruker både på legevakten og hos AMK.

Andre eksempler kan være personer med helseangst (hypokondri) som stadig kontakter fastlege, legevakt, sykehus osv., for stadige forsikringer om at de er friske, eller personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som stadig kommer til legevakten pga. emosjonell krise, selvskadende atferd, selvmordsproblematikk og ønske om innleggelse

Utover de nevnte eksemplene ovenfor som inngår som multibrukere i definisjonen til multibrukerprosjektet, har vi også pasientgrupper som hyppig oppsøker legevakten, men uten å bli definert som multibrukere. Dette er pasienter som har gode grunner for å stadig kontakte akuttapparatet. Dette kan være små barn med luftveisproblemer, eldre med sykdommer hvor det kan være vanskelig å avdekke akutt forverring av grunntilstand, personer uten fastlege mm. Multibrukerprosjektet retter seg altså ikke mot disse pasientene.

2.2 Forskningslitteratur om multibrukere

Multibrukere er et velkjent fenomen både i Norge og internasjonalt. Multibrukere er kjent som en pasientgruppe som forbruker store helseressurser. Det er ikke gjort særlig forskning på multibrukere i Norge. Internasjonale studier bidrar til å kaste lys over fenomenet, selv om kunnskapsgrunnlaget ikke er betydelig. I forskningslitteraturen skilles det heller ikke tydelig mellom det vi har definert som multibrukere i multibrukerprosjektet ved legevakten, og de som er storforbrukere av helsetjenester av gode grunner, som små barn med luftveisproblemer og eldre med kroniske sykdommer som er vanskelige å behandle.

Internasjonalt brukes gjerne begrepet “frequent attenders” (FA) om multibrukere. FA defineres ulikt i ulike studier, men som oftest ut fra hvor ofte de kontakter helsetjenesten over en gitt tidsperiode. Shukla et al. (2020) har gjennomført et systematisk litteratursøk og foreslår følgende definisjon for FA; Minst ti konsultasjoner pr. år for primærhelsetjenesten, minst fem besøk pr. år for legevakt og minst fire innleggelser pr. år for sykehus. Altså betydelig lavere frekvens enn hvordan vi har definert våre multibrukere.

Forskningen til Shukla et al. (2020) fant at kroniske sykdommer, psykiske helseplager, rusproblematikk og sosiale problemer var mer vanlig blant FA. Betydelige fysiske, psykiske og sosiale utfordringer hos FA er et gjennomgående funn i forskningslitteraturen (Gill & Sharpe, 1999; Vedsted et al., 2004; Smits et al., 2009; Haroun et al., 2016). En nederlandsk

studie av FA i allmennpraksis fant også at pasienter med flere års status som FA hadde større forekomst av fysiske helseplager som ikke kunne forklares medisinsk (Smits et al., 2009).

I en engelsk studie gjennomført ved fastlegekontor, fant de at hver sjettede konsultasjon var med en FA (Neal, R. D., 1998), mens en dansk studie fant at FA stod for en av tre av kontaktene med fastlegekontor (Vedsted et al., 2001). En studie fra Singapore fant at FA stod for like i underkant av 20 % av innleggelsene på akuttmottak, FA da definert som pasienter med minst fire innleggelser pr. år (Pek et al., 2022). En rapport fra Helse Nord fant tilsvarende da somatiske sykehusopphold for FA ble undersøkt. Rapporten viser at de 1 % mest ressurskrevende pasientene forbrukte 20 % av ressursene, mens de 10 % mest ressurskrevende pasientene forbrukte 66 % av ressursene. Kronisk sykdom, komorbide tilstander og livets slutfase var kjennetegn ved FA (Heiberg, 2015).

FA sin kontakt med legevakt i Norge ble gjennomgått av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2012), i årsstatistikken for legevakt i 2011. FA ble der definert som personer med fem eller flere kontakter med legevakten i løpet av et år. I gruppen definert som FA inngikk både pasienter med legitim, hyppig kontakt med legevakten, som små barn og de eldste pasientene, men også pasienter i gruppen som inngår i multibrukerprosjektet til legevakten i Oslo, som pasienter med psykiatriske problemstillinger. Undersøkelsen fant at FA får utført flere undersøkelser og trengte mer tid pr. konsultasjon enn andre pasienter. De fant at 3,5% av pasientene ble definert som FA, og at disse stod for 16,5% av alle kontaktene på legevakt. Til sammenligning har de aller fleste som er i kontakt med legevakten i løpet av ett år, kun én kontakt.

Utover oppmøtekonsultasjoner er FA ofte også aktive i telefonisk kontakt med helsetjenestene. Da Statsforvalteren i Oslo og Viken (2022) gjennomførte tilsyn med Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo, fant de at telefonsamtaler med FA var en av årsakene til at sentralen ikke lyktes overholde sine krav til svartid.

Forskningslitteraturen antyder også at pasienter som er FA på dagtid gjerne også er det utenom ordinær arbeidstid (Vedsted et al., 2001). Videre at FA av en helsetjeneste, ofte også er det hva angår andre tjenester. Byrne et al. (2003) fant at FA i akuttmottak på sykehus også er FA hos fastlege og legevakt. Videre viser forskning at storforbruk av helsetjenester slik en

ser hos FA, for de fleste er et forbigående fenomen. En studie fra Nederland fant at kun en av syv FA fortsetter som FA tre år senere (Smits et al., 2009).

Utover ressursbruk i form av tid brukt til behandling, er det også kjent at storforbruk av helsetjenester er forbundet med betydelige bruk av økonomiske ressurser, både innenfor primærhelsetjenestene som på legevakt, men også innenfor spesialisthelsetjenesten. Smits et al. (2013) sammenlignet FA med andre pasienter i Nederland, og fant at FA er forbundet med større helseutgifter både i primær- og spesialisthelsetjenesten, også når det korrigeres for sykdomsbyrde og sosiale faktorer.

Det er forsøkt flere ulike intervensjoner for å redusere kontakthyppheten hos FA. Haroun et al. gjennomførte i 2016 en systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier av FA på fastlegekontor. De skriver at det ikke finnes kunnskap om spesifikke intervensjoner som fungerer, men at en skreddersydd tilnærming rettet mot årsaken til at pasienter er FA kan redusere frekvensen av besøk på fastlegekontoret.

Som nevnt er FA ofte en krevende gruppe å behandle, en gruppe som skaper både bekymring, frustrasjon og avmakt hos ansatte. I litteraturen assosieres de gjerne med begrepet “heartsink patients”, et begrep brukt for første gang av Tom O’Dowd i 1988. O’Dowd skriver at det som definerer disse pasientene er hva de gjør med følelsene til legen som behandler dem. Han beskriver usikkerhet, stress, irritasjon og avmakt. Å bli bedre kjent med pasienten, diskutere pasienten i kollegiet og lage en plan for hvordan pasienten best kan bli møtt av hjelpeapparatet, var det O’Dowd (1988) fant å være til hjelp i arbeidet med denne gruppen. Mathers et al. (1995) har senere beskrevet fire faktorer som beskytter fastleger mot å oppleve pasienter som “heartsink patients”; God jobbtilfredshet, ikke for høyt arbeidspress, god klinisk erfaring og videreutdanning.

2.3 Multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt

2.3.1 Bakgrunn for opprettelsen av multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt

Som nevnt har multibrukere gjennom mange år vært kjent som en utfordrende gruppe å behandle ved Oslo legevakt. Det har aldri eksistert normerende produkter fra helsemyndighetene, som sier noe om hvordan multibrukere best kan behandles i en

legevaktsetting. Om en går igjennom de normerende produkter fra helsemyndighetene, som nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, pakkeforløp, nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2022), helseatlas, medisinske kvalitetsregistre og helsebiblioteket (Regjeringen, 2022), er det vanskelig å finne hjelpemidler som er direkte relevante for det praktiske arbeidet med behandling av multibrukere på legevakt. Det fremgår generelle, overordnede føringer, eksempelvis om evidensbasert behandling og krav til samhandling i helsetjenesten, men ingen konkrete føringer rettet mot hvordan legevakten best kan organisere arbeidet med multibrukere. Vi kjenner heller ikke til at andre legevakter i Norge har prosedyrer rettet mot multibrukere.

Mangel på sentrale føringer og en travel arbeidshverdag hvor multibrukere utfordret tjenesten, dannet bakteppe for opprettelsen av multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt for ca. 15 år siden. Det var i hovedsak to årsaker til at legevakten valgte å etablere multibrukerprosjektet (Iversen et al., 2017):

- A) Bekymring blant ansatte knyttet til hvorvidt multibrukere mottok behandling av god kvalitet, hvordan de ble behandlet i øvrig helsetjeneste og om det lyktes tilby koordinerte og helhetlige tjenester.
- B) Ansattes opplevelse av at arbeid med multibrukere var krevende og belastende, og medførte vanskelige følelser som bekymring, frustrasjon og avmakt

I forlengelsen av dette var det ønskelig å forankre multibrukere enda tydeligere i ordinært hjelpeapparat, som er vurdert å være det beste behandlingstilbudet for pasienter med komplekse og kroniske tilstander (Helsedirektoratet, 2016). Videre var det et håp om at prosjektet ville bidra til at multibrukere i mindre grad benyttet legevakten sine tjenester, og således frigjøre kapasitet til å behandle akutt syke pasienter, som nevnt tidligere er legevaktens hovedoppgave (NOU 2015: 17).

Å jobbe for å sikre pasienter behandling av god kvalitet, var et naturlig mål for ansatte og ledere ved Oslo legevakt. Dette har vært et lovkrav (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §1-1; helsepersonelloven, 1999, §1; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; spesialisthelsetjenesteloven, 1997, §1) og en sentral føring fra helsemyndighetene i mange år, ytterligere forsterket i senere år. Helsedirektoratet (2017) definerer tjenester av god kvalitet som tjenester som er virkningsfulle, trygge, tilgjengelige og rettferdig fordelt, samordnet og

preget av kontinuitet, brukerinvolvering og god ressursutnyttelse. Målet om å sikre pasienter tjenester av god kvalitet gjennomsyrrer helsetjenesten. Tilsvarende gjelder retten til et helhetlig og koordinert hjelpetilbud mer spesifikt, hvor helsetjenesten pålegges å samarbeide innad i egen tjeneste, men også på tvers av tjenester. Et eksempel på dette er retten til individuell plan, hvor ansvaret for koordinering er lagt til kommunehelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §2-5; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-4, §4-1, §7-1; spesialisthelsetjenesteloven, 1997, §2-1e, §2-2, §2-5). Med samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)), iverksatt i 2012, ble samhandling i helsetjenesten for alvor satt på dagsorden. Fokuset var på koordinerte og sammenhengende tjenester av god kvalitet, på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utover å være en belastning for pasientene, ble dårlig koordinerte tjenester beskrevet som dårlig utnyttelse av helsevesenet sine ressurser. Etter innføring av samhandlingsreformen har legene i kommunehelsetjenesten i Oslo fått stadig mer ansvar for pasienter med komplekse sykdommer og et stort behov for helsehjelp. Godt og tett samarbeid med eksterne instanser er beskrevet som en forutsetning for trygge og helhetlige tjenester (Byrådet, 2019).

Norge har også en nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2019a), hvor multibrukere må sies å være i målgruppen. Veilederen retter seg mot ledere av virksomheter som yter tjenester til personer med denne type behov, i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I veilederen oppfordres kommunehelsetjenesten til å være pådriver for tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorgrenser, med formål å gi persontilpasset og strukturert oppfølging, med god ressursutnyttelse. Felles kunnskapsplattform, felles forståelse og avklarte forventninger beskrives som avgjørende, og arbeidet skal ha en bruker-, pårørende- og ressursorientert tilnærming. Det fremgår at virksomhetene må tilrettelegge for systemer som fanger opp personer med denne type behov. I NOU 2015: 17 Først og fremst, understrekes behovet for en mer helhetlig øyeblikkelig hjelp-tjeneste, med god samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og opp mot sykehusene.

Helsetjenesten plikter å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, 2016) og har en nasjonal handlingsplan rettet mot dette for årene 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2019b).

Å være opptatt av kvaliteten på pasientens behandling er noe ansatte og ledere i helseinstitusjoner sannsynligvis er, bare som følge av sin rolle som helsepersonell, men også noe de er forpliktet til og noe de måles opp mot. Dette understøtter hvorfor det i mange år har vært og er sentralt, for ansatte og ledere ved Oslo legevakt, å finne en løsning på utfordringen med multibrukere.

Om en ser nærmere på den andre hovedårsaken til opprettelsen av multibrukerprosjektet, nemlig ansattes opplevelse av at arbeidet medførte vanskelige følelser, var krevende og belastende, er det også lett å forstå at situasjonen påkrevde at noe ble gjort. Utover at en som helseleder forplikter seg til å følge lovverk og sentrale føringer rettet mot pasientarbeidet, forplikter en seg også til å ivareta ansatte jf. bestemmelser i arbeidsmiljøloven (2005). Loven sikrer ansatte et arbeidsmiljø som tilrettelegger for en meningsfylt og helsefremmende arbeidssituasjon (§1-1) og stadfester at det skal gjennomføres systematisk helse-, miljø-, og sikkerhetsarbeid (§3-1).

Å bygge gode arbeidsplasser er kjent som et lederansvar. Forskning på helseinstitusjoner som leverer gode resultater har vist at ledere som er opptatt av og tar ansvar for kvalitet, bryr seg om sine ansatte, er delaktige i forbedringsprosesser og fokuseres på ekspertdrevet praksis og tverrfaglig teamarbeid, er avgjørende for institusjonens suksess (Taylor et al., 2015; Bohmer, 2011). Denne forskningen er i samsvar med forskning på hva som motiverer ansatte, hvor kompetanse, autonomi og sosial tilhørighet er funnet å være essensielle faktorer for opplevd motivasjon (Ryan og Deci, 2000).

2.3.2 Om utviklingen av multibrukerprosjektet og dagens multibrukerprosjekt

Det er begrenset med dokumentasjon om multibrukerprosjektet slik det ble organisert for 15 år siden og også i senere tid. Det som er dokumentert er at det opprinnelige prosjektet ikke fungerte så godt som en skulle ønske. Driften ble personavhengig, samarbeidslinjene som var nødvendig fungerte ikke optimalt og det var lite ressurser avsatt til arbeidet. Med dette som bakteppe ble multibrukerprosjektet revidert i 2017, av tre ledere ved Oslo legevakt (Iversen et al., 2017).

Revisjonen av multibrukerprosjektet i 2017 er heller ikke uttømmende dokumentert, men det fremgår at det ble opprettet en ny, tverrfaglig arbeidsgruppe, og et nytt mandat for arbeidet

(Helseetaten, 2017). Arbeidsgruppen fikk i oppgave å utrede en arbeidsform som skulle ivareta multibrukere som tar kontakt med legevakten på telefon og ved oppmøte, samt å iverksette dette arbeidet. Målet var fremdeles bedre og mer helhetlig behandling for pasientene, og å gjøre ansatte bedre i stand til å håndtere multibrukere. Det ble gjennomført kompetansehevende tiltak, utarbeidet og laget nye rutiner gjennom tverrfaglige workshops og jobbet for å styrke samarbeidslinjer internt og ut mot samarbeidspartnere (Iversen et al., 2017).

Arbeidet med multibrukerprosjektet som ble påbegynt i forbindelse med revisjonen i 2017, ble videreført av den nye arbeidsgruppen. Kriteriene for å bli definert som multibruker ble etablert, slik den er gjengitt i figur 1. Arbeidet ble utviklet til den arbeidsmodellen vi har i dag. Heller ikke denne arbeidsmodellen er fullstendig beskrevet og dokumentert, og redegjørelsen for denne er derfor basert delvis på foreliggende dokumentasjon (Oslo legevakt, intranett, 2021 & Oslo legevakt, intranett, 2022) og delvis på informasjon vi kjenner til som delaktige i multibrukerprosjektet

I dag er tre ansatte fra hhv. allmennlegevakten og sosialt og ambulant akuttjeneste engasjert i multibrukerprosjektets kjernearbeidsgruppe. Gruppen møtes ½ arbeidsdag hver måned og møteserien settes opp to ganger i året. I tillegg til kjernegruppen er fem andre ansatte ved legevakten definert som medlemmer av utvidet arbeidsgruppe, fire av disse jobber turnus og har begrenset tid til å jobbe regelmessig med prosjektet, mens den femte har en lederstilling. Arbeid i multibrukerprosjektet inngår ikke i stillingsbeskrivelsen til prosjektets medlemmer og det er ikke spesifisert hvor stor andel av stillingen som er knyttet opp mot prosjektet. Det foreligger i dag ikke oversikt over hvor mye arbeidstid som brukes på prosjektet. Det varierer også med hvor mange aktive multibrukere en har til enhver tid. Arbeidet gjøres ved siden av klinisk drift og andre oppgaver. Det er ønskelig med mer ressurser knyttet opp mot prosjektet, da ansatte i prosjektet i dag opplever at tiden ikke strekker til.

Multibrukere meldes hovedsakelig til arbeidsgruppen fra legevaktens ulike seksjoner, da fra ansatte som har registrert at pasienten er gjenganger på legevakten og mistenker at pasienten fyller multibrukerkriteriene. I tillegg kan eksterne samarbeidspartnere, som AMK, akuttmottak på sykehus, fastleger eller lege/psykolog ved DPS, kontakte arbeidsgruppen til multibrukerprosjektet for å drøfte pasienter som er multibrukere i deres tjenester. Om det viser seg at pasienten også er multibruker ved legevakten, kan pasienten tas inn i prosjektet.

Da kjernen i multibrukerprosjektet er informasjonsutveksling og samhandling på tvers av ulike helsetjenester, er samtykke og taushetsplikt sentrale aspekter ved prosjektet. Prosjektet rammes inn av pasienters lovfestede rettigheter. Pasienter har rett til å samtykke til helsehjelp, rett til å medvirke og rett til nødvendig informasjon for å kunne medvirke (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §3-1, §3-2, §4-1; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2a). Videre er taushetsplikt en hovedregel i norsk helsetjeneste (helsepersonelloven, 1999, §21), men opplysninger kan likevel gis om pasienten samtykker til det, til de som fra før er kjent med opplysningene eller når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig (helsepersonelloven, 1999, §22, §23). Pårørende har rett på informasjon, så fremt pasienten samtykker (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §3-3; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2a).

I arbeid med multibrukerprosjektet er hovedregelen at multibrukeren orienteres om at vedkommende fyller multibrukerkriteriene og således er kandidat for å bli innlemmet i multibrukerprosjektet, hvorpå pasienten får mulighet til å samtykke og oppheve taushetsplikten overfor andre samarbeidsinstanser. I tilfeller hvor det av ulike grunner ikke har lyktes innhente samtykke fra pasienten, kan det likevel være nødvendig å starte arbeidet. Eksempler på tilfeller hvor kan være vanskelig å komme i posisjon til å innhente samtykke kan være pasienten som stadig kommer inn pga. rusintoksikasjoner eller fysisk utagerende atferd, og som ikke er interessert i å diskutere behandlingsstrategi når de bli edru eller har roet seg. Som det fremgår av lovverket om taushetsplikt åpnes det opp for at opplysninger kan deles med de som fra før er kjent med opplysningene. For multibrukere er det således sjeldent problematisk å kontakte ordinært hjelpeapparat, som fastlege eller psykolog ved DPS. For å lykkes gi denne pasientgruppen behandling av god kvalitet på legevakt, er ofte flere opplysninger enn de vi lykkes innhente på legevakt, helt nødvendig. Gitt at problemstillingene multibrukerne presenterer gjerne er av akutt og alvorlig karakter, åpner dette opp for mer informasjonsdeling mellom de ulike helsetjenestene enn hva som ville vært tilfelle med problematikk av mindre alvorlighetsgrad.

Når det er avklart at pasienten fyller kriteriene som multibruker og er tatt inn i multibrukerprosjektet, starter arbeidet med saken i arbeidsgruppa til multibrukerprosjektet. Først lages det en oversikt over pasientens kontakt med legevakten, herunder kontaktårsak, hyppighet av kontakt, ressursbruk forbundet med kontakten, samt hvilke av legevaktens

seksjoner som kontaktes og er involvert. Videre forsøkes det å få oversikt over pasientens behandlingstilbud utenfor legevakten, da i pasientens faste behandlingsapparat. Det kan være aktuelt å involvere andre akuttjenester, dersom pasienten også er multibruker der.

Opplysninger som innhentes er eksempelvis hvilken utredning som er gjennomført, diagnostikk, rus, tidligere selvmordsforsøk og vold, pasientens funksjon og sosiale situasjon, utløsende og opprettholdende faktorer for kontakt med legevakten og eventuelt andre nødetater, hva slags behandling som er forsøkt tidligere, aktuell anbefalt behandling herunder medikamentell behandling, om pasienten har behandlingstilbud som vedkommende ikke ønsker å benytte, hva som er pasientens habituelle tilstand, samt hvordan vi best kan hjelpe pasienten på legevakt og bidra til tjenester som i størst mulig grad er koordinerte og helhetlige. Formålet er å få best mulig oversikt over den aktuelle saken og nedfelle opplysningene i en tiltaksplan i pasientens journal på legevakten.

Proessen med å komme frem til en tiltaksplan er ressurskrevende. Det tar tid, både å skaffe oversikt over pasienter sin kontakt med legevakten som for disse pasientene gjerne er betydelig, men også å oppnå kontakt med eksterne samarbeidspartnere og få til et samarbeid. Eksterne samarbeidspartnere kontaktes på ulike måter, og noen ganger må flere kanaler forsøkes før det lykkes oppnå kontakt. Elektroniske meldinger, telefon og e-post er kommunikasjonskanaler som benyttes, da selvsagt anonymisert. Det inviteres gjerne til samarbeidsmøte, hvilket også er ressurskrevende. Utover selve tiden brukt til møtet er det gjerne krevende å koordinere flere instanser som skal finne tid til å møtes. Et felles kommunikasjonssystem har vært etterlengtet, herunder også et felles journalsystem. Fravær av felles journalsystem er en kjent kompliserende faktor for samhandling og anerkjent som en av de største utfordringene for å få til trygge og helhetlige helse- og omsorgstjenester i hele landet. Det er et satsingsområde i Oslo kommune, men også nasjonalt, å komme frem til organisatoriske og tekniske løsninger for bedre samhandling med brukere og på tvers av tjenester og forvaltningsnivå, mellom fastleger, kommune- og spesialisthelsetjeneste (Byrådet, 2019).

Når det er kommet frem til en felles strategi for hvordan legevakten, andre instanser i akuttkjeden og fast hjelpeapparat bør behandle pasienten, lages det en tiltaksplan for pasientens kontakt med legevakten. Tiltaksplanen journalføres i et notat som er det første ansatte ser når de åpner pasientens journal. På denne måten sikres det at alle ansatte på legevakten får informasjonen som er nødvendig for at de raskt skal kunne sette seg inn i saken

og møte pasienten på en konstruktiv måte på legevakten. I tillegg orienteres ansatte som sannsynligvis vil møte og få behandlingsansvar for multibrukeren på legevakt om saken muntlig, da i møter i forbindelse med vaktskifter eller legenes morgenmøter. I disse møtene adresseres også risikoen for at tiltaksplanen blir en hvilepute, som gjør at annen problematikk enn den pasienten vanligvis kommer med blir oversett.

Samarbeidet med involverte samarbeidspartnere fortsetter også etter at tiltaksplanen er etablert. Tiltaksplanen må oppdateres kontinuerlig. I perioder hvor multibrukeren er aktiv og bruker akuttapparatet mye, innebærer dette mye arbeid. Tilsvarende mindre arbeid i rolige perioder. Når en multibruker ikke lenger er definert som multibruker, fjerner multibrukerprosjektet tiltaksplanen i pasientens journal og pasienten tilbys akuttbehandling på samme måte som ordinære pasienter som oppsøker legevakten. Om det vurderes være en mulighet for at pasienten blir multibruker på ny, bevares tiltaksplanen.

Multibrukerprosjektet har ikke inngående kjennskap til hvordan eksterne samarbeidspartnere er organisert eller jobber med multibrukere. AMK er den eksterne samarbeidspartneren multibrukerprosjektet har hatt tettest samarbeid med i de siste årene. Erfaringene er at AMK og legevakten deler de aller fleste multibrukere. Politiets psykiatrigruppe oppgir også en del overlapp mellom personer de jobber opp mot og legevaktens multibrukere. Ved AMK og politiets psykiatrigruppe har legevakten en egen kontaktperson hva angår multibrukere. Dette er ikke tilfellet i de andre helsetjenestene. AMK er stort sett alltid til stede på prosjektets månedlige møter, da i den delen av møtet som angår felles multibrukere. Med unntak av AMK er det sjelden at andre helsetjenester kontakter multibrukerprosjektet om multibrukere.

Det er viktig å presisere at multibrukerprosjektet aldri tar over ansvaret for en multibruker fra en ekstern samarbeidspartner. Det er det ordinære hjelpeapparatet, som f.eks. fastlege eller psykolog ved DPS, som er behandlingsansvarlig. Akutte tjenester som legevakt og AMK møter kun pasienten i akutte situasjoner, og målet er at tiltakene i de akutte tjenestene skal være tuftet på felles forståelse og understøtte behandlingsplanen initiert av fast hjelpeapparat. Det er et etablert mål for legevakten å hjelpe multibrukere over i mer konstruktive forløp i fastlegeordningen, andre kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten, slik at pasientene sikres nødvendig kontinuitet og oppfølging over tid (Byrådet, 2019).

2.4 Om Oslo legevakt og legevaktens samarbeidspartnere

Multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt gjennomføres i et stort maskineri av akuttbehandling og øvrige helsetjenester. Utover godt internt samarbeid ved legevakten, som landets største institusjon for akuttbehandling, er det et vedvarende mål for legevakten å ha et godt samarbeid med øvrig helsetjeneste (Byrådet, 2019). I Oslo innebærer dette et stort og komplekst omfang av ulike tjenester på ulike forvaltningsnivå. Kunnskap om helsetjenesten i Osloregionen er nødvendig for å forstå kompleksiteten som eksisterer for pasienter, pårørende og helsepersonell, særlig hva angår problematikk som krever innsats fra flere deler av helsetjenesten, slik som ofte er gjeldende for multibrukere. Utover samarbeid med byens om lag 530 fastleger, samarbeider legevakten også med de andre kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, representert bl.a. ved de fire Oslo-sykehusene (Byrådet, 2019). Øvrige prehospitaltjenester, som ambulansetjenesten, er også en viktig samarbeidspartner, samt selvsagt også politiet.

2.4.1 Om Oslo legevakt

Legevakten i Oslo er Norges største legevakt, og byens eneste døgnåpne legevakt (Helseetaten, 2021). Her tilbys helsehjelp til byens befolkning, som i 2022 teller 699.827 innbyggere (Thorsnæs, G., 2022), men også til personer som oppholder seg i Oslo. Legevakten har en nøkkelrolle i Oslo kommunes helseberedskap og byens akuttmedisinske kjede. Legevakten tilbyr tverrfaglig helsehjelp ved oppmøte, på telefon og ambulant. Legevakten tilbyr hjelp for akutte problemstillinger som infeksjoner, hjerte-karsykdommer, psykiatri, rusproblematikk, overgrep og kriser (Helseetaten, 2021). Det er et mål for legevakten å tilby “én dør inn” for pasienten, uavhengig av hva slags problematikk de kommer for, gi rask og effektiv øyeblikkelig hjelp, bidra til gode pasientforløp og effektiv ressursutnyttelse (Byrådet, 2019).

Legevakten består av flere tjenester, fordelt på to forvaltningsnivå. På kommunalt nivå ligger allmenlegevakten, sosialt og ambulant akuttjeneste, overgrepsmottaket og observasjonsposten. På statlig nivå, under Oslo universitetssykehus helseforetak (OUS), ligger skadelegevakten, psykiatrisk legevakt og radiologisk enhet (OUS, 2022a). De mest relevante tjenestene på legevakten hva angår arbeidet med multibrukere er allmenlegevakten med sitt tilbud rettet mot akuttmedisinske problemstillinger og rus, psykiatrisk legevakt med sitt tilbud rettet mot akuttpsykiatriske problemstillinger, sosialt og

ambulant akuttjeneste med sitt tilbud rettet mot psykososiale problemstillinger og kriser (Helseetaten, 2021), skadelegevakten som tar imot personer med akutte skader (OUS, 2022b) og legevaktssentralen som tar imot anrop fra personer som kontakter legevakten for helsehjelp (Helseetaten, 2021).

Manuell opptelling i legevaktens statistiske materiale (2022) viser at den kommunale delen av legevakten gjennomfører om lag 100.000 legekonsultasjoner pr. år. I snitt utføres 235 konsultasjoner pr. døgn, det utføres 40 sykebesøk, tas imot 43 ambulansepasienter inn til legevakten, rekvireres om lag 20 ambulanseoppdrag ut fra legevakten, det tas imot 5 pasienter som fraktes til legevakt med politi, det behandles 8 rusoverdoser, tas imot 1,7 akutte seksuelle overgrep, legges inn og skrives ut 18 pasienter fra observasjonsposten og det besvares om lag 850 telefonanrop på legevaktssentralen. I tillegg til dette kommer konsultasjoner ved psykiatrisk legevakt, som i fjor gjennomførte 2021 konsultasjoner (psykiatrisk legevakt, 2021).

Den døgnåpne kommunale delen av legevakten har 218 årsverk pr. oktober 2022. Legene ved legevakten er i hovedsak fast ansatt og arbeider 100% med akuttmedisin (Byrådet, 2019). Psykiatrisk legevakt, som er åpen på kveld og helg (psykiatrisk legevakt, 2020) hadde 39 deltidsansatte pr. januar 2022 (psykiatrisk legevakt, 2021).

Legevakten har i flere år strevd med betydelig turnover blant ansatte, som utfordrer driften (Martin et al., 2008). I 2016 viste kartlegging 50% turnover ved Oslo legevakt (Helsedirektoratet, 2018). Den nye ordningen for spesialisering av leger i allmenntilleggsmedisin (ALIS) bidrar også til dette. Ifølge manuell opptelling (2022) hadde allmenntilleggslegevakten i 2021 opp mot 30 leger i spesialisering etter den nye ordningen. Parallelt med stor turnover blant ansatte har Oslo legevakt gjennom mange år hatt økt pasienttilstrømming. Pasientenes problemstillinger viser en økende kompleksitet, og stadig flere pasienter kommer med ambulanse. Det har skjedd en glidning fra det som tradisjonelt er ansatt som avgrensede legevaktproblemstillinger, mot generelle, psykiske og sosiale problemstillinger (Ørstavik, 2013).

2.4.2 Oslosykehusene

Oslo har to store og to mindre sykehus. OUS er landets største med over 24 000 ansatte, fordelt på flere ulike adresser, bl.a. Ullevål, Rikshospitalet, Aker og Radiumhospitalet. Det er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akuttpsykiatri for store deler av Oslo-området, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale oppgaver (OUS, 2022c). Dernest kommer Akershus universitetssykehus (Ahus), et lokal- og områdesykehus, med ca. 12 000 ansatte (Ahus, 2022). Av de mindre lokalsykehusene er Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS) størst med sine 2000 ansatte. Det er lokalsykehus innen indremedisin, psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for flere bydeler i Oslo (LDS, 2022). Omtrent like stort er Diakonhjemmet sykehus med sine 1700 ansatte. Lokalsykehuset tilbyr behandling innen medisin, kirurgi, revmatologi, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Diakonhjemmet sykehus, 2022). Akuttmedisinske og akuttpsykiatriske sengeposter ligger på sykehusnivå.

Underliggende de fire sykehusene har Oslo også 15 distriktpsikiatriske senter (DPS), som til sammen gir et elektivt og akuttpsykiatrisk tilbud på dagtid, til hele byens befolkning. Det akutte tilbudet er organisert i akutteam/akuttenheter, mens det elektive tilbudet er organisert i poliklinikker og også døgnenheter. DPS-ene er en del av spesialisthelsetjenesten (Oslo kommune, 2022). På kveld og helg dekkes det akuttpsykiatriske tilbudet som nevnt av psykiatrisk legevakt (psykiatrisk legevakt, 2020), og om natten av allmennlegevakten (Helseetaten, 2021).

Hvilket sykehus en pasient hører til avhenger av flere faktorer, som hvilken type behandling det er snakk om, om behandlingen er akutt eller elektiv og hvor pasienten bor (OUS, 2022d). Dette gjør samhandling på tvers av etater og forvaltningsnivåer mer komplisert i Oslo, sammenlignet med andre steder i landet hvor det som oftest er kun ett lokalsykehus med grunnfunksjoner, og ett større universitetssykehus i helseregionen.

2.4.3 Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester er definert som tjenestene utenfor sykehus som er eller kan bli involvert i håndtering av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, da fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral) og ambulansetjeneste (bil-, båt- og luft) (NOU 2015: 17). Oslo legevakt samarbeider med

samtligge av de andre prehospitale tjenestene. Sentralt blant disse står AMK og ambulansetjenesten. I Oslo er ansvaret for disse tjenestene lagt til prehospital klinikk ved OUS. Klinikken har 1000 ansatte og består av fire avdelinger; AMK, ambulanseavdelingen, luftambulanseavdelingen og pasientreise- og syketransportavdelingen. AMK betjener nødnummeret 113 og koordinerer 70-90 enheter daglig. I 2014 besvarte AMK i underkant av 500.000 samtaler. Ambulanseavdelingen har 45 ambulanser på dagtid og 29 om natten, og utfører ca. 150.000 oppdrag hvert år (OUS, 2022e). Det er kjent at driften ved AMK-sentralen i Oslo har vært utfordret av langvarig bemanningskrise, som høsten 2022 kulminerte i en kritisk tilstand hvor driften ble beskrevet som tilnærmet uforsvarlig (Waalder et al., 2022).

2.4.4 Oslo politidistrikt

Oslo politidistrikt er en annen viktig samarbeidspartner for legevakten. Oslo politidistrikt er landets minste målt i areal, men størst i folketall. Utover Oslo, dekkes også Asker og Bærum. Oslo politidistrikt består av åtte politistasjoner og hadde i august 2022 like i underkant av 3400 ansatte totalt (Politiet, 2022). Oslo politidistrikt har én, døgnbemannet operasjonssentral, som tar imot nødanrop og andre henvendelser fra publikum. Politiets operative virksomhet styres fra operasjonssentralen. Dette gjelder både daglig drift og ekstraordinære hendelser. Operasjonssentralen har ansvar for prioritering av politiets ressurser, og styrer patruljene dit de trengs mest. Ifølge politiet er god samhandling internt og ut mot eksterne samarbeidspartnere, avgjørende for at operasjonssentralen skal kunne løse sine oppgaver på en god måte (Politiet, 2018). Oslo politidistrikt har opprettet en egen psykiatrigruppe, som utover arbeid med straffesaker hvor det er tvil om tilregnelighet, også jobber forebyggende og opp mot helse som samarbeidspartner. Gruppen består av åtte etterforskere og seks jurister (psykiatrigruppa, 2022). Som det fremgår er også dette er stor og kompleks organisasjon.

3. DESIGN OG METODE

3.1 Evaluering av multibrukerprosjektet – Starten på et kvalitetsarbeid

Denne studien er ledd i et kvalitetsarbeid, hvor vi har ønsket å evaluere multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt. Den eksisterende prosedyren for arbeidet i multibrukerprosjektet (Oslo legevakt, intranett, 2022) er utgangspunktet for arbeidet. Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbedring (2015) ligger som et rammeverk for vårt kvalitetsarbeid.



Figur 2: Kunnskapssenteret sin modell for kvalitetsforbedring (2015)

Modellen består av fem faser. I hver fase beskrives aktiviteter som er viktige for å lykkes med forbedringsarbeid, med forbedring av tjenestene som mål. Til fase 1, forberedelsesfasen, ligger følgende underpunkter: Felles erkjennelse av behov for forbedring, forankring og organisering av forbedringsarbeidet, samt klargjøring av kunnskapsgrunnlaget basert på forskning, erfaring og brukerkunnskap. I fase to kartlegges behov og dagens praksis, det settes

mål og velges måleverktøy, og utvikles forbedringstiltak. I fase tre prøves ny praksis ut og det tilrettelegges for ny praksis. I fase fire blir resultatene målt og reflektert over, det vurderes om forbedringen er tilstrekkelig eller må justeres. I femte og siste fase implementeres ny praksis, videreføring sikres og erfaringene med forbedringen deles. Systematisk forbedringsarbeid beskrives som en kontinuerlig prosess, hvor det ofte vil være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser (Kunnskapssenteret, 2015).

Formålet med vår studie var å bidra med kunnskap til evalueringen av legevaktens multibrukerprosjekt. Som første del av dette arbeidet ønsket vi å undersøke hva fagpersoner med erfaring fra arbeid i prosjektet, internt og eksternt, mener fungerer bra og bør videreføres og hva som kan fungere bedre. I modell for kvalitetsforbedring (2015) innebærer dette å bidra med informasjon til forberedelsesfasen og planleggingsfasen, da kartlegging av behov og dagens praksis fra sistnevnte. I neste del av kvalitetsarbeidet er det naturlig å undersøke multibrukernes perspektiv på multibrukerprosjektet.

3.2 Metodevalg

Som nevnt var målet med vår studie å undersøke hva fagpersoner med erfaring fra arbeid i multibrukerprosjektet, mener fungerer bra og bør videreføres og hva som kan fungere bedre. Multibrukerprosjektet er så langt vi vet et enestående fenomen, et fenomen vi vet lite om og hvor det ikke foreligger særlig teori. Vår studie er ledd i å oppnå grunnkunnskap om dette fenomenet. Vi ønsket å snakke med fagpersoner internt på legevakten og eksterne samarbeidspartnere, fagpersoner med ulikt ståsted og ulike perspektiver. En datainnsamling preget av kommunikasjon og prosess var ønskelig for å innbringe informasjon grunnlagt i fri refleksjon fra informanten, men også få svar på mer spesifikke spørsmål.

For å skape samsvar mellom problemstilling og forskningsdesign valgte vi å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse, bruke induktiv metode, semistrukturerte intervju, og systematisk tekstkondensering som beskrevet av Malterud (2018) som analytisk rammeverk.

Vår studie har en fenomenologisk tilnærming, hvor fokus er rettet mot meningen våre informanter har skapt ut fra sine erfaringer med multibrukerprosjektet (Malterud, 2002). Det er kvalitetene ved multibrukerprosjektet som er det interessante i vår undersøkelse. Malterud (2002) beskriver kvalitative undersøkelser som egnet for å starte utforskningen av et fenomen

hvor kunnskapsgrunnet er tynt, hvor det er ønskelig å beskrive og forstå et fenomen, og særlig når en er interessert i personer sin opplevelse av fenomenet. Malterud (2018) forklarer induktiv metode som et fortolkende paradigme med subjektet i sentrum. Slutninger trekkes fra det individuelle til det allmenne, med forskerens ståsted, perspektiv og mål som utgangspunkt. Grunnforståelsen er at verden oppfattes ut fra hvilket ståsted forskeren har. Samme datamateriale kan gi ulike funn. Det er essensielt for hvordan forskningsmetodene operasjonaliseres, eksempelvis hvilket utvalg som velges, hvilke spørsmål som stille i intervju, analyse av tekst og overførbarhet. Som forsker må en kunne justere prosjektet underveis, ta et skritt tilbake om svarene en får ikke passer inn i arbeidshypotesen og hele tiden vurdere hvorvidt hypotesen er presentert godt nok (Malterud, 2018).

Vi valgte å gjennomføre semistrukturerte intervju med våre informanter. Intervjuguiden bestod av både åpne og mer lukkede spørsmål, noe som gav rom for en friere refleksjon men sikret samtidig at informantene kom inn på visse tema. Som Malterud (2018) skriver er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert når formålet er å få informasjon om et fenomen vi vet lite om. Intervjuet må være både åpent og fokusert. En skal holde seg til problemstillingen, men samtidig være åpen for et fokus utenfor det vi forventet å finne (Malterud, 2018).

Vi har valgt å bruke systematisk tekstkondensering som analytisk rammeverk. Dataanalysen beskrives av Malterud (2002) som brobyggeren mellom rådata og resultat, ved at datamaterialet fortolkes og sammenfattes. Malterud (2018) beskriver systematisk tekstkondensering som inspirert av fenomenologien. Ved systematisk tekstkondensering ser en på subjektive erfaringer som gyldig kunnskap. Forskeren forsøker å sette egne erfaringer til side, for å unngå at de overdøver informantenes bidrag. Forskerens ståsted erkjennes imidlertid som en viktig forutsetning for kunnskapen som skapes, og det anses verken mulig eller ønskelig å opprettholde en analytisk distanse gjennom hele prosessen med prosjektet. Avhengig av perspektiv kan et fenomen fremtre i ulike versjoner.

Systematisk tekstkondensering er vesentlig for å styrke overførbarheten til funnene, komme frem til hva slags kunnskap man mangler, hva vi vil vite mer om og unngå at en induktiv prosess blir tilfeldig synsing eller begrenset lokalkunnskap. Systematisk tekstkondensering innebærer en systematisk ryddeprosess hvor de empiriske dataene kategoriseres i tema og undertema. Prosessen gjentas flere ganger, tema og undertema endres, tekst og sitater flyttes

mellom ulike tema og undertema, med formål å finne de meningsbærende elementene i datamaterialet. Prosessen kan oppsummeres i fire trinn. I første trinn leser forskeren igjennom tekstmateriale og identifiserer foreløpige tema. I andre trinn jobber forskeren seg frem til de temaene det er ønskelig å bruke i studien. Trinn en og to kan gjentas flere ganger, til forskeren er fornøyd med datainnsamlingen. Trinn tre og fire omhandler analysen av dataene. I tredje trinn deles hvert tema i undertema. I fjerde og siste trinn sammenfattes meningsinnholdet i undertemaene og gir videre mening til hvert tema. Gjennom denne fleksible prosessen kan man oppdage nye mønstre og forskeren kan gjøre andre funn enn antatt (Malterud, 2018). Prosessen med systematisk tekstkondensering beskrives gjerne i en analyselogg i kvalitative studier. Dette gjør prosessen synlig og transparent. Av analyseloggen fremgår refleksjonsprosessen til forskeren gjennom arbeidet med materiale, både prosessens blindspor og fruktbare veier (Malterud, 2018; Larun, 2010).

3.3 Forberedelse og gjennomføring av studien

Bakgrunnen for denne studien var som nevnt et ønske om å gjennomføre et kvalitetsarbeid, hvor multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt evalueres. Som en del av dette arbeidet ønsket vi å undersøke hva involverte fagpersoner mener fungerer bra og hva de mener kan fungere bedre.

3.3.1 Antagelser

Før vi gjennomførte undersøkelsen hadde vi noen antagelser om hvordan multibrukerprosjektet fungerer. Vi var overveldende samkjørte i våre antagelser. Overordnet trodde vi at prosjektet er godt kjent ved legevakten og hos legevaktens samarbeidspartnere, at arbeidet med prosjektet ved legevakten fungerer bra og at det ville være interesse for å videreutvikle prosjektet på tvers av de ulike tjenestene. Vi trodde at prosjektet bidrar til mer samhandling mellom tjenestene involvert i behandling av multibrukere, og mer felles forståelse av multibrukerne. Videre trodde vi at prosjektet bidrar til at multibrukerne i større grad blir vurdert med riktig diagnose, at behandlingstiltakene som blir igangsatt er i samsvar med den diagnostiske vurderingen, at behandlingsskjeden henger bedre sammen og at pasientene får mer helhetlig helsehjelp. Dette som følge av at multibrukerprosjektet kobler ulike helseinstanser sammen, også de med best forutsetninger for å si noe om hva pasientens sykdomsbyrde er og hva som vil kunne hjelpe. En annen antagelse vi hadde var at prosjektet bidrar til større opplevd mestring og trygghet blant de ansatte som behandler pasientene, da

det i prosjektet lages en felles behandlingsplan for multibrukerne som den enkelte kliniker kan støtte seg til. Felles behandlingsplan trodde vi også at medfører mer effektivitet i behandlingen og således redusert ressursbruk. Vi trodde også at prosjektet bidrar til overføring av kunnskap mellom de ulike tjenestene. Utfordringer vi trodde vi ville finne var svak bruker- og pårørendemedvirkning og at taushetsplikt kan oppleves som et hinder for prosjektet. Vår forforståelse var noe vi hadde et bevisst forhold til gjennom hele prosessen med denne undersøkelsen, i alt fra utvikling av intervjuguide og utvelgelse av informanter, til gjennomføring av intervju og dataanalyse.

3.3.2 Informasjonsskriv, intervjuguide og godkjenning

Før vi startet arbeidet med studien utviklet vi et informasjonsskriv med samtykkeskjema (vedlegg 1) og en intervjuguide (vedlegg 2). Vi søkte og fikk godkjenning til å gjennomføre undersøkelsen fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 3). Lokale personvernombud godkjent også prosjektet (vedlegg 4 & 5).

Intervjuguiden ble utarbeidet med formål å besvare problemstillingen, og ut fra hvilke tema vi antok ville være relevante å få belyst i forkant av undersøkelsen. Først ble tema for undersøkelsen introdusert. Deretter stilte vi to generelle og åpne spørsmål som reflekterte problemstillingen og forskningsspørsmålene, for at informantene skulle få rom og mulighet til å uttrykke sine umiddelbare refleksjoner. Spørsmålene var som følger: “Hva ved multibrukerprosjektet fungerer bra og bør videreføres, og hvorfor?” og “Hva ved multibrukerprosjektet kunne fungert bedre, og hvordan?”

Etter dette stilte vi flere, mer direkte underspørsmål, om de temaene vi antok var viktig å få belyst. Dette var spørsmål rettet mot multibrukerprosjektets innvirkning på pasientbehandlingen, opplevelsen av å gi behandling til multibrukere, ressursbruk knyttet til pasientbehandlingen, bruker- og pårørendeinvolvering, hensynet til taushetsplikt, kunnskapsoverføring mellom tjenester involvert i prosjektet, og den praktiske organiseringen av arbeidet i prosjektet.

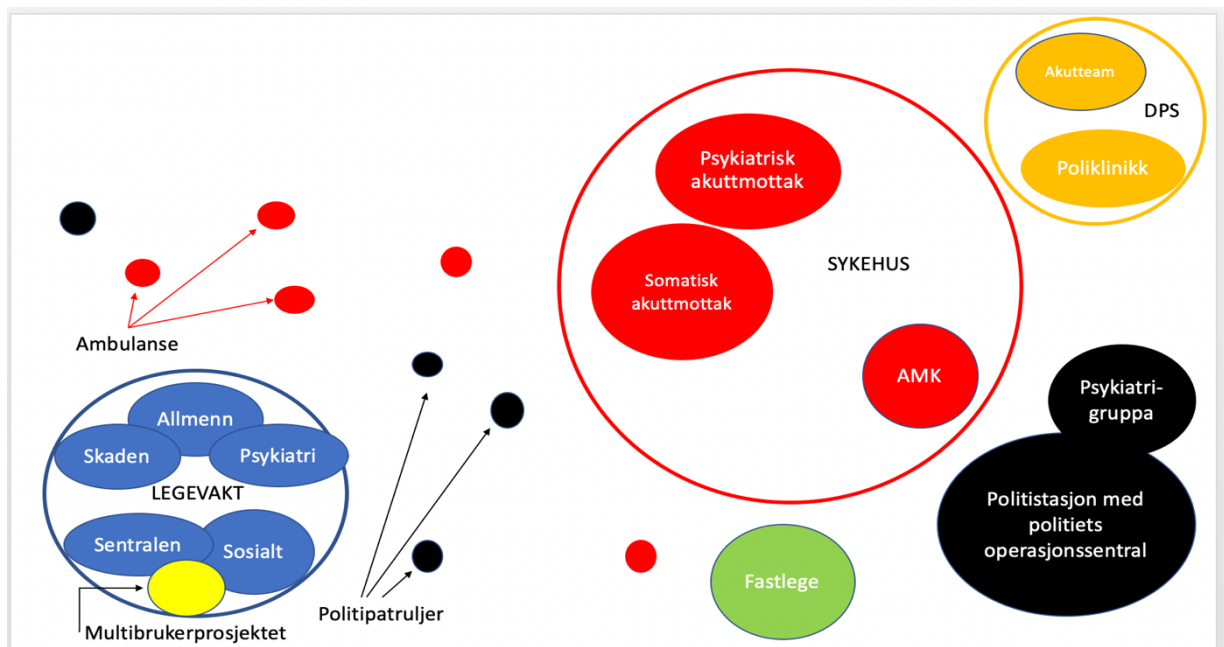
3.3.3 Utvelgelse av informanter

Datainnsamlingen i denne studien ble gjennomført ved semistrukturerte intervju av fagfolk med erfaring fra arbeid med multibrukerprosjektet. Malterud et al. (2015) skriver om hvor

mange intervjuobjekter som er nødvendig når man utfører semistrukturerte intervju for å samle inn empiriske data til kvalitative analyser. I stedet for det klassiske begrepet “metning”, bruker de ordet “informasjonsstyrke”. De forklarer at det er informasjonsstyrken som er avgjørende for når man har intervjuet tilstrekkelige informanter. Jo mer relevant informasjon et utvalg gir, jo færre informanter er nødvendig. Malterud et al. (2015) skriver at størrelsen til et utvalg med tilstrekkelig informasjonsstyrke avhenger av følgende faktorer: a) målet med studien – brede tema krever flere informanter enn smale tema, fordi fenomenet som studeres er mer omfattende b) utvalgets spesifisitet – en trenger færre informanter dersom informantene har et spekter av spesifikk kunnskap, erfaring eller egenskaper rettet mot det som undersøkes, enn om det motsatte er tilfellet c) bruk av en etablert teori – en studie tuftet på omfattende teori krever færre informanter enn en studie tuftet på begrenset teori (d) kvaliteten på dialogen – sterk og tydelig kommunikasjon mellom forsker og informant innebærer behov for færre informanter, enn om dialogen er ufokusert og tvetydig (e) analysestrategi – en utforskende studie trenger flere informanter enn en dybdeanalyse av et spesifikt tema. Malterud et al. (2015) beskriver faktorene som beslektet og med gjensidig påvirkning på hverandre.

Malterud et al. (2015) sine faktorer var utgangspunkt for vår første utvelgelse av informanter og med oss gjennom hele datainnsamlingen. Tema vi skulle undersøke ble vurdert å være relativt smalt. Multibrukerprosjektet er et unikt prosjekt, spesifikt for Oslo legevakt. De som kunne kaste lys over problemstillingen var fagfolk med direkte erfaring fra arbeidet med multibrukergruppeprosjektet. Fagfolkene hadde til felles at de har jobbet i samme prosjekt, med samme mål, men ulike perspektiv i det de kom fra ulike deler av helsetjenesten og hadde ulike ståsted inn i prosjektet. Hva angår teori så finnes det ikke noe teoretisk rammeverk som er direkte relevant for multibrukergruppeprosjektet. Det finnes noe empiri som understøtter at denne type arbeid har noe for seg (O’Dowd, 1988; Haroun et al., 2016) og studien har en fenomenologisk tilnærming. Kvaliteten på dialogen begrenses av uerfarne forskere, men styrkes av forskernes utadvendte stil og velkjente fokus på forbedring, trygg relasjon mellom forskere og informanter, og informantenes erfaring med de tema som diskuteres. Til sist ønsket vi å gjennomføre en analyse, med mål å finne frem til meningsbærende informasjon relevant for å besvare problemstillingen. Vi estimerte først behov for ca. 16 informanter, men var beredt til å justere underveis alt etter hvordan informasjonsstyrken ble vurdert i løpet av prosessen med datainnsamling.

Våre informanter ble strategisk valgt ut fra vår viten om at de hadde erfaring med arbeid i multibrukerprosjektet. Vi ønsket å intervju noen fagfolk fra multibrukerprosjektgruppen på legevakten, noen fagfolk utenfor prosjektgruppen på legevakten, og fagfolk fra eksterne samarbeidspartnerne. Som utgangspunkt for utvelgelsen dannet vi en oversikt over aktuelle instanser. Figur 3 viser de ulike seksjonene på legevakten, fastlegetjenesten, AMK og deres ambulanser. Videre også psykiatrisk og somatisk akuttmottak på sykehus, DPS-ene som er underlagt sykehusene med sine akutteam og poliklinikker. Videre også politiet med sin operasjonssentral og psykiatrigruppe, samt deres patruljer. En multibruker kan eksempelvis komme til legevakt med ambulanse og politi, bli vurdert av en eller flere seksjoner på legevakten, kjørt til akuttmottak på sykehus og skrevet ut til oppfølging hos fastlege og/eller DPS.



Figur 3: Legevakten og eksterne samarbeidsinstanser

Vi valgte å starte prosessen med datainnsamling ved å rekruttere fem informanter fra legevakten, da informanter både fra multibrukerprosjektet og øvrig legevakt. I tillegg kontaktet vi alle eksterne instanser vi hadde vurdert som relevante, med formål å rekruttere informanter. Dette med unntak av ambulansetjenesten og politibetjenter fra politipatruljer. Grunnen til at vi avventet å kontakte disse tjenestene var at fagfolk i disse tjenestene i stor grad utfører oppdrag på bestilling og med informasjon fra hhv. AMK-sentralen og operasjonssentralen, og således ikke bidrar til samhandlingen rundt multibrukere på samme

måte som de andre instansene. Dette var også årsaken til at vi til slutt konkluderte med å ikke samle inn data fra disse tjenestene.

I de andre eksterne tjenestene kontaktet vi fagfolk vi kjente til at hadde erfaring fra arbeid i multibrukerprosjektet. I tjenester hvor vi ikke kjente til fagfolk med erfaring fra prosjektet, kontaktet vi leder eller en fagperson vi kjente til, og spurte om noen i tjenesten kunne bidra med informasjon ved å stille til intervju. Vi valgte fagpersoner med ulike yrker; leger, psykologer, sykepleiere, samt ansatte i politiet. Vi valgte å fokusere studien mot et stort og et lite sykehus i Oslo, med deres tilhørende DPS-er.

Etter å ha kontaktet alle nevnte eksterne tjenester, fremkom det at flere tjenester enn antatt ikke hadde ansatte som kjente til multibrukerprosjektet. Dette gjaldt somatisk akuttmottak ved det store sykehuset, hvor lege svarte at hun ikke kjente til multibrukerprosjektet til en sånn grad at hun kunne bidra. Hun skulle forhøre seg med andre i mottaket, men det lyktes aldri få tilbakemelding. I det lille sykehuset svarte lege ved akuttpsykiatrisk mottak at alle kjente til multibrukerprosjektet, men at ingen hadde erfaring fra arbeid i gruppa og således lite å bidra med i intervju. Ved somatisk akuttmottak ved det lille sykehuset oppga lege at ingen kjente godt nok til prosjektet til at de kunne bidra. Lege ved akutteam i DPS ved både stort og lite sykehus avviste deltakelse begrunnet i lite kjennskap til multibrukerprosjektet. I tillegg lyktes det ikke oppnå kontakt med politiets operasjonssentral, tross flere forsøk. Til sammen fem eksterne tjenester takket nei til deltagelse begrunnet i lite kjennskap til prosjektet, samt at det ikke lyktes få kontakt med operasjonssentralen.

Fra samtlige andre eksterne tjenester lyktes det få informanter og vi valgte en informant pr. instans som utgangspunkt. Dette med unntak av for politiets psykiatrigruppe, hvor vi valgte to informanter i håp at det ville kunne demme opp noe for den manglende informasjonen fra operasjonssentralen. Som følge av en kontinuerlig vurdering av informasjonsstyrken etter hvert som datainnsamlingen skred frem, valgte vi å inkludere ytterligere to informanter fra legevakten, samt en fagperson fra poliklinikk i DPS, med formål å øke informasjonsstyrken.

Av våre informanter kom totalt syv fra legevakten, da noen fra multibrukerprosjektet og noen fra øvrig legevakt. Fra legevakten intervjuet vi leger og sykepleiere, fra hhv. allmennlegevakten, legevaktssentralen, psykiatrisk legevakt, skadelegevakten og sosialt og ambulant akuttjeneste. Vi lyktes få like mange informanter, altså syv, fra de eksterne

tjenestene. Blant legevaktens eksterne samarbeidspartnere deltok bydelsoverlege i en av byens 15 bydeler, med god kjennskap til prosjektet og arbeidet til de ulike fastlegene i egen bydel. Bydelsoverlegen ble vurdert å kunne bidra med mer informasjon enn en enkelt fastlege. Lege ved AMK-sentralen med god kjennskap til prosjektet deltok. Fra det store sykehuset deltok lege ved akuttpsykiatrisk mottak. Hun mente det ikke var andre utover henne som kjente særlig til multibrukerprosjektet og således ikke flere som kunne bidra med informasjon derfra. I poliklinikk ved DPS i det store sykehuset lyktes det finne en lege som kjente noe til prosjektet. I poliklinikk ved DPS ved det lille sykehuset deltok en psykolog som kjente godt til prosjektet. Fra politiet psykiatrigruppe deltok to fagpersoner.

Av informantene som takket ja til deltakelse var det kun en som oppga begrenset kjennskap til prosjektet. Hun hadde deltatt i samarbeid rundt en multibruker. Resterende oppga å kjenne godt til det og hadde deltatt i samarbeidet rundt flere multibrukere.

Vi valgte å stoppe datainnsamlingen etter å ha gjennomført de nevnte 14 intervjuene. Av de tjenestene vi vurderte som relevante å innhente informasjon fra, hadde vi da fått informasjon fra tjenestene som hadde fagpersoner som kjente til prosjektet. Informantene var relativt samstemte i sin tilbakemelding. At ikke flere tjenester bidro med informasjon er en svakhet ved studien. Vi vurderte å innhente informasjon fra flere fastleger, men landet på at flere informanter fra de allerede involverte tjenestene ikke ville øke informasjonsstyrken nevneverdig. Fastlegetjenesten var også representert ved en bydelsoverlege med tett kontakt med fastlegene i egen bydel.

3.3.4 Hvordan informantene ble kontaktet

Alle informanter ble først orientert muntlig om undersøkelsen og dets formål, før de fikk ytterligere skriftlig informasjon pr. e-post ca. en uke før planlagt intervju. Informasjonsskriv med samtykkeskjema og intervjuguide ble tilsendt som vedlegg til eposten, og informantene fikk mulighet til å takke ja eller nei til deltakelse.

3.3.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført over Teams, tatt opp og lagret som lydopptak, passordbeskyttet på Universitetet i Oslo (UIO) sitt område. Det ble innhentet opplysninger om informantenes yrke og arbeidssted, da det var relevant for studien å vite hvilken rolle og plassering

informanten har i helsetjenesten. Utover det ble ikke informasjon om informantene spesifisert, av hensyn til personvern. Det ble ikke innhentet personopplysninger utover lydopptak. Intervjuene ble transkribert, aidentifisert og oppbevart passordbeskyttet på UIO sitt område. Både lydopptak og transkripsjon slettes innen 01.02.2023.

Intervjuene ble gjennomført av begge studenter sammen. En stilte spørsmål fra intervjuguiden og begge bidro med utfyllende spørsmål. Intervjuene ble transkribert av den ene studenten, deler underveis i intervjuet og resterende etter intervju. Samtlige informanter ble intervjuet alene, med unntak av to informanter fra samme arbeidssted som ble intervjuet sammen etter eget ønske. Informantene fikk selv velge om de ville møte opp og sitte sammen med en av intervjuerne for å gjennomføre intervjuet, eller sitte alene på et sted de valgte selv. Det var en antagelse at det ville trygge informantene og skape en bedre intervjusituasjon å selv få velge lokasjon for intervjuet, samt om de ønsket å være alene eller sammen med intervjuer. Det er kjent at bruk av Teams kan oppleves utfordrende, selv om det etter covid-19 pandemien har blitt noe de fleste er vant til. To informanter valgte å sitte sammen med intervjuer. Intervjuene hadde alle en varighet på ca. 45 minutter. Intervjuene ble utført i en periode over om lag to måneder sommeren 2022, nærmere bestemt mellom 29.06.2022 og 24.08.2022.

3.3.6 Dataanalyse

Det innsamlede og transkriberte materialet fra intervjuene dannet utgangspunktet for dataanalysen, altså den påfølgende systematiske tekstkondenseringen. Begge studenter deltok i analysearbeidet med likeverdige roller. Selv om vi hadde noe ulikt ståsted i forkant av studien, som følge av ansettelse i ulike seksjoner ved legevakten, var forforståelsen og antagelser i forkant av undersøkelsen bemerkelsesverdig lik. Hvordan vår forforståelse kunne påvirke analysen var noe vi hadde i bakhodet gjennom hele analysearbeidet. Temaer og undertema ble generert fra datamaterialet ved at studentene leste gjennom datamaterialet hver for seg, diskuterte, for så å lese igjennom materialet og diskutere på ny. Prosessen ble gjentatt flere ganger. Analyseprosessen er sammenfattet i analyselogg, som beskrevet i avsnitt 3.3.7.

3.3.7 Analyselogg

Den systematiske tekstkondenseringen begynte med at studentene hver for seg leste gjennom og dannet seg et helhetsinntrykk av materialet. Begge studenter noterte egne forslag til tema,

basert på transkripsjonene og inntrykk fra intervjusituasjonene. Teamene ble så diskutert i fellesskap og vi kom frem til første utkast til felles tema. Disse temaene representerte et første intuitivt steg i organiseringen av materiale, og var ikke basert på systematisk refleksjon. Resultat etter første analyse møte fremgår av figur fire.

Student A	Tema	Student B
Multibrukerprosjektet er godt kjent internt, lite kjent eksternt	Kjennskap til multibrukerprosjektet	Multibrukerprosjektet er godt kjent internt, lite kjent eksternt
Samarbeid	Samhandling	Samhandling
Effekt, plan for pasienten	Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen	Pasientbehandling
Trygghet/mestring hos ansatte	Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for deres arbeid med multibrukere	Personalets opplevelse
Effektivitet, mer ressurser og tid, mindre personavhengig	Organisasjon & organisering	Organisering og organisasjon/ledelse
Forståelse av taushetsplikt-begrepet	Taushetsplikt	Taushetsplikt
Lite til ingen bruker- og pårørendemedvirkning	Bruker- og pårørendeinvolvering	Bruker- og pårørendeinvolvering

Figur 4: Resultat etter første analyse møte.

I neste omgang jobbet vi videre med tema. Materialet ble gjennomgått flere ganger. Behovet for å samle inn mer informasjon ble igjen vurdert, men vi konkluderte med å ikke samle inn flere data enn de opprinnelige intervjuene. Bakgrunnen for dette var at de opprinnelige intervjuene ble vurdert å ha gitt tilstrekkelig informasjon til å besvare problemstillingen, i den grad det var mulig. Arbeidet med å finne informanter hadde vist at det var færre som kjente til multibrukerprosjektet enn vi hadde trodd, og således færre som kunne bidra med informasjon. Intervjuene forsterket dette inntrykket, og vi konkluderte med at vi lite sannsynlig ville lykkes finne informanter som kunne bidra med ytterligere, vesentlig informasjon, som ville øke

informasjonsstyrken. Etter andre analyse møte hadde vi kommet frem til temaene som fremgår av figur fem.

Tema
Samhandling
Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen
Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for deres arbeid med multibrukere
Organisasjon & organisering
Taushetsplikt
Bruker- og pårørende involvering

Figur 5: Resultat etter andre analyse møte.

Etter andre analyse møte gikk vi videre til å dele temaene i undertema. Materialet ble på ny gjennomgått flere ganger. Arbeidet med undertema ledet frem til en tredje endring av tema. Både tema og undertema ble endret flere ganger før vi landet på det som til slutt ble våre tema og undertema, og som fremgår av figur seks.

Tema	Undertema
Organisasjon og organisering	Multibrukerprosjektet generelt Kjennskap til multibrukerprosjektet Ledelsesforankring Ressurser brukt til arbeid med multibrukerprosjektet Organisering av samhandling Oppfølging av tiltak besluttet i multibrukerprosjektet Felles kommunikasjonsplattform Legevaktens rolle
Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen	Felles forståelse Evidensbasert behandling Helhetlig behandling Ressurser brukt i klinikken
Prosjektets betydning for ansattes opplevelse av å jobbe med multibrukere	Vanskelige følelser Mestring Trygghet
Bruker- og pårørendemedvirkning	Brukermidvirkning Pårørendemedvirkning
Taushetsplikt	
Kunnskapsoverføring	

Figur 6: Endelig oversikt over tema og undertema.

Til slutt sammenfattet vi meningsinnholdet i undertemaene som videre ga mening til hvert tema. Meningsfulle sitater som eksemplifiserte teksten ble valgt ut.

4. RESULTATER

I denne studien har vi undersøkt hva fagfolk som har arbeidet med multibrukerprosjektet mener fungerer bra og bør videreføres, og hva som kan fungere bedre og hvordan. Vi har snakket med totalt 14 informanter. Syv informanter kom fra legevakten, noen fra multibrukerprosjektet og noen fra øvrig legevakt. Ytterligere syv informanter kom fra eksterne samarbeidspartnere.

4.1 Organisasjon og organisering

4.1.1 Multibrukerprosjektet generelt

Samtlige 14 informanter var positive til multibrukerprosjektet. Det ble ikke stilt direkte spørsmål om de var positive, negative eller nøytrale til prosjektet generelt, slik at dette er tilbakemeldinger de har gitt som respons på åpne spørsmål eller kommet inn på av seg selv. De beskriver multibrukere som en utfordrende pasientgruppe å hjelpe, opplever at pasientene får mer riktig og helhetlig helsehjelp og opplever støtte i at flere kommer sammen om å hjelpe pasientene. Det ble også kommentert på at denne gruppen får best hjelp i sitt faste hjelpeapparat.

Sitat:

Lege, AMK: "Jeg tenker at multibrukergruppa gjør en veldig viktig jobb, fordi at vi plukker opp mennesker som er i behov av et eller annet, som regel ikke får optimal hjelp som de trenger, som vi i alle fall gir en mulighet til å få det bedre, ved å tipse de som har ansvaret for dem. (...) Alle er veldig glade for at jeg ringer, for alle er som regel kjent med problemstillingen."

Bydelsoverlege: "Det fungerer at en ressursgruppe samles og sammen vurderer brukere som ofte er vanskelige å hjelpe. (...) Dette er en gruppe som ikke passer inn i tilbudene vi har. (...) Det er noen få brukere som virkelig utfordrer oss alle, hvor det er veldig relevant å ha en omforent gruppe. Det er anvendt tid."

Sykepleier, legevakten: "Også bra at vi møtes jevnlig og at vi tar kontakt med behandlere i bydel og kommune som kjenner pasienten best, og får informasjon fra de om hvordan vi skal møte pasienter som tar hyppig kontakt på legevakten".

4.1.2 Kjennskap til multibrukerprosjektet

Av våre syv informanter ansatt ved legevakten var det fem som mente at multibrukerprosjektet er godt kjent internt, mens to mente det kunne vært bedre kjent. De som mente prosjektet kunne vært bedre kjent internt på legevakten, presiserte det til å gjelde særlig nyansatte. Av alle informantene uttalte størsteparten, totalt 11 stk. at prosjektet er lite kjent utenfor legevakten.

Sitat:

Lege, AMK: “Jeg synes ofte når jeg ringer rundt, at det er ingen som har hørt om oss. Det er så lite kjent. (...) Jeg føler at hver gang jeg ringer en fastlege, så er det nytt for dem.”

Lege, akuttpsykiatrisk avdeling: “Jeg vet ikke så mye om det. (..) Jeg tror det omtrent er bare jeg på min jobb som vet om multibrukerprosjektet. (...)”

Sykepleier, legevakten: “Arbeidet bør kanskje kommuniseres mer ut i organisasjonen.

Nyansatte må få informasjon. (...)”

Bydelsoverlege: “Jeg kjenner til det, men det er altfor lite kjent i tjenestene. Psykisk helse og rus kjenner det for dårlig og fastlegene tror jeg ikke kjenner det i det hele tatt. (...) Fastlegene er for lite involvert i multibrukere.”

4.1.3 Ledelsesforankring

På spørsmål om arbeid med multibrukere er forankret i ledelsen internt på legevakten og hos våre samarbeidspartnere, svarer fem interne at arbeidet er ledelsesforankret. Det som går igjen i de eksterne tjenestene er at arbeidet beskrives som viktig, tidkrevende og noe som gjøres i tillegg til andre oppgaver, at ledelsen kjenner til det og er positive, men at det ikke nødvendigvis foreligger noen nedtegnet ledelsesforankring. I to av de eksterne tjenestene beskrives samhandling med andre instanser i krevende saker, som et av formålene med hjelpetilbudet tjenesten tilbyr.

Sitater:

Lege, AMK: “(...) Ledelsen er helt klart veldig positive til jobben som blir gjort og ser viktigheten av det. Jeg har spurt dem om jeg skal bruke tid på det, og det støtter de veldig. Dette er et arbeid jeg bare har begynt med og så har ledelsen sett at det er bra. Nå er dette forankret som en del av jobben som skal gjøres ved AMK, men vi har ikke noe skriftlig på det. (...) Det er kanskje noe vi må få forankret bedre.”

4.1.4 Ressurser brukt til arbeid med multibrukerprosjektet

Av våre syv informanter fra legevakten var det fire som mente at det er satt av for lite ressurser til arbeidet med multibrukere ved Oslo legevakt. Av legevaktens samarbeidspartnere var det tre informanter som oppga behov for flere ressurser til dette arbeidet, mens et tilsvarende antall oppga å være ansatt i enheter hvor samhandling er en sentral del av jobben, og hvor det derfor er satt av ressurser. Det som går igjen som en utfordring er tidsbruk knyttet til kartlegging av saken for å få oversikt, og til å få tak i samarbeidspartnere.

Sitat:

Lege, AMK: “Det er ikke satt av noen ressurser hos oss. Jeg gjør dette oppi alt det andre, og sitter ofte på kvelder og gjør det. (...) Her på AMK er dette en 100% stilling. Jeg bruker så mye tid på å ringe rundt og prøve å få tak i folk, riktige folk, følge opp. Nå er jeg litt mindre på tilbudssiden og sier at her er tallene, nå må dere gjøre noe så tar dere kontakt med meg om tre måneder.”

Lege, legevakten: “Kartleggingen tar tid, både våre ressurser, men også at det tar tid å få tak i behandlere, og på hvilket nivå det skal besluttes tiltak. Helst på sykehusnivå om pasientene er mye der, men de setter seg ikke ned i tverrfaglige råd og beslutter hva vi skal gjøre med denne pasienten, i alle fall ikke i somatikken.”

Lege, legevakten: “Og så tenker jeg at vi ikke har nok ressurser. Det er møysommelig arbeid, når en begynner en multibrukerkartlegging. Det kan gå fort, men kan ta flere dager pr. pasient, særlig ved samarbeidsmøter, da bruker vi gjerne en halv dag. Noen ganger gir jeg de mitt privatnummer og jobber i klinikk, ikke helt optimalt. Mer skjermet tid hadde vært bra.”

4.1.5 Organisering av samhandling

På spørsmål om hvordan organisering av samhandlingen rundt multibrukere fungerer, svarer fem at dette er krevende, mens kun en informant syntes det motsatte. Det som fremkommer er igjen utfordringen med å komme i kontakt med samarbeidspartnere.

Sitat:

Lege, AMK: “Jeg synes kanskje noen ganger at når jeg har sagt jeg skal ta kontakt med fastlege så er det vanskelig og tungvint å oppnå kontakt (...). Det er igjen det med litt savn av måter å få tak i folka på. Jeg blir rådvill i hvem det er jeg skal kontakte. Nøkkelpersoner på en måte, i kommunen eller... Det overlater jeg mye til dere, som er mer kjent der.”

Sykepleier, legevakten: “Det kan være ganske ressurskrevende. Det er mange personer med ulike arbeidstider og mye møtevirksomhet”.

4.1.6 Oppfølging av tiltak besluttet i multibrukerprosjektet

På spørsmål om tiltak besluttet i multibrukerprosjektet blir fulgt opp så svarer åtte av våre informanter bekreftende. Selv om de fleste mener tiltakene blir fulgt opp, er det også noen som kommenterer på at tid er en utfordring, både for selv å få gjennomført besluttede tiltak og for å følge opp at samarbeidspartnere gjennomfører tiltakene.

Sitat:

Sykepleier, legevakten: “Ja, jeg opplever det. Jeg leser det og følger opp, bruker informasjonen som står der.”

Lege, legevakten: “Det kommer an på. Noen ganger er tiltakene som blir besluttet at vi skal kontakte folk, som fastlege, så det varierer litt hvor mye tid vi har. Noen ganger følger ikke de vi samarbeider med opp tiltak, slik at vi må purre. Noen ganger når det er laget behandlingsplan i journalen, opplever jeg at leger på allmennlegevakten følger opp, og sykepleiere og AMK følger i stor grad opp.”

4.1.7 Felles kommunikasjonsplattform

Et tema halvparten av våre informanter kom inn på under intervjuet var utfordringer knyttet til kommunikasjon mellom de ulike tjenestene. Flere uttrykte savn etter en felles kommunikasjonsplattform, både for å koordinere samarbeid, men også for å dele pasientopplysninger. To uttrykte direkte ønske om felles journal.

Sitat:

Lege, legevakten: “At systemet hadde snakket sammen ville vært hjelpsomt, friere flyt av skriftlig info, slippe å ringe alle og kartlegge.”

Lege, legevakten: “Det å ha en kommunikasjonsplattform mellom helsetjenester som hadde fungert bedre, slik at det hadde vært lettere å komme i kontakt med fastlege, hjemmesykepleiere, sykehjem, sykehus osv. Et bedre kommunikasjonsverktøy på tvers av de ulike tjenestene. Det er det største forbedringspotensialet, tenker jeg. Det blir mye manuelt arbeid, med telefon osv. Ting som kunne vært gjort mer effektiv og bedre om vi hadde hatt bedre verktøy.”

Psykolog, poliklinikk, DPS: “Jeg synes det er strevsomt i Oslo, for jeg jobber på tvers med mange tjenester, det at vi ikke ligger under samme journalsystem. Vi får epikrisene fra legevakten ganske raskt, men at vi må ringe opp. Vi skulle hatt enda mer tydelighet på felles kriseplan, behandlingsplan, utredningsnotat med diagnoser, som hadde vært fint og enkelt å ha felles.”

4.1.8 Legevaktens rolle

I løpet av intervjuene var det fem av våre informanter som stilte spørsmål ved at arbeidet med multibrukere koordineres fra legevakt, og ikke fra fastlege eller annen fast behandler. De kommenterte bl.a. på rett til individuell plan, som etter loven skal koordineres fra førstelinjetjenesten.

Sitat:

Lege, AMK: “Jeg synes vi tar veldig mye ansvar for disse pasientene, og det synes jeg ikke er riktig. (...) Vi blir sittende å arrangere møter, samle personene, vi gjør mye for primærhelsetjenesten. (...) Vi blir sittende for mye med løsningen. Vi burde komme dit at vi presenterer tallene våre og ber andre jobbe videre med det.”

Lege, legevakten: “Rart at multibrukerprosjektet ligger til legevakten. Det er bare at legevakten er den institusjonen den er. Burde vært kommunen, fastleger, bydelsoverleger osv. (...) Det er underlig at vi gjør den jobben. Vi er ikke den naturlige instansen til å ta tak i den langsiktige jobben med pasientene.”

Lege, poliklinikk, DPS: “Jeg tenker på en måte at individuell plan, at mye bør være forankret i bydel som er koordinatorene for individuell plan, at mye kunne kommet inn i individuell plan, der multibrukergruppen kan være en del av det.”

4.2 Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen

4.2.1 Felles forståelse

Av våre 14 informanter oppga åtte at multibrukerprosjektet bidrar til å skape felles forståelse av multibrukerne det samarbeides om. Flere sa at multibrukerne gjerne er storforbrukere av flere tjenester.

Sitat:

Lege, legevakten: “Når jeg har ringt DPS og fastlege om multibrukere, så sier de at de er mye hos dem også. (...) Det er stort sett de samme pasientene som er mange steder, men de er ikke så veldig mange (...).”

Lege, AMK: “(...) Det jeg synes fungerer bra er de jevnlige møtene. Jeg synes dere er veldig kjent med pasientene og har en plan allerede. Også er det kanskje godt for dere å høre hvor mye de ringer oss og om hvilke problemstillinger. (...) Det er ofte komplekse pasienter. Veldig bra at vi samarbeider om de. Vi har mange av de samme. (...) Dere forstår primærhelsetjenesten bedre enn oss og hvilke tråder dere kan trekke i. Dere vet mer om hvordan kommunen i Oslo fungerer, og hvem man kan kontakte. Det er veldig hjelpsomt. Og

en annen ting; Vi står sterkere sammen. Jeg merker at når jeg ringer fastleger, DPS og andre institusjoner, så er det en tyngde å si at jeg ringer fra AMK og er med i multibrukergruppa sammen med legevakten, fordi denne pasienten ringer så mye til AMK og til legevakt. Da jobber de virkelig for å få løst ting og tar det alvorlig, de feier det ikke bare bort. Det gir styrke at vi står sammen.”

Sykepleier, legevakten: “Ja, vi har mer felles forståelse for hvordan håndtere pasienten. Jeg føler ikke det har vært noe problem med multibrukerne i det siste. Det er mye lettere å håndtere de nå. (...) Og vi kan også informere fast behandler om at de har vært x antall ganger hos oss, og oppsøkt ambulanse, politi og legevakt.”

Sykepleier, legevakten: “At vi kan utveksle informasjon om hva som fungerer, er gjort, hva de har av tilbud utenom. (...) Det gir de som behandler pasientene mer forståelse for pasientene og situasjonen, hvorfor de er i situasjonen. Når en får den kunnskapen gir det bedre behandling”.

4.2.2 Evidensbasert behandling

På spørsmål om multibrukerprosjektet bidrar til at pasientene i større grad mottar evidensbasert behandling, svarte ni av våre 14 informanter ja. De begrunner det med at fast behandler kommer på banen, spesialisthelsetjenesten bidrar med sine vurderinger, at en får tilgang til mer informasjon enn en kan innhente på legevakt og at det å komme sammen kan avdekke mangelfull utredning. Videre var det flere som kommenterte på risikoen for å gå glipp av annen problematikk enn den habituelle, når en har en fast plan for behandling. De mente imidlertid at dette var noe de var oppmerksomme på og tok høyde for.

Sitat:

Lege, legevakten: “Ja, poenget er at det avhenger av de som sitter i gruppen, om de vet hva anbefalt behandling er. (...) Mine favorittspørsmål er; Hva feiler det pasienten og hva er virksom behandling. Det synes jeg hoppes over for ofte.”

Lege, AMK: “(...) Det er jo spesialister vi henvender oss til og som har ansvaret for pasientens behandling. Vi må tro den er evidensbasert. Vi gjør ikke noe med behandlingen. Vi håndterer dem. (...) Operatørene følte at de hjalp pasientene ved å prate med dem, men det

hjalp jo ikke. Viktig å få kupert det. Det hjelper ikke, gjør det kanskje bare verre. Vi gir dem det de ønsker, men det hjelper ikke. Vi må få dem videre.”

Lege, legevakten: “Ja, bedre kvalitet og riktigere hjelp. Noen ganger finner vi at det mangler noe i behandlingen hos fast hjelpeapparat, at noe ikke har blitt sjekket ut, at alle tror andre har undersøkt noe, men så har det ikke blitt gjort. (...) Ulempen er at de tar kontakt ofte med samme problemstilling, at dagen det er noe annet kan vi stå i fare for å miste det, fordi vi har en skreddersydd plan.”

Lege, legevakten: “En baserer rådene for hvordan en skal møte pasienten på hvilken utredning som er gjort tidligere, altså mer informasjon enn en kan innhente på en kort konsultasjon på legevakt. Det baserer seg på informasjon fra sykehus og fastlege, om tidligere utredningsløp osv., slik at det er evidensbasert.”

4.2.3 Helhetlig behandling

Åtte av våre informanter opplever at multibrukerprosjektet bidrar til at multibrukerne i større grad blir møtt på en helhetlig måte i de ulike delene av helsetjenesten og hos politiet. Begrunnelsen de gir for dette er felles behandlingsplan. Flere informanter fra legevakt og AMK kommenterte på at felles behandlingsplan bidrar til færre tiltak i deres tjenester, da de er kjent med at pasientene får anbefalt behandling i sitt faste hjelpeapparat og at deres tjenester kun understøtter fast behandling.

Sitat:

Lege, legevakten: “Det er jo hele poenget, at alle aktørene kommer sammen og blir enige om hvordan vi behandler pasienten.”

Lege, AMK: “Det er vel noe av det vi jobber med, å legge en klar behandlingsplan som er lik hos oss og legevakt, og som gjerne fastlegene og psykiatrien er med på å hjelpe oss med. En veiledning for hvordan vi skal håndtere disse pasientene. Derfor er møtene så viktige, så vi vet hvordan vi skal håndtere pasientene.”

Sykepleier, legevakten: “Det er veldig lett å vite hvordan en skal forholde seg til dem, i alle fall når de kommer inn på legevakten. For da kan en lese om hva som er planen deres. (...) Så hvis vi forholder oss til planen og alle i akuttkjeden har fått samme informasjon, så skal vi jo det.”

Bydelsoverlege: “Det mener jeg, da omforenes man om en plan. Da unngår vi skyving, vi fordeler ansvar og oppgaver og muligheter og utilstrekkelighet.”

Lege, poliklinikk, DPS: “Jo flere kokker, alle har sine meninger, og om de agerer i alle retninger blir det ikke god behandling i det hele tatt. Det å lage en plan og være lojal mot den er veldig viktig”

Psykolog, poliklinikk, DPS: “Det som har vært superfint er at personen blir møtt likt av DPS på dagtid og på kveld av legevakten.”

4.2.4 Ressurser brukt i klinikken

Av våre 14 informanter mente 11 at multibrukerprosjektet bidrar til at det brukes mindre ressurser til behandling av multibrukere i klinikken. Ressursbesparelsen ble i hovedsak begrunnet med at det tar kortere tid å behandle multibrukerne når informasjon om diagnose og plan for behandling foreligger. En informant kommenterte på at det er mulig den reduserte ressursbruken på legevakt medfører økt ressursbruk hos pasientens faste hjelpeapparat, men at det er en ønsket utvikling. En annen informant kommenterte på at det å etablere samarbeid rundt en pasient er ressurskrevende, slik at ressursbruken gjerne øker i starten for så å reduseres når samarbeidet bærer frukter.

Sitat:

Lege, legevakten: “Mindre arbeidsinnsats, mer samordnet, kortere tid. (...) Ved å samordne behandlingen skal vi bruke mindre ressurser.”

Sykepleier, legevakten: “Ja, vi bruker kortere tid med pasientene og det er lettere å behandle de når vi har en plan. Det var vanskelig for 10 år siden å vite hva en skulle gjøre med disse

pasientene, mye ringing hit og dit og konfereringer. Nå har vi en plan så det er absolutt mer effektivt.”

Lege, legevakten: “Ja, det vil jeg si, absolutt, både oppmøte og legevaktssentral kan jeg snakke for, fordi vi går mer målrettet inn, får avklart fortere, også på telefon. Pasientene selv er ganske flinke til å svare på om det er noe nytt, og om jeg spør om de kommer for det samme som før så svarer overraskende mange ja. (...) Om ikke må vi gå inn med et åpent sinn, og det føler jeg de greier ganske godt på telefon og stort sett på allmennlegevakten også. Det flytter ressurser fra oss til fast behandlerapparat, og det kan hende at de får mer å gjøre når vi får mindre, men det er kanskje mer riktig, at det på sikt blir mindre ressursbruk og tryggere for alle, også pasienten.”

Psykolog, poliklinikk, DPS: “Det er først en økt ressursbruk til å lage samarbeid, det er en investering en må gjøre som kan gi mindre ressursbruk på sikt.”

4.3 Prosjektets betydning for ansattes opplevelse av å jobbe med multibrukere

4.3.1 Vanskelige følelser

Av våre 14 informanter oppgir åtte, samtlige fra helsetjenestene, at arbeid med multibrukere er krevende fordi det medfører vanskelige følelser for fagfolkene. Følelsene som ble beskrevet var bekymring for at pasientene ikke fikk god nok helsehjelp, frykt for at pasienten kunne komme til å ta livet sitt som følge av utsagn om selvmord, frykt som følge av pasientens trusler om å eksponere behandler i media, frustrasjon og avmakt begrunnet i at multibrukerne stadig kom tilbake, at hjelpetiltak ikke syntes å fungere og pga. mangel på egnede hjelpetiltak, samt trykk fra pasientene rettet mot å tilby tiltak som ikke er indisert for den sykdommen de er vurdert med.

Sitat:

Lege, legevakten: “Disse pasientene gjør noe med oss, påvirker våre følelser, så får vi lyst til å gjøre noe. De skaper avmakt. (...) De skaper mye avmakt fordi vi ikke kan hjelpe dem, det må vi leve med, det er bransjens natur. (...) Grensesettingsevner, det er det som er vanskelig. Når folk skriker til deg og holder på og du må være såkalt “slem”.”

Lege, AMK: “Primærhelsetjenesten blir sittende og høre på hva vi har å si i møtene. Jeg tror de er litt rådløse. Jeg tenker mange av disse pasientene “plager” mange andre av de kommunale tilbudene også.”

Psykolog, poliklinikk, DPS: “For eksempel en person som en periode var storforbruker av legevakten (...), som var svært krenket og misfornøyd med å ikke få døgnbehandling. (...) Hun var rasende og gikk til aviser og advokater, og da var det veldig fint at vi stod samlet i at vi ser du har det vondt og at det er plagsomt, men det er faktisk slik at det er dette som hjelper. I dag (...) tar hun imot indisert behandling. Det var en snuoperasjon hvor vi måtte stå i et langvarig raserianfall på en måte. (...) Det er ganske sterke forsvarsmekanismer, som splitting, som kan skape mye ubehageligheter mellom de ulike behandlerne og instansene rundt en pasient, at en kan bli irritert på hverandre. Når en samler seg og er samkjørt er det lettere å stå i trykket. En trenger ikke tenke på om andre er enig.”

Bydelsoverlege: ”En kommer til kort. En blir splittet, det er mange pårørende ofte, det er kaotisk. Det er alltid noen trusler, press, et eller annet”.

4.3.2 Mestring

Av våre informanter oppgir ni at prosjektet har medført at ansatte i større grad opplever mestring i arbeidet med multibrukere.

Sitat:

Lege, legevakten: “Du mister mestringen når du mister kontrollen. En del av disse pasientene tar kontrollen. Vi må ta kontrollen. Mestringen øker når du gjør nye ting under veiledning.”

Lege, AMK: “Operatørene får en større mestring og mange av dem har tidligere vært frustrerte.”

Lege, akuttpsykiatrisk avdeling: “Det er bra å få satt behandlingen i system for disse pasientene, og så blir ikke behandlerne så maktesløse. (...) Hvem orker å ta den pasienten når den kommer uten dette. En vil ha en opplevelse av at man får til noe om en har en slik plan”.

Sykepleier, legevakten: “At du da føler mestring og kan vite at i noen pasientmøter så kommer du sjelden til å føle mestring og det er greit. Det handler ikke om deg. Det handler om at pasienten har ønsker og krav som ikke kan innfris, verken av legevakt eller fast behandlerapparat med det første. (...) Noen ganger har de kanskje følt mestring fordi de har fått høre fra pasienten at det er ingen som forstår meg som deg, at det kan være godt, men at det er fint å få høre at det kanskje ikke er så god pasientbehandling, så når de får høre at de er dritt kan tenke at de likevel har gitt god behandling”.

4.3.3 Trygghet

På spørsmål om prosjektet har medført at ansatte i større grad opplever trygghet i arbeidet med multibrukere, svarte 11 informanter bekreftende. Flere sier at akuttarbeid innebærer et tidspress, at arbeid med multibrukere ofte innebærer frykt for å ikke gi riktig behandling og at en behandlingsplan skaper trygghet.

Sitat:

Lege, AMK: “Når vi blir enige om en strategi for jobben som skal gjøres hos oss, så opplever jeg en trygghet hos våre operatører, ikke minst for andre pasienter også. Vi har jo så mange. Vi er så pressa på sentralen. Det er 113-samtaler som venter i flere minutter. Det er frustrerende for operatørene å måtte gjøre en utspørring på multibrukere. Nå slipper vi det og kan sette raskt over til legevakten.”

Sykepleier, legevakten: “Jeg føler det er lettere og tryggere å gjøre det nå som vi har en plan på det. Jeg føler vi kan stå mer i avgjørelsen og henvise videre til fast behandler enn det vi gjorde før. De med personlighetsforstyrrelse var veldig vanskelige syntes jeg før, ofte ble de innlagt, men nå står det ofte at de ikke har effekt av innleggelse og ikke skal innlegges, det føles tryggere når en har støtte i multibrukergruppen. (...) En går ikke hjem og tenker “shit, gjorde jeg en feilvurdering der”.”

Lege, akuttpsykiatrisk avdeling: “Det kjennes trygt, det er en plan og et opplegg. Uten det kan en bli helt utslitt. Det er et opplegg og et ansvar, det er forankret i noe større”.

Lege, legevakten: “Man tørr å helgardere seg mindre, har gjort forarbeidet som gjør at man kan gi mer målrettet behandling med lave skuldre og tenke at dette går bra. Ja, går ofte inn

med er dette det samme, og om pasienten sier ja tar jeg en runde på om pasienten tar feil, men så kan jeg gå mer målrettet til verks.”

Psykiatrigruppa: “For de som vi har hatt samarbeid om gir det en betryggelse på at her er det lagt en plan og den planen blir fulgt”.

Sykepleier, legevakten: “Jeg føler at det ofte gjør dem tryggere fordi vi har innhentet informasjon om pasienten så vi har noe å støtte oss på. Det gjør det tryggere, for det er hektisk å jobbe på legevakt. Du skal ta mange beslutninger på kort tid, så når du har noen som har gjort en stor del av jobben for deg blir det tryggere å gi helsehjelp. Også fordi at du kan se om det er noe som er nytt, som ikke er habituet. (...) En trygghet både for pasienten og de ansatte”.

4.4 Bruker- og pårørendemedvirkning

4.4.1 Brukermedvirkning

I vårt utvalg oppga de fleste av informantene fra legevakt og AMK at brukerinvolvingen var lav, men at de hadde tenkt på at den burde økes. Informanter fra sykehus (sengepost og poliklinikk) oppga høyere brukerinvolving. Noen ga uttrykk for positive sider ved brukerinvolving, som at pasientene setter pris på å bli møtt på en forutsigbar måte i hjelpeapparatet og at det å informere dem om at de har multibrukerstatus kan gjøre at de tar grep og involverer sitt faste hjelpeapparat mer. Noen ga uttrykk for at brukerinvolving kan være utfordrende da multibrukere kan ha et annet mål og ønske for sin behandling enn det som er anbefalt behandling og det vi kan tilby. Flere lurer på om det er hensiktsmessig å informere og involvere alle multibrukere, og sier det kan komme an på den spesifikke multibrukeren. Mens noen sier multibrukerne kan bli krenket av å bli orientert om sin multibrukerstatus, sier andre at multibrukerne gjerne tar denne informasjonen godt imot. Det ble også stilt spørsmål ved hvem som skulle involvere multibrukerne, da om det burde være fast hjelpeapparat.

Sitat:

Lege, AMK: “Men skal vi involvere multibrukere mer? Det er ikke ofte vi forholder oss til dem direkte. Bør vi ta en prat med dem, har jeg tenkt på. Man tenker kanskje det er best at

fastlegen er den personen. (...) Jeg tror veldig få av de jeg jobber med vet at vi snakker om de. Det er det som får meg til å tenke at mange bør involveres mer. (...) Kanskje vi bør involvere pasientene og legge litt ansvar til dem også. Men det kan ikke gjelde alle. Det må være de vi ser vi kan snakke til på en fornuftig måte. Der ønsker jeg mer tanker og diskusjoner rundt hvor mye vi skal involvere pasientene. “

Lege akuttpsykiatrisk avdeling: “De liker at det er et opplegg. (...) Det er forutsigbart, og det liker de”.

Lege, legevakten: “Ikke alltid jeg vet om de er klar over det. Opplever at de tar det bedre enn jeg trodde. De er enige i at de er her for ofte og har et kjempeproblem vi ikke har løsning på. (...) Blitt fokus i det siste.”

Bydelsoverlege: “I de sakene jeg har hatt så har ikke pasient eller pårørende vært involvert. (...) Jeg tenker at pasientene bør involveres, at de blir informert, det må de jo for at vi skal kunne ta dem opp i multibrukergruppa”.

Lege, poliklinikk, DPS: “Det er vanskelig. I de tilfellene pasient og pårørende ikke var på møtene ble jeg litt letta.”

Sykepleier, legevakten: “Det er også litt ulikt om det er hensiktsmessig å si det til alle. (...) Jeg tror vi kan bli flinkere”.

Psykolog, poliklinikk, DPS: “I de tilfellene legevakten er med så er tilstanden til pasienten så dårlig at de i liten grad greier å delta i møtene selv.”

Sykepleier, legevakten: “Det jeg har sett noen ganger når jeg tar kontakt med en multibruker første gang og sier nå har du hatt mye kontakt med legevakten, hva handler det om, så opplever jeg veldig sjelden at de blir krenket eller sint. Mange er enige i at de har hatt veldig mye kontakt. Da får de jo medvirke litt ved å bli speilet på det, og da opplever jeg at flere har tatt kontakt med fastlege eller lagt en plan med fast behandler for hvordan de skal forholde seg når det blir vanskelig. (...) Det er alltid avvisning og krenkelse når de tar kontakt med oss, og da må vi gjøre de oppmerksomme på det, at de ikke har gode opplevelser når de tar kontakt med oss.”

4.4.2 Pårørendemedvirkning

I vårt utvalg fremkom det at pårørende i liten grad blir involvert i pasientbehandlingen, særlig i de akutte tjenestene. Flere kommenterte på pårørendes behov for informasjon, veiledning og støtte. Spørsmålet om hvilken hjelpeinstans som bør kontakte pårørende, var også her et tema.

Sitat:

Lege, AMK: “Jeg kan ikke huske at vi har hatt noe kontakt med noen pårørende i det hele tatt. (...) Der tenker jeg at det i alle fall ikke er jeg som AMK som skal ta kontakt, men kanskje multibrukergruppa. (...) Det blir kanskje aktuelt når et samarbeidsmøte blir satt.”

Lege, legevakten: “Har jeg tatt kontakt med pårørende noen gang? Det er kanskje noe å gjøre. (...) Vi kunne kanskje vært bedre til å spørre om flere burde involveres. Har ikke vært flink nok til å tenke på om pårørende trenger støtte eller involvering.”

Bydelsoverlege: “I de sakene jeg har hatt så har ikke pasient eller pårørende vært involvert (...) Og jeg tror jo det ofte kan være lurt å involvere pårørende.”

Sykepleier, legevakten: “Jeg tror at der det er mulig bør pårørende ta del i kunnskapen og informasjonen, så de lettere kan forstå hva de kan gjøre for å hjelpe pasienten”.

Psykolog, poliklinikk, DPS: “Det er en stor belastning for pårørende i de sakene jeg jobber med. Det er dårlige pasienter. Det er pårørende som enten ikke er så velfungerende, eller som er velfungerende, men har stått i stor pårørendebelastning over tid, slik at det kan være frustrasjon.”

4.5 Taushetsplikt

Hva angår hvorvidt taushetsplikt er til hinder for samhandling om multibrukere var vårt utvalg delt i to, hvor halvparten mente taushetsplikt vanskeliggjorde samhandling om multibrukerne, mens resterende ikke mente det. Noen oppga god kjennskap til lovteksten om taushetsplikt, mens andre var mer usikre. Det var en tendens at leger og psykologer beskrev utfordringer knyttet til taushetsplikt og forståelse av lovverket, i noe større grad enn sykepleiere.

Sitat:

Lege, legevakten: “Tror det å be om samtykke ville løst mye for oss. Noen ganger er det vanskelig å få samtykke.”

Psykiatrigruppa: “Ut fra sluttresultatet opplever jeg ikke taushetsplikten er veldig til hinder. (...) Vi ser at det praktiseres ulikt i helse. (...) Det handler en del om å ta i bruk opplysningsretten dere har. Det ser vi at mange er restriktive med å gjøre. Vi ville kanskje innimellom vurdert det annerledes, da vi ser innvirkningen klientens utfordringer har på samfunnet. (...) Delt informasjon gjør at samarbeidet fungerer bedre”.

Lege, akuttpsykiatrisk avdeling: “Jeg har ikke opplevd at taushetsplikt har vært til hinder for at vi klarer å samarbeide med de vi skal. (...) Noen ganger er dette med taushetsplikt med NAV og bydel, det kan være komplisert.”

Lege, legevakten: “Jeg mener det er viktig å forstå intensjonen med loven. (...) Intensjonen med loven er at uvedkommende ikke skal få helseopplysninger.”

Lege, AMK: “Det har jeg tenkt på noen ganger, dette med taushetsplikten. Der er jeg litt usikker på om alt det jeg gjør er lovlig egentlig. Har jeg egentlig lov til å ringe fastlegen å si hvor mye en pasient ringer oss. Det vet jeg egentlig ikke.”

4.6 Kunnskapsoverføring

Ni av våre 14 informanter mener multibrukerprosjektet bidrar til kunnskapsoverføring mellom de involverte tjenestene.

Sitat:

Lege, legevakten: “Det hjelper ikke med kunnskapsoverføring om det er ulike holdninger. (...) Kunnskap er også lett tilgjengelig i dag. Det er ikke det at de ikke vet hva som er anbefalt, de er uenige.”

Lege, AMK: “Jeg lærer så mye av dere, av hvordan dere jobber og tenker, så jeg tror absolutt at det gir stor verdi å ha gruppen, som kontakter de forskjellige andre fra helse som er involvert i pasienten.”

Lege, legevakten: “Ja, vi åpner for en kunnskapsoverføring som det egentlig ikke er lagt så godt til rette for.”

Psykolog, poliklinikk, DPS: “Jeg har en opplevelse av at med denne brukergruppen må en stå stødig i sitt faglige standpunkt, en må greie å stå i høyt lidelsestrykk og ikke agere, det er den kunnskapen jeg tenker det er høy overføringsverdi på. (...) Riktig behandling, på riktig sted, til riktig tid.”

Psykiatrigruppen: “Det å snakke sammen og få innsikt i hverandres situasjon er veldig nyttig.”

5. DISKUSJON

5.1 Organisasjon og organisering

5.1.1 Multibrukerprosjektet generelt

Samtlige av våre 14 informanter var positive til multibrukerprosjektet, både når de svarte på de innledende åpne og generelle spørsmålene og de mer spesifikke underspørsmålene. De begrunner sin positive holdning i en opplevelse at pasientene får mer riktig og helhetlig helsehjelp og at ansatte opplever støtte i å behandle utfordrende pasienter når det er et samarbeid mellom flere instanser, samt at det er ressursbesparende. Dette tyder på at fagfolk som har jobbet med multibrukerprosjektet mener det fungerer etter hensikten, nemlig bidrar til pasientbehandling av høyere kvalitet og til å lette de ansattes arbeidssituasjon. Dette samsvarer også med våre forventninger, i forkant av undersøkelsen.

Våre informanter kommentert også på at multibrukere får best hjelp i sitt faste hjelpeapparat og at det igangsettes færre tiltak fra legevakt og AMK som følge av prosjektet. De kommenterte imidlertid ikke på hvorvidt multibrukerne i mindre grad oppsøker akuttjenestene, som følge av prosjektet. Å få multibrukerne til å i hovedsak ta imot helsehjelp i ordinært tjenesteapparat, har vært et utvidet mål med multibrukerprosjektet. At det ikke ble stilt direkte spørsmål om dette kan sies å være en svakhet ved studien. At våre informanter

ikke kommenterte på dette spontant, kan ha flere årsaker. Det er mulig dette impliserer at informantene ikke har opplevd særlig endring hva angår multibrukeres bruk av legevakten. Dette impliserer ikke nødvendigvis at prosjektet ikke bidrar til at multibrukere bruker legevaktens tjenester i mindre grad. Det er mulig det har lyktes bryte den negative sirkelen med legevaktsbesøk for enkelte multibrukere, men at nye har kommet til slik at belastningen for ansatte er tilsvarende som før. Det er også mulig at multibrukerprosjektet har bidratt til at multibrukere er lettere å håndtere og at ansatte har akseptert at dette er arbeidsoppgaver de må gjøre, og derfor ikke har tenkt særlig over hvorvidt frekvensen av multibrukerproblematikk er endret.

5.1.2 Kjennskap til multibrukerprosjektet

Multibrukerprosjektet var godt kjent internt på legevakten. Det var som forventet. Dog var det noen som stilte spørsmål ved hvor godt kjent det var blant nyansatte. At prosjektet er mindre kjent blant nyansatte kan handle om betydelig turnover blant ansatte på legevakten de siste årene (Martin et al., 2008; Helsedirektoratet, 2018). Utover effekten av at rutinerte fagpersoner slutter, innebærer dette mindre tid til opplæring av nyansatte og mindre tid til å fokusere på denne type kvalitetsforbedringsarbeid og kommunisere det ut, både til egne ansatte og eksternt. Her kan det se ut som det ligger et potensial for forbedring.

Multibrukerprosjektet viste seg å være betydelig mindre kjent utenfor legevakten enn vi hadde trodd. To ulike informanter, hvorav en av dem bydelsoverlege med god oversikt over fastleger i egen bydel, mente at fastlegene ikke kjenner til prosjektet i det hele tatt. Vi fant tilsvarende da vi forsøkte å finne informanter ved psykiatriske og somatiske akuttavdelinger på sykehus, samt ved akutteam på DPS. I de psykiatriske poliklinikkene ved DPS lyktes vi finne informanter, men det var heller ikke her mange å velge mellom. Dette var et overraskende funn. Ut fra hvor mange år legevakten har jobbet målrettet mot denne gruppen pasienter, internt på legevakten men også ut mot samarbeidspartnere, hadde vi trodd at arbeidet skulle være betydelig bedre kjent.

Den samarbeidende instansen som oppga størst engasjement for og arbeid inn i multibrukerprosjektet, var AMK. At legevakten og AMK har stort engasjement for denne pasientgruppen og er opptatt av å finne løsninger, sier sannsynligvis noe om at det er i disse tjenestene utfordringene i størst grad melder seg. Både legevakten og AMK er akutte

hjelpetilbud som ikke kan avvise pasienter som presenterer akutte problemstillinger, ei heller om de har presentert tilsvarende problemstillinger mange ganger før. Psykiatrigruppa i politiet var også godt kjent med multibrukerprosjektet, og en kan tenke seg at tilsvarende gjelder for dem. En kan spekulere i om akutteam ved DPS ikke har samme status som akuttinstans som legevakt og AMK, selv om de på dagtid er ment å fylle akutfunksjonen innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2014).

Videre er det mulig at fastleger, leger og psykologer i poliklinikk ved DPS, har lyktes etablere en ramme for kontakt med disse pasientene som fungerer, slik at oppfølgingen ikke oppleves så utfordrende som i akuttjenestene. Dette kan eksempelvis være hyppigere konsultasjoner enn det som er vanlig for andre pasienter. Det er ikke sikkert de vet at pasientene i tillegg bruker akuttjenestene. Dette er også tjenester hvor det er rammer for å bli kjent med pasienten og dens problematikk, hvilket sannsynligvis gjør det lettere å behandle og forholde seg til multibrukere. I samsvar med forskningslitteraturen (Vedsted et al., 2001; Byrne et al., 2003) virker multibrukere også i Oslo å være multibrukere ved flere instanser, men det er mulig at trykket merkes best hos AMK og legevakt her i Oslo.

En annen grunn til at legevakten og AMK virker være mer engasjert i multibrukerprosjektet enn andre tjenester, kan være at det er i disse tjenestene multibrukerne er mest krevende å håndtere for de ansatte. Dette er begge akuttjenester som behandler svært mange pasienter, er presset på tid og som må avgrense sine hjelpetiltak til det akutte. Forskningslitteraturen viser at multibrukere gjerne presenterer komplekse problemstillinger (Gill & Sharpe, 1999; Vedsted et al., 2004; Smits et al., 2009; Haroun et al., 2016; Shukla et al., 2020) og mottar konsultasjoner av lengre varighet enn andre pasienter (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, 2012). Dette vil relativt sett være mer belastende i akuttjenestene enn i ordinært hjelpeapparat, hva angår ressursbruk. Videre kan en se for seg tilsvarende hva angår emosjonell belastning på ansatte. I akutte tjenester hvor en ikke har tilgang til utredning, behandlingsplan og multibrukerstatus, blir ansatte gjerne mer bekymret, frustrert og opplever avmaktsfølelse. Alt i alt er det naturlig at arbeid med multibrukere er ressurskrevende i de akutte tjenestene, på flere måter. Dette var også det våre informanter rapporterte, og i samsvar med våre forventninger.

Det kan være flere grunner til at multibrukere kontakter legevakt og AMK heller enn, eller i tillegg til, fast hjelpeapparat. Dette er spørsmål som vil være aktuelle å undersøke med

multibrukerne i neste fase av arbeidet med evaluering av multibrukerprosjektet. En kan imidlertid spekulere i hvorfor det eventuelt er slik. Det kan handle om at legevakt og AMK nettopp er akutte tjenester som befolkningen er lært opp til at skal kontaktes når de opplever behov for akutt hjelp, slik multibrukere ofte gjør. Videre kan det hende at multibrukere kontakter disse tjenestene fordi de opplever å få mer hjelp der, eller bli tatt mer på alvor, enn i ordinært hjelpeapparat hvor behandler er kjent med at problematikken er gjentakende og lite sannsynlig akutt, og derfor sjelden igangsetter tiltak. Dette kan også være en mulig forklaring på hvorfor ikke akutteam ved DPS kontaktes i større grad. Akutteamene deler journal med resten av sykehuset de er en del av, og vil således ha informasjon om diagnostikk, behandlingsplan og multibrukerstatus, hos pasienter som har behandler i eget sykehus. Da journal ikke deles mellom sykehus, eller mellom sykehus og andre helsetjenester, vil ikke akutttjenester som legevakt og AMK ha tilgang til informasjonen, ei heller politiet. Videre kan det hende multibrukerne er uenig i vurderingene gjort av fast hjelpeapparat, ønsker en revurdering av diagnose eller behandlingstiltak. Det er også mulig at noen kontakter akutttjenestene fordi det oppleves beroligende eller på annen måte positivt å ha kontakt med hjelpeapparatet. De fleste er kjent med at akutttjenestene ikke kan avvise kontakt.

Det kan være fornuftig å tenke på måter multibrukerprosjektet kan gjøres kjent hos samarbeidende instanser, for eksempel ved å tilby internundervisning, lage en informasjonsbrosjyre, eller lignende. Å gjøre prosjektet kjent vil sette multibrukerproblematikken på dagsorden. Det er ikke sikkert fastleger, leger og psykologer i poliklinikk osv., er godt nok kjent med multibrukerproblematikken og således kanskje har mindre forståelse for viktigheten av å ta tak i utfordringene det innebærer. Økt kjennskap til problematikken rundt multibrukere kan kanskje gjøre det lettere å få til et samarbeid om å hjelpe en krevende pasientgruppe.

Et annet aspekt er å se på måten multibrukerprosjektet er organisert. At fagfolk i relevante tjenester ikke kjenner til prosjektet kan handle om at kontakten med samarbeidende tjenester har vært for personavhengig. Dette var det også enkelte informanter som nevnte. Personavhengige strukturer er sårbare for turnover blant ansatte. Å forankre arbeidet i institusjonene heller enn hos enkelte fagpersoner, kan være en fruktbar vei å gå.

5.1.3 Ledelsesforankring

At informanter fra legevakten oppga at arbeid med multibrukere var forankret i ledelsen var ikke overraskende. Multibrukerprosjektet har pågått i årevis, med tydelig ledelsesforankring (Iversen et al., 2017; Oslo legevakt, intranett, 2021; Oslo legevakt, intranett, 2022). I de eksterne tjenestene oppga fagfolk at arbeidet var anerkjent som viktig, tidkrevende og noe ledelsen var positiv til, selv om det ikke forelå en nedtegnet ledelsesforankring. Dette indikerer at samhandling er satt på dagsorden i den delen av helsetjenesten i Oslo som vi har undersøkt, slik også lovkrav og føringer fra sentrale myndigheter sier det skal være. Selv om det i Stortingsmelding 11 (2020-2021) beskrives utfordringer knyttet til blant annet ledelse og system for bedre kvalitet og pasientsikkerhet, kan det i alle fall se ut til at ledelsen i tjenestene vi har undersøkt er positive og ser verdien av denne type arbeid.

De fagfolkene som tydeligst formulerte ledelsesforankring for sitt arbeid, utenfor legevakten, var lege ved AMK og ansatte i politiets psykiatrigruppe. Igjen er det sannsynlig at det er de tjenestene som i størst grad merker behovet for å jobbe med multibrukere, at ledelsesforankringen er tydeligst formulert. At ledelsen støtter opp om denne type arbeid kan være en indikasjon på at arbeidet er viktig for å ivareta ansatte, i tillegg til å bidra til best mulig pasientbehandling, hvilket også har vært formålet med multibrukerprosjektet internt på legevakten. Viktigheten av arbeidet for å ivareta ansatte ble tydelig formulert av vår informant fra AMK.

5.1.4 Ressurser brukt til arbeid med multibrukerprosjektet

Halvparten av våre informanter, delt mellom legevakt og eksterne tjenester, uttrykte behov for mer ressurser til arbeid med multibrukere. Tre informanter kom fra tjenester hvor samhandling er en sentral del av jobben, og hvor det derfor er satt av ressurser. Et gjennomgående tema for våre informanter var tidsbruk knyttet til å få tak i samarbeidspartnere. Det er en kjent problemstilling at det er krevende å oppnå kontakt med samarbeidspartnere, i en travel klinisk hverdag. En mulig løsning på dette som flere skisserte var et felles kommunikasjonssystem eller felles journal. Dette er som kjent et nasjonalt anliggende, og har vært det i mange år, uten at det foreløpig har lyktes finne en løsning (Byrådet, 2019).

Noen kommenterte på at møter er tidkrevende og bør gi avkastning om det skal brukes tid på, mens flere sa at tiden brukt til møter om multibrukere er vel anvendt tid som letter arbeidet med denne gruppen i klinikken. Igjen er det relevant å nevne at fagfolk fra legevakten og AMK er de som uttrykker seg mest positivt til samarbeidsmøtene. Det skyldes muligens at trykket fra multibrukere i klinikken i disse tjenestene er så ressurskrevende, at møtene er klart verdt innsatsen. Selv om det ordinære hjelpeapparatet kanskje ikke opplever behovet for samhandling om multibrukere like sterkt som akuttjenestene, og kanskje heller ikke opplever tilsvarende avkastning av arbeidet, må det kunne sies å være betimelig at de investerer ressurser i det. Det gjelder de samme pasientene og det er det ordinære hjelpeapparatet som har best grunnlag for å si noe om hva som er anbefalt helsehjelp. Videre må det kunne ses som et kollektivt ansvar at akuttapparatet holder hodet over vann. Multibrukere er i utgangspunktet ikke pasienter som skal forbruke akuttjenestene, i den grad de gjør det. Akuttjenestene er avhengig av at ordinært hjelpeapparat forstår det, og bidrar for å avhjelpe situasjonen. Det bemerkes at det var en positiv holdning til prosjektet hos samtlige av våre informanter, og at informanter også i det faste, ordinære hjelpeapparatet, oppga positive ringvirkninger for deres arbeidshverdag.

At legevakten har etablert en fast prosjektgruppe kan gi avkastning i form av redusert ressursbruk på sikt, da fagfolkene i gruppen vil opparbeide seg kunnskap og erfaring som vil gjøre at arbeidet går raskere. Det er mulig faste kontaktpersoner i de eksterne tjenestene kunne fungert tilsvarende. At det er vanskelig å vite hvem en skal kontakte i de ulike tjenestene var også noe våre informanter kommenterte på, og som faste kontaktpersoner kunne avhjulpet. Multibrukerarbeid bør uavhengig av dette forankres i organisasjonene, så vi unngår at kompetansen blir personavhengig og sårbar for turnover.

Utilstrekkelige ressurser er en kjent utfordring i helsetjenesten, og en av årsakene virksomheter i helse- og omsorgstjenesten oppgir til manglende samhandling og koordinering, og utfordringer knyttet til system, kultur og ledelse rettet mot økt kvalitet og pasientsikkerhet (Meld. st. 11 (2020-2021)). Multibrukerprosjektet er et forsøk på å bruke de ressursene vi har, til det beste for pasienter og ansatte.

5.1.5 Organisering av samhandling

På spørsmål om hvordan organisering av samhandlingen rundt multibrukere fungerer, svarer fem at dette er krevende, mens kun en informant synes det motsatte. Det som fremkommer, er igjen utfordringen med å komme i kontakt med samarbeidspartnere. Som nevnt i avsnitt 5.1.4 er det mulig bedre teknologiske løsninger for kontakt mellom ulike tjenester kunne lettet dette arbeidet.

5.1.6 Oppfølging av tiltak besluttet i multibrukerprosjektet

Åtte av våre informanter mener at de tiltakene som blir besluttet i multibrukerprosjektet blir fulgt opp, men noen kommenterte på at tid er en utfordring, både for selv å få gjennomført besluttede tiltak og for å følge opp at samarbeidspartnere gjennomfører tiltakene. Høyt arbeidspress (Ørstavik, 2013) og turnover (Martin et al., 2008; Helsedirektoratet, 2018) blant ansatte på legevakten underbygger disse utfordringene fra legevaktens side, samt også fra AMK (Waalder et al., 2022). Størsteparten av våre informanter mener imidlertid at tiltakene blir fulgt opp, hvilket er gledelig og sannsynlig uttrykk for at tiltakene oppleves som meningsfulle og nyttige.

5.1.7 Felles kommunikasjonsplattform

Som nevnt var behovet for en felles kommunikasjonsplattform for ulike tjenester i hjelpeapparatet, noe våre informanter var opptatt av. To uttrykte direkte ønske om felles journal. Som nevnt tidligere er dette en kjent utfordring som det har vært ønskelig å løse gjennom mange år, uten at det foreløpig har lyktes (Byrådet, 2019). Teknologien åpner for nye og enklere måter å kommunisere på stadig vekk. Parallelt øker fokuset på personvern (Meld. St. 16 (2017-2018)), som et nødvendig aspekt å ta høyde for i utviklingen av denne type tjenester. At kommunikasjon mellom samarbeidende tjenester i 2022 fremdeles i stor grad foregår ved hjelp av telefon, slik våre informanter nevner, må kunne sies å vitne om en noe langsam utvikling på dette feltet.

5.1.8 Legevaktens rolle

At fem av våre informanter spontant stilte spørsmål ved at arbeidet med multibrukere koordineres fra legevakt, og ikke fra fastlege eller annen fast behandler, var interessant. Dette er uttrykk for at flere fagfolk har tenkt på at det er underlig at legevakten fyller denne

koordinerende funksjonen i Oslo. Flere kommenterte på at arbeidet rundt multibrukere burde vært lagt til fast behandler, gjerne i førstelinjetjenesten. Det ble også kommentert på at ansvaret for å koordinere individuell plan er lagt til førstelinjetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §2-5; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-4, §4-1, §7-1; spesialisthelsetjenesteloven, 1997, §2-1e, §2-2, §2-5).

Som nevnt tidligere er det mulig at legevakten ender opp med å igangsette og koordinere arbeidet rundt multibrukere fordi det er på legevakt at problematikken rundt multibrukere i hovedsak viser seg, samt hos AMK. Det er her det går såpass utover bruken av ressurser i klinikken, og er såpass krevende for ansatte å stå i, at det er helt nødvendig å ta tak i. Som nevnt er det mulig fast hjelpeapparat ikke tar initiativ til samarbeid med legevakt og AMK, fordi de ikke vet at pasientene forbruker disse tjenestene. En annen mulighet er at det ordinære hjelpeapparatet her kunne vært sitt ansvar for å sikre god og helhetlig behandling mer bevisst. Dette er krevende pasienter å behandle, også i det ordinære hjelpeapparatet. Det er mulig legevakten, med sitt døgnåpne akutttilbud, kan bli en hvilepute for det ordinære tjenesteapparatet. Det er om så, ikke en ønskelig situasjon.

Det er mulig denne type storforbruk av akutte tjenester er lettere å avdekke i mindre samfunn enn i Oslo, hvor det er færre pasienter og samme fagpersoner gjerne jobber i flere ulike deler av helsetjenesten. At Oslo er en stor by kan være en av grunnene til at det er behov for en tjeneste som multibrukerprosjektet, tilknyttet legevakten. Om multibrukerprosjektet hadde blitt mer kjent i samarbeidende tjenester, er det mulig det ville gjort andre tjenester mer oppmerksom på problematikken. Det ville kunne lettet samarbeidet og mulig føre til at legevakten på et tidligere tidspunkt kunne trukket seg ut av det koordinerende arbeidet rundt multibrukere enn hva som er tilfellet i dag. Legevakten ville da kunne gå bort fra å være hovedaktør i samhandlingen rundt disse pasientene, hvilket i de fleste tilfeller sannsynligvis ville vært rimelig.

5.2 Ansattes opplevelse av prosjektets betydning for pasientbehandlingen

5.2.1 Felles forståelse

Våre informanter ga uttrykk for at multibrukere gjerne er storforbrukere av flere ulike helsetjenester, slik som også er kjent fra forskning på fenomenet (Vedsted et al., 2001; Byrne

et al., 2003). Åtte informanter uttalte at multibrukerprosjektet bidrar til å skape felles forståelse av multibrukerne det samarbeides om, hvilket de opplevde positivt både fordi det gjorde det lettere å behandle pasientene og fordi det ga en fellesskapsfølelse. Dette var i samsvar med våre antagelser før vi gjennomførte studien, og ikke overraskende. Det er også i samsvar med multibrukerprosjektets formål.

5.2.2 Evidensbasert behandling

Våre informanter mener at multibrukerprosjektet bidrar til at pasientene i større grad mottar evidensbasert behandling, og således fyller det som var den ene hovedmålsettingen med prosjektet. De begrunner dette med at prosjektet bidrar til at pasientens faste hjelpeapparat kommer på banen og bidrar med informasjon om diagnostikk og anbefalt behandling, som blir førende for hjelpetiltakene i de andre tjenestene. Informantene nevnte også at det å komme sammen kunne avsløre mangler ved utredning, f.eks. ved å få frem at utredning alle trodde var gjort, ikke var gjort likevel. Det er lett å forstå at det å få tilgang til opplysninger fra de som kjenner pasienten og er spesialister på problematikken, er gull verdt i en travel legevaktssetting. Videre kan en tenke seg at det at fast hjelpeapparat får innblikk i pasientenes tilstand når de er i kontakt med akuttapparatet, sannsynligvis bidrar til bedre forståelse av problematikken og behandlingen generelt. Akutt fremkommer det gjerne et høyere symptomtrykk og et mer tydelig funksjonstap enn en ser i de ordinære tjenestene. Dette skyldes sannsynligvis at pasientene opplever hjelpebehovet som påtrengende her og nå. I det ordinære hjelpeapparatet, hvor en gjerne bestiller time, vil ikke nødvendigvis det akutte symptombildet vise seg i samme grad.

Videre kommenterte enkelte av våre informanter på at prosjektet bidrar til å unngå at pasientene får feil behandling, f.eks. ved at det igangsettes akutte tiltak som virker mot sin hensikt. En informant kommenterte på at det å gi pasientene den helsehjelpen de ønsker, ikke nødvendigvis gjør det bedre, men kanskje heller forverrer problematikken. Å ikke gi pasienter helsehjelp de oppgir akutt behov for kan være vanskelig for helsearbeidere, som nettopp ser det som sin jobb å avhjelpe pasienters plager. En behandlingsplan laget i samarbeid med de som kjenner pasienten og er eksperter på problematikken, vil da naturlig være til stor støtte. Å bli kjent med pasienten, sette inn tiltak rettet mot årsaken til at pasienten er multibruker og lage en plan for hvordan pasienten best kan bli møtt av hjelpeapparatet, er også det forskning har vist kan være effektivt (Haroun et al., 2016; o'Dowd, 1988).

NOU 2015: 17, Først og fremst, slår fast at Norge har god akuttberedskap, men at det er behov for å øke kompetanse og kvalitet i akuttkjeden. Det fremgår at å møte akutt sykdom med høy fagkompetanse og tidlig innsats på laveste effektive omsorgsnivå, er estimert å gi helsegevinst for pasientene, men også samfunnsøkonomisk gevinst eksempelvis gjennom færre innleggelser. Det understrekes behov for en mer helhetlig øyeblikkelig hjelp-tjeneste, både god samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus og opp mot sykehusene. Dette har vært et av hovedmålene med multibrukerprosjektet. Om tilbakemeldingene fra våre informanter viser seg å stemme med virkeligheten, bidrar også multibrukerprosjektet til nettopp dette.

En mulig fallgrube ved å ha en klar plan for behandling av multibrukere, som flere av våre informanter fra legevakten nevnte, var risikoen for å gå glipp av annen problematikk enn den pasienten vanligvis kommer med. Dette er en reell bekymring, noe som er tema i arbeidet i multibrukerprosjektet og i klinikken, men som kanskje bør adresseres i enda større grad. Fagfolkene vi snakket med sa imidlertid at dette var noe de var oppmerksomme på og tok høyde for. Dette er også en holdning en må ha som helsepersonell. Å være bevisst på at en tilstand kan ha endret seg, noe har falt fra eller kommet til, er grunnleggende diagnoselære. Flere av våre informanter sa at de spurte pasientene om de kom for det samme som før eller om det var noe annet, og ofte opplevde at pasientene svarte bekreftende på at det var det samme som før. Det er mulig at å implementere et så enkelt spørsmål kan beskytte mot å overse annen problematikk, enn den habituelle. Dette vil sannsynlig være aller viktigst blant uerfarne klinikere, som i mindre grad har den kompetansen og erfaringen som er nødvendig for å skille ulike tilstander fra hverandre.

En annen utfordring som særlig en informant tok opp, var diagnostisk uenighet mellom fagfolk som behandler pasienten. Ulik diagnostisk forståelse vil naturlig være utfordrende hva angår å gi evidensbasert behandling i alle tjenester.

Å bidra til at pasienter mottar riktig hjelp for riktig sykdom, har vært et gjennomgående mål med multibrukerprosjektet. Det er en vesentlig del av det å gi tjenester av god kvalitet, som helsedirektoratet (2017) beskriver det. Våre informanter mener multibrukerprosjektet bidrar til dette. Det var også vår antagelse før vi gjennomførte prosjektet. Dette er imidlertid bare fagfolk sin opplevelse. For å avklare om pasientene selv opplever å få riktig helsehjelp, må vi

spørre dem. Denne studien er som nevnt bare første steg i evalueringen av multibrukerprosjektet.

5.2.3 Helhetlig behandling

Åtte av våre informanter oppgir at multibrukerprosjektet ved etablering av felles behandlingsplan, bidrar til at multibrukerne i større grad blir møtt på en helhetlig måte i de ulike delene av helsetjenesten og hos politiet. Dette peker i retning av at prosjektet oppfyller et sentralt mål som lå til grunn for at det ble opprettet, og er i samsvar med våre antagelser.

Informanter fra legevakt og AMK kommenterte på det å være kjent med at pasientene får anbefalt behandling i sitt faste hjelpeapparat, gjerne medfører færre tiltak i deres tjenester. Dette var et av de utvidete målene med multibrukerprosjektet. På denne måten kan en si at multibrukerprosjektet bidrar til en forståelse av at akuttapparatet kun en er del av pasientens totale helsetjenestetilbud, og ikke instansene som skal behandle langvarig og kronisk sykdom. Slik kan kjennskap til det helhetlige systemet rundt pasienten også bidra til at hjelpere i de akutte tjenestene unngår å igangsette akutte tiltak som er kontraproduktive for pasientene, slik noen av våre informanter nevnte.

Kontinuitet er anerkjent som en viktig faktor for god kvalitet i helsetjenesten (helsedirektoratet, 2017), og et område hvor det fremdeles er forbedringspotensial (Meld. st. 11 (2020-2021)). Et helhetlig og koordinert hjelpetilbud, internt og på tvers av tjenester, er en rettighet norske pasienter har (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §2-5; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-4, §4-1, §7-1; spesialisthelsetjenesteloven, 1997, §2-1e, §2-2, §2-5) og som har stått på dagsorden de siste 15 årene (Meld. St. 47, 2008-2009; Meld. St. 26, 2014-2015), også i Oslo (Byrådet, 2019). At multibrukerprosjektet bidrar til dette er gledelig. Som nevnt tidligere har vi kun snakket med fagfolk. Vi har ikke spurt multibrukerne selv om de opplever helhetlige helsetjenester. Det er et naturlig neste steg i evalueringen av multibrukerprosjektet.

5.2.4 Ressurser brukt i klinikken

Det var en klar formening blant våre informanter at multibrukerprosjektet bidrar til at det brukes mindre ressurser til behandling av multibrukere i klinikken. Dette begrunnet de i hovedsak med at kjent diagnose, behandlingsplan, multibrukerstatus og oversikt over fast

hjelpeapparat, gjør at det tar kortere tid å behandle multibrukerne. Å spare ressurser i den kliniske hverdagen er gull verdt for pressede tjenester som legevakt og AMK.

En informant kommenterte på at det er mulig den reduserte ressursbruken på legevakt medfører økt ressursbruk hos pasientens faste hjelpeapparat, men at det var en ønsket utvikling. Dette er i samsvar med hvordan norsk helsevesen er bygd opp. Akuttapparatet er tenkt å være forbeholdt og dimensjonert for pasienter med akutt hjelpebehov, ikke kroniske tilstander slik multibrukerne gjerne har (NOU 2015: 17). Om multibrukerprosjektet bidrar til at kronisk problematikk i større grad behandles i fast hjelpeapparat, må det sies å være svært hensiktsmessig. Det innebærer etter all sannsynlighet bedre behandling for multibrukerne, og frigir kapasitet i akuttjenestene til pasienter med reelle, akutte problemstillinger. Å flytte multibrukeres ressursbruk fra de akutte tjenestene og over i ordinært hjelpeapparat, var også et utvidet mål med multibrukerprosjektet.

En annen informant kommenterte på at det å etablere samarbeid rundt en pasient er ressurskrevende, slik at ressursbruken gjerne øker i starten for så å reduseres når samarbeidet bærer frukter. Som nevnt tidligere var informanter fra legevakt og AMK tydelige på at denne investeringen var verdt det, sannsynligvis fordi det er i disse tjenestene ressursbruken til disse pasientene i størst grad merkes som en stor utfordring.

En svakhet ved studien som er verdt å nevne her, er at politiets operasjonssentral ikke bidro til studien. Multibrukere er som kjent en gruppe som også forbruker en del ressurser hos politiet. Det hadde vært interessant å høre om operasjonssentralen opplever ressursbruken knyttet opp mot multibrukere som endret, som følge av multibrukerprosjektet.

5.3 Prosjektets betydning for ansattes opplevelse av å jobbe med multibrukere

5.3.1 Vanskelige følelser

Av våre informanter oppga åtte, samtlige fra helsetjenestene, at arbeid med multibrukere er krevende fordi det medfører vanskelige følelser for fagfolkene. At ansatte opplever vanskelige følelser i arbeid med multibrukere var en av hovedårsakene til at multibrukerprosjektet ble opprettet i sin tid, nemlig for å avhjelpe dette. Vår studie understøtter således noe av fundamentet multibrukerprosjektet er tuftet på.

Følelsene som ble beskrevet av våre informanter var bekymring for at pasientene ikke fikk god nok helsehjelp, frykt for at pasienten kunne komme til å ta livet sitt, frykt som følge av trusler fra pasienten om å eksempelvis eksponere behandler i media, frustrasjon og avmakt begrunnet i at multibrukerne stadig kom tilbake, at hjelpetiltak ikke syntes å fungere og å ikke ha tiltak som kunne hjelpe, samt trykk fra pasientene rettet mot å tilby tiltak som ikke er indisert for den sykdommen de var vurdert med. Vanskelige følelser forbundet med multibrukerarbeid er kjent fra forskningslitteraturen, hvor multibrukere er beskrevet som “heartsink patients” (O’Dowd, 1988).

De vanskelige følelsene ble ikke bare beskrevet av fagfolk ved legevakt og AMK, men også av bydelsoverlege, fagfolk i poliklinikk ved DPS og ved akuttpsykiatrisk avdeling. Dette er altså en opplevelse som går igjen hos informanter fra samtlige helsetjenester vi har snakket med i denne studien. Som nevnt tidligere er det mulig utfordringen knyttet opp mot vanskelige følelser i pasientbehandlingen er størst i de mest akutte hjelpeinstansene, som legevakt og AMK. Disse tjenestene er ikke rigget for at fagfolk skal bli godt kjent med hver enkelt pasient, og tidspresset er høyt. Legevakten i Oslo har også mange utdanningsstillinger. Dette er relevant med tanke på at høy utdanning, erfaring og ikke for høyt arbeidspress, er kjent som beskyttende mot å oppleve vanskelige følelser (Mathers et al., 1995).

Det er ikke vanskelig å forstå at å stadig oppleve vanskelige følelser som beskrevet ovenfor på jobb, er krevende for de ansatte. Som nevnt vet vi at ledere i de beste helseinstitusjonene er ledere som bryr seg om sine ansatte og tar ansvar for kvalitet og forbedring av tjenestene (Taylor et al., 2015; Bohmer, 2011). Videre vet vi at ansatte har krav på et arbeidsmiljø hvor de beskyttes mot psykiske skadevirkninger (arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1a), og at det å gjøre ansatte i stand til å kunne arbeide selvstendig er vesentlig for om de opplever seg motiverte for arbeidsoppgavene (Ryan og Deci, 2000). Multibrukerprosjektet må kunne sies å bidra til nettopp dette, og her må en kunne si at ledelsen ved Oslo legevakt har vært sitt ansvar bevisst.

5.3.2 Mestring

Som nevnt var det å avhjelpe vanskelige følelser hos ansatte og bidra til at de opplevde større mestring og trygghet, en av hovedmålsettingene med multibrukerprosjektet. Når vi spurte våre informanter om prosjektet har medført at de i større grad opplever mestring i arbeidet

med multibrukere, svarte ni ja, samtlige fra helsetjenestene. Dette var i samsvar med våre forventninger og tyder på at prosjektet har fungert etter hensikten. Våre informanter oppga bedre forståelse for pasientens problematikk, og støtte i det å ha en felles behandlingsplan som gjør at de vet hva de skal gjøre med pasientene, som det som medførte mestringsfølelse. Om en ser dette opp mot Ryan og Deci (2000) sine avgjørende faktorer for opplevd motivasjon, nemlig kompetanse, autonomi og sosial tilhørighet, finner vi betydelig samsvar. At ansatte opplever motivasjon for legevaktsarbeid er avgjørende, i en presset tjeneste preget av høy turnover.

5.3.3 Trygghet

Mens åtte av våre informanter oppga vanskelige følelser forbundet med arbeid med multibrukere, og ni opplevde mer mestring som følge av multibrukerprosjektet, var det 11 som oppga større trygghet. At trygghet peker seg ut som en faktor omtrent samtlige informanter opplever økt, må kunne sies å reflektere hvor krevende arbeid med multibrukere er for fagfolk, men også at multibrukerprosjektet fungerer etter hensikten på dette området. Våre informanter forteller om hvordan de slites mellom kravene som følger av øyeblikkelig hjelp-plikten, og viten om at problematikken pasienten beskriver lite sannsynlig er akutt. Videre frykten for konsekvenser om noe går galt, parallelt med stort tidspress. Tilgang til en behandlingsplan og at flere fagpersoner og tjenester står sammen om pasienten, var det våre informanter oppga som trygghetsskapende.

5.4 Bruker- og pårørendemedvirkning

5.4.1 Brukermedvirkning

Av våre informanter oppga de fleste fra legevakt og AMK at brukerinvolveringen var lav, men at de hadde tenkt på at den burde økes. Informanter fra sykehus, både sengepost og poliklinikk, oppga høyere brukerinvolvering. At brukerinvolvering var et område med potensial fra legevaktens side, var en antagelse vi hadde før vi gjorde studien, som altså ser ut til å stemme. Igjen er responsen ganske lik fra de mest akutte tjenestene, legevakten og AMK. Det er mulig å forstå at brukerinvolveringen knyttet til pasientenes multibrukerstatus er lavest i tjenester som er ment å skulle ha kun akutt og kortvarig kontakt med pasientene, altså ikke ment å skulle ha oppfølgingsansvar for pasienter over tid. Dette er tjenester som er rigget for å samarbeide med pasienter kun akkurat når de er i kontakt med tjenesten. Her står poliklinikk

og sengeposter i sykehus i en litt annen posisjon, da dette er tjenester som følger pasientene over lengre tidsrom, alt fra dager til uker og måneder. Brukerinvolvering er imidlertid noe som definerer tjenester av god kvalitet (helsedirektoratet, 2017) og et lovkrav (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §1-4, §3-1, §3-2; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2a). Videre er det et uttalt mål i helsetjenesten i Norge, om å skape pasientens helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019B; Meld. St. 26, 2014-2015; Meld. St. 7, 2019-2020). Dette gjelder uansett hvor i hjelpeapparatet pasienten befinner seg. Vår studie understøtter at brukerinvolvering er et tema som må tas tak i, særlig i de akutte tjenestene.

Våre informanter ga ulike tilbake meldinger om hvordan de hadde opplevd at involvering av multibrukere hadde fungert. Noen ga uttrykk for at det var positivt å involvere multibrukere, at de tok det godt imot og at det gjorde at multibrukerne tok grep om sin multibrukerstatus og oppsøkte sitt faste hjelpeapparat heller enn legevakten. Andre hadde opplevd at multibrukerne ble krenket og at involvering hadde vært utfordrende fordi multibrukerne gjerne ønsket andre hjelpetiltak enn det fagfolk mente var anbefalt. Noen mente at hvorvidt multibrukere burde involveres i behandlingen kom an på den spesifikke multibrukeren, da hvorvidt multibrukeren ville være i stand til å nyttiggjøre seg medvirkningsmuligheten. Videre ble det stilt spørsmål ved hvem som skulle involvere multibrukerne, da om det burde være fast hjelpeapparat. Disse tilbakemeldingene fra våre informanter er interessant. Brukermedvirkning er som nevnt en rettighet alle pasienter har og et generelt mål for helsetjenesten. Rettigheter og mål avhenger ikke av hvordan de ulike pasientene skulle reagere emosjonelt eller om involveringen ender i et fruktbart samarbeid. Tilbakemeldingen fra våre informanter kan reflektere at multibrukere er en så sammensatt og utfordrende gruppe å jobbe med, at enkelte pasientrettigheter kan bli satt noe til side, særlig i de mest akutte delene av helsetjenesten. Å sette dette på dagsorden og finne måter å sikre pasientrettighetene også i de mest akutte tjenestene, ligger an til å være et interessant tema å jobbe videre med. Det er godt mulig det er til det beste for multibrukere at faste behandler som de kjenner godt og har en relasjon til, tar initiativ til brukermedvirkning. Det viktigste er at det sørges for at pasientene er informert og får mulighet til å medvirke.

5.4.2 Pårørendemedvirkning

I vårt utvalg fremkom det at pårørende i liten grad blir involvert i pasientbehandlingen. Igjen er dette tydeligst i de akutte tjenestene. Her kan en spekulere i samme årsaksforklaring som for brukerinvolvering, nemlig at de akutte tjenestene er rigget for å avhjelpe akutte tilstander

som de står ovenfor her og nå, og verken har tid eller tradisjon for å gå særlig utover det. Flere av våre informanter, også i de akutte tjenestene, kommenterte imidlertid på pårørendes behov for informasjon, veiledning og støtte. Pårørendes behov må således sies å være anerkjent. Pårørendeinvolvering er også et interessant aspekt å ta med videre i arbeidet med multibrukerprosjektet. Som for brukerinvolvering er det et spørsmål om involvering av pårørende kan legges til fast hjelpeapparat, som gjerne følger pasienten over tid. Utover at det mulig er enklere og mer hensiktsmessig for pårørende å forholde seg til samme fagpersoner over tid, vil det også kunne avhjelpe akuttjenestene, selv om de akutte tjenestene selvsagt også må ha fokus på dette temaet. Det er et nasjonalt mål å legge til rette for at pårørendemedvirkning i samsvar med pasientens ønske (Helsedirektoratet, 2019B).

5.5 Taushetsplikt

I spørsmålet om hvorvidt taushetsplikt er til hinder for samhandling om multibrukere var vårt utvalg delt i to. Halvparten mente taushetsplikt vanskeliggjorde samhandling om multibrukerne, mens resterende ikke mente det. Noen oppga det å be om samtykke som en løsning på utfordringen, som kunne brukes mer. Mens noen oppga god kjennskap til lovteksten om taushetsplikt, var andre mer usikre. Leger og psykologer oppga i noe større grad enn sykepleiere, usikkerhet knyttet til om lovverket ble forstått riktig og taushetsplikten tilstrekkelig hensyntatt.

Informasjonen fra våre informanter samsvarte kun delvis med antagelsene vi hadde før vi gjennomførte studien. Flere opplevde at det å forholde seg til taushetsplikt var uproblematisk, enn vi hadde trodd. At sykepleiere i mindre grad enn psykologer og leger opplever dette utfordrende, kan reflektere at leger og psykologer i større grad enn sykepleiere er ansvarlige for pasientens behandling og de beslutninger som fattes, slik at taushetsplikt hyppigere har vært et tema de har måttet ta stilling til. At flere oppgir usikkerhet på om de forstår lovverket riktig og oppgir taushetsplikt som et utfordrende tema, indikerer imidlertid et behov for opplæring. Videre også et behov for fokus på samtykke, som hovedregel for all pasientbehandling (pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §4-1) og unntaksbestemmelse fra hovedregelen om taushetsplikt (helsepersonelloven, 1999, §21, §22, §23).

5.6 Kunnskapsoverføring

I vårt utvalg oppga ni informanter at multibrukerprosjektet bidrar til kunnskapsoverføring mellom de involverte tjenester. Kunnskapsoverføring mellom tjenestene har ikke vært et direkte mål med multibrukerprosjektet. At det likevel er noe involverte fagpersoner opplever, må kunne sies å være en gledelig bieffekt. Informantene oppgir overføring av klinisk kunnskap ved at ulike tjenester med ulik kunnskap kommer sammen, men også overføring av organisatorisk kunnskap hvor en gjennom samhandling blir kjent med ulike tjenester og hvordan de fungerer.

5.7 Styrker og svakheter ved studien

Det er flere svakheter ved denne studien som er verdt å nevne. Poenget med undersøkelsen var å finne ut om fagpersoner med erfaring fra arbeid i multibrukerprosjektet, mener prosjektet fyller funksjonen det var ment å fylle; nemlig bedre pasientbehandling og en bedre arbeidssituasjon for ansatte i behandlingen av denne pasientgruppen. Vi spurte derfor fagpersoner med erfaring fra arbeid med multibrukerprosjektet hva de mener fungerer bra og bør videreføres, og hva som ikke fungerer og bør endres. Å undersøke dette er første ledd i et større kvalitetsprosjekt hvor multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt evalueres. At vi ikke har snakket med multibrukerne selv og undersøkt deres perspektiv, kan sies å være en svakhet ved studien, men det var heller ikke poenget med denne undersøkelsen. Det må undersøkes senere. På samme måte kan en problematisere at vi ikke har snakket med pårørende. Det er mulig det kunne være noen fordeler ved å starte kvalitetsarbeidet med å undersøke multibrukernes perspektiv heller enn fagfolkene, for eksempel at multibrukerne kunne bidratt med tema som hadde vært viktig å undersøke med fagfolkene i etterkant, med dette blir hypotetisk.

Hva angår utvalget bestående av 14 informanter fra legevakten og dens samarbeidspartnere, er det en svakhet at flere tjenester involvert i arbeid med multibrukere ikke er representert. Dette gjelder tjenester utenfor legevakten. Tjenestene på legevakten er godt representert. Det var mer utfordrende å finne informanter med erfaring fra multibrukerprosjektet utenfor legevakten, enn vi hadde trodd. Tjenestene som er representert var imidlertid relativt samstemte i sin vurdering av multibrukerprosjektet. Det er ikke sikkert det å inkludere flere tjenester ville bidratt med særlig mer informasjon, men det er uvisst. Særlig perspektivet til politiets operasjonssentral var noe vi savnet i denne undersøkelsen.

En annen svakhet er habilitet. Begge studenter jobber tett på multibrukerprosjektet og de involverte fagfolkene, særlig den ene som leder av multibrukerprosjektet. Dette kan ha påvirket våre antagelser i forkant av studien og det forberedende arbeidet til undersøkelsen, som valg av informanter og utforming av intervjuguide. Senere kan det ha påvirket selve intervjusituasjonen og analysen av data. En kan tenke seg at informantene kan ha blitt påvirket i både negativ og positiv retning. På den ene siden er det mulig dette begrenset informantene i sin respons, av frykt for å skape misbilligelse hos oss. På den andre siden er det mulig det åpnet opp for en trygg og åpen dialog. Her tror vi mest på det siste, da vi har et godt forhold til våre informanter, ønske om forbedring har vært et tydelig fokus gjennom hele prosessen og samtlige informanter ble invitert til å bidra til nettopp forbedring. En annen mulig svakhet er at informantene selv hadde jobbet med prosjektet, investert innsats i det og derfor kan ha vært mer positive. Erfaring fra prosjektet kan imidlertid også ha gjort informantene trygge på å si sin mening om prosjektet.

En kan også spekulere i om fagfolk som er positive til prosjektet har vært mer positive til å delta i undersøkelsen, og at vi således har et positivt bias i materialet. Tilsvarende kan tenkes om fagfolk som var negative til prosjektet, da at de valgte å delta fordi de ønsket forbedring og at vi således har et negativt bias i materialet. Det var ingen informanter som var udelt positive eller negative i sin respons, hvilket er tillitsvekkende i så måte.

Videre er det verdt å nevne at multibrukerprosjektet ikke ble sammenlignet med noe, og at informantene ikke ble invitert til å reflektere rundt en annen måte å løse multibrukerutfordringen på, enn multibrukerprosjektet. En slik vinkling ville muligens kunne gitt interessante perspektiver, som det kunne vært verdt å ta med i den videre utviklingen av multibrukerprosjektet.

Av våre 14 informanter var det kun én som oppga relativt lite kjennskap til multibrukerprosjektets arbeid. Det er mulig at denne informanten har svart mer ut fra et generelt samhandlingsperspektiv, enn omtalt arbeidet til multibrukerprosjektet spesielt. Svarene til denne informanten stikker seg imidlertid ikke ut sammenlignet med responsen til de andre informantene. Dette kan skyldes at arbeidet i multibrukerprosjektet er tuftet på lovverk og krav til samhandling fra sentrale myndigheter, og således ikke skiller seg nevneverdig fra det. Det er også mulig at lite kjennskap til prosjektet kan ha vært en fordel, da

informantene kan ha gitt andre svar enn informanter som er godt kjent med prosjektet. I forlengelsen av dette kan en også nevne som en svakhet at fagfolk uten erfaring med multibrukerprosjektet ikke ble inkludert. Å spørre fagfolk uten erfaring med prosjektet om hvordan de ville løst problemstillinger rundt multibrukere, ville kunne gitt perspektiver som denne studien ikke fanger opp. Det er en mulig egen studie.

Et annet aspekt er spørsmålene informantene ble stilt ovenfor. Andre spørsmål ville kunnet gi annen informasjon. Tilsvarende gjelder andre formuleringer av de spørsmålene som ble stilt. Det er også mulig vi som relativt uerfarne intervjuere, stilte for få kritiske spørsmål. Tema vi i retrospekt har tenkt på at vi burde undersøkt nærmere, er spørsmål om det utvidede formålet med multibrukerprosjektet, nemlig at multibrukere i større grad skal forholde seg til sitt faste hjelpeapparat og i mindre grad bruke akuttjenestene. At dette temaet ikke ble tilstrekkelig undersøkt må sies være en svakhet ved studien.

6. KONKLUSJONER

Denne undersøkelsen er gjennomført som første del av en evaluering av multibrukerprosjektet ved Oslo legevakt. Målet med multibrukerprosjektet har vært at multibrukere skal få bedre pasientbehandling, og å lette ansattes arbeid med denne pasientgruppen. I forlengelsen av dette har målet vært at multibrukere skal ta imot behandling i ordinært hjelpeapparat, og i mindre grad bruke akuttjenestene. Involverte fagpersoner, internt på legevakten og hos eksterne samarbeidspartnere, har bidratt med sine perspektiver på hva ved multibrukerprosjektet som fungerer bra og bør videreføres, og hva som kunne fungert bedre og hvordan.

Vår undersøkelse understøtter at multibrukerprosjektet fyller funksjonen det var ment å fylle, den gangen det ble etablert. Våre informanter mener prosjektet bidrar til pasientbehandling som i større grad er evidensbasert, koordinert og helhetlig. Videre mener de prosjektet bidrar til å lette arbeidssituasjonen for ansatte, ved å redusere vanskelige følelser, og å øke følelsen av mestring og trygghet. Om frekvensen av multibrukeres kontakt med legevakten reduseres som følge av prosjektet, til fordel for bruk av det ordinære hjelpeapparatet, kan vi ikke si noe om og er en svakhet ved undersøkelsen. Våre informanter fra legevakten og AMK mener imidlertid at de setter i gang færre tiltak rettet mot multibrukere, som følge av prosjektet.

Våre informanter mener at multibrukerprosjektet bidrar til felles forståelse av multibrukerne på tvers av de ulike tjenestene i hjelpeapparatet, og kunnskapsoverføring mellom tjenestene. De uttrykker en klar formening om at ressursbruken knyttet opp mot behandling av multibrukere i klinikken, reduseres som følge av prosjektet. Dette er viktig, tatt i betraktning at helsetjenesten stadig er presset på ressurser og nødt til å finne smartere og mer effektive måter å jobbe på. Om multibrukerprosjektet bidrar til en forflytning av ressursbruk fra akuttjenestene over i ordinært hjelpeapparat er uklart, men helt klart en ønsket utvikling.

Det våre informanter beskriver som en suksessfaktor er samhandlingen mellom akuttjenestene og tjenestene i det ordinære hjelpeapparatet, både samarbeidsmøter og øvrig kontakt. Å etablere en felles behandlingsplan og dele “ansvaret” for pasienten oppgis som essensielt. Noe som fremkom som et forbedringspunkt var ønske om en felles plattform for kommunikasjon mellom de ulike tjenestene i helsevesenet. Dette ble trukket frem av flere, som noe som kunne lettet samhandling betydelig. Videre var det flere som oppga potensial for forbedring innen

bruker- og pårørendeinvolvering, særlig i de akutte tjenestene. Videre også å sikre at involverte fagpersoner er trygge på lovverket som regulerer taushetsplikt, og vet hvordan de kan forvalte denne i arbeidet i multibrukerprosjektet. Dette er vesentlig i et helsevesen med “pasientens helsetjeneste” som mål.

Et funn som var overraskende er hvor lite kjent multibrukerprosjektet er utenfor legevakten. At multibrukerprosjektet virker være best kjent ved legevakten og hos AMK, kan indikere at det er disse tjenestene som i størst grad opplever utfordringene knyttet til multibrukere, og i størst grad opplever behov for strukturer som bidrar til at denne pasientgruppen mottar behandling av god kvalitet og samtidig ivaretar ansatte. Behandling av multibrukere fordrer legevaktsmedisin på høyt nivå. Dette er sannsynligvis også årsaken til at multibrukerarbeidet koordineres fra legevakten. Dette var noe flere av våre informanter stilte spørsmål ved, parallelt med at de etterlyste større engasjement fra ordinært hjelpeapparat. Det ser ut til å ligge et potensial i å informere, ikke bare om multibrukerprosjektet, men om utfordringene knyttet til multibrukere i seg selv. At dette er en kjent og delt utfordring i tjenestene, vil forhåpentligvis bidra til bedre pasientbehandling og avlaste akuttjenestene.

Det er flere svakheter ved vår undersøkelse. At vi ikke lyktes få informanter fra samtlige eksterne samarbeidspartnere, er en av dem. Habilitet er en annen. Tett forbindelse til multibrukerprosjektet kan ha påvirket resultatene. At det ikke ble stilt direkte spørsmål om hvorvidt prosjektet bidrar til at multibrukere i større grad forholder seg til sitt faste hjelpeapparat og bruker akuttjenestene mindre, er også en svakhet. Videre har vi ikke undersøkt hva multibrukerne selv mener om multibrukerprosjektet. Det var imidlertid heller ikke formålet med denne undersøkelsen. Som nevnt er denne undersøkelsen første del av kvalitetsarbeidet med evaluering av multibrukerprosjektet. Å snakke med multibrukerne selv, vil være et naturlig neste steg i denne prosessen.

Samtlige av våre informanter var positive til multibrukerprosjektet. Dette er en indikasjon på at det er behov for samhandling for å lykkes hjelpe de mest utfordrende pasientene. Vi håper denne undersøkelsen vil være et bidrag i det videre arbeidet med å gi helsehjelp av god kvalitet til en pasientgruppe som utfordrer særlig de akutte helsetjenestene i Oslo.

7. LITTERATURLISTE

Ahus. (2022, 04. oktober). *Om oss*. <https://www.ahus.no/om-oss>

Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1

Bohmer, R. M. J. (2011). The four habits of high-value health care organizations, *The New England Journal of Medicine*, 365, 2045-2047.

Byrådet. (2019, 12. desember). *Byrådets legeplan for Oslo kommune 2020-2024*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/7c788945d7af4639a3a4deba220b8d6a/legeplan-for-oslo-kommune.pdf>

Byrne, M., Murphy, A. W., Plunkett, P. K., McGee, H. M., Murray, A. & Bury, G. (2003). Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine*, 41 (3), 309-18.

Diakonhjemmet sykehus. (2022, 28. april). *Fakta om sykehuset*. <https://diakonhjemmetsykehus.no/om-diakonhjemmet-sykehus/fakta-om-sykehuset#var-virksomhet>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Gill, D. & Sharpe, M. (1999). Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 115-130.

Haroun, D., Smits, F., van Etten-Jamaludin, F., Schene, A., van Weert, H. & Ter Riet, G. (2016). The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in frequent attenders in primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice*, 22 (2), 71-82.

Heiberg, I. (2015). *Storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord*. Analyseenheden, SKDE Helse Nord RHF. <https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Storforbrukere%20av%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste%20i%20Helse%20Nord%20%28SKDE%202015%29.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. Rapport – IS2156. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsykiatriske%20sentre.pdf/_/attachment/inline/1954c5f0-6591-4857-8932-cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktpsikiatriske%20sentre.pdf

Helsedirektoratet. (2016). *Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten*. Veileder. IS-2466. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten/Kontaktlege%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/ca980063-083a-41b5-aa2d-2c851d5cd5d5:effd040c9cbb5f3a7d8d94539c79372018a3b7e8/Kontaktlege%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2017, 13. juni). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/static/ROO/is-2017-2620.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *Allmennleger i spesialisering (ALIS)*. Del 2 av 2. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennleger-i-spesialisering-alis/Allmennleger%20i%20spesialisering%20\(ALIS\).pdf/_/attachment/inline/815f8ce5-bde2-414a-acd1-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennleger-i-spesialisering-alis/Allmennleger%20i%20spesialisering%20(ALIS).pdf/_/attachment/inline/815f8ce5-bde2-414a-acd1-)

[64fcd4a4e768:8a63149a8420dfe2bff725f0d9bd380019971644/Allmennleger%20i%20spesialisering%20\(ALIS\).pdf](https://www.helseberegning.no/64fcd4a4e768:8a63149a8420dfe2bff725f0d9bd380019971644/Allmennleger%20i%20spesialisering%20(ALIS).pdf)

Helsedirektoratet. (2019a, 11. februar). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet. (2019b, februar). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019-2023*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helseetaten, Oslo kommune. (2017). *Mandat multibrukergruppe*. Vedlegg 6.

Helseetaten, Oslo kommune. (2021). *Årsberetning 2021*. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13438488-1644313597/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%20for%20etaker%20og%20ombud/Helseetaten/%C3%85rsberetning%202021%20HEL.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_9#%C2%A748a

Iversen, F., Natås, I. & Ruud Karlsen, H.T. (2017). *Multibrukere – hvordan forbedre intern håndtering og ekstern samhandling*. Prosjektoppgave på Helseledelsesstudiet ved Høgskolen BI. Vedlegg 7.

- Kunnskapssenteret. (2015, mai). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 122, 2468-2472.
- Malterud, K., Volkert, D. S. & Guassora, A.D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 13, 1-8.
- Martin, P., Sandvik, E., Ørstadvik, J., Bjørneboe, K., Røise, O., Skaset, M., Melhuus, K., Gaasland, A. & Eggen, B. M. (2008). Fremtidens storbylegevakt i Oslo. Forprosjekt våren 2008. Helse Sør Øst og Oslo kommune. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Documents/Ny%20storbylegevakt%20endelig%20rapport-%20historisk%20fra%202008.pdf>
- Mathers, N., Jones, N. & Hannay, D. (1995). Heartsink patients: a study of their general practitioners. *British Journal of General Practice*, 45 (395), 293-296.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Kortversjon*. Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf
- Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 16 (2017-2018). *Datatilsynets og Personvernemdas årsmeldinger for 2017*. Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/200d2f35b46944349775ac49da545596/no/pdfs/stm201720180016000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - Nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Larun, L. (2010). Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier. *Michael*, 9, 55-60.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. (2012, juli). *Årsstatistikk fra legevakt 2011*. Rapport n. 5 – 2012. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/1956/5910>

Niel, R. D., Heywood, P.L., Morley, S., Clayden, A. D., Dowell, A. C. (1998). Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *British Journal of General Practice*, 48 (426), 895-8.

Lovisenberg diakonale sykehus. (2022, 08. september). *Mer om oss*.

<https://lovisenbergpsykehus.no/mer-om-oss>

Lov om brannvern m.v. (1987). *Lov om brannvern m.v.* LOV-1987-06-05-26. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1987-06-05-26>

NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>

O'Dowd, T. C. (1988). Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*, 297 (6647), 528-530.

Oslo kommune. (2022). *Distriktpsykiatrisk senter (DPS)*.

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helsehjelp/distriktpsykiatrisk-senter-dps/#gref>

Oslo legevakt, intranett. (2021, 12. april). *Kartlegging av multibrukere på legevaktsentralen*. ID 23614-EQS. Vedlegg 8.

Oslo legevakt, intranett. (2022, 30. juni). *Multibrukere av legevakten*. ID 23651-EQS. Vedlegg 9.

Oslo universitetssykehus. (2022a). *Legevakten i Storgata*. <https://oslo-universitetssykehus.no/steder/legevakten>

Oslo universitetssykehus. (2022b). *Ortopedisk avdeling – Skadelegevakten*. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/ortopedisk-klinikk/ortopedisk-avdeling-skadelegevakten#les-mer-om-ortopedisk-avdeling---skadelegevakten>

Oslo universitetssykehus. (2022c, 13. september). *Om oss*. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss>

Oslo universitetssykehus. (2022d, 17. august). *Veiviser for helsepersonell*. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/samhandling-helsekompetanse-og-likeverdige-helsetjenester/veiviser-for-helsepersonell>

Oslo universitetssykehus. (2022e). *Prehospital klinikk*. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk#les-mer-om-prehospital-klinikk>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1997). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1997-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pek, P. P., Lau, C. Y., Sim, X., Tan, K. B., Mao, D. R., Liu, Z., Ho, A. F., Liu, N. & Ong, M. E.H. (2022). Nationwide study of the characteristics of frequent attenders with multiple emergency department attendance patterns. *Annals Academy Medicine Singapore*, 51, 483-92.

Politiet. (2018). *Operasjonssentralen*. <https://www.youtube.com/watch?v=-Lvz1gg3YY0>

Politiet. (2022). *Oslo politidistrikt*. <https://www.politiet.no/om-politiet/organisasjonen/politidistrikter/oslo/>

Politi-loven (1995). *Lov om politiet*. LOV-1995-08-04-53. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-08-04-53#KAPITTEL_1

Psykiatrigruppa. (2022). *Oslo politidistrikt. For Nydalen DPS*. Lysarkpresentasjon. Vedlegg 10.

Psykiatrisk legevakt. (2020). *Psykiatrisk legevakt - håndbok 2020*. Oslo universitetssykehus. [file:///Users/aserotmostorhaug/Downloads/psyk.legevakt-handbok-ekstern-2020%20\(1\).pdf](file:///Users/aserotmostorhaug/Downloads/psyk.legevakt-handbok-ekstern-2020%20(1).pdf)

Psykiatrisk legevakt. (2021). *Psykiatrisk legevakt*. Oslo universitetssykehus. Årsmelding. 2021. Vedlegg 11.

Regjeringen. (2022, 05. oktober). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Shukla, D. P., Faber, E. B. & Sick, B. (2020). Defining and Characterizing Frequent Attenders: Systematic Literature Review and Recommendations. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7(3), 255-264.

Smits, F. T., Brouwer, H. J., ter Riet, G. & van Weert, H. C. (2009). Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC, Public Health*, 9 (36), 1-7.

Smits, F. T., Brouwer, H. J., Zwinderman, A. H., Mohrs, J., Smeets, H. M., Bosmans, J. E., Schene, A. H., van Weert, H. C. & ter Riet, G. (2013). Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: a record linkage study between patient data and reimbursements data. *BMC Family Practice*, 14: 138.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1997). *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Statsforvalteren i Oslo og Viken. (2022, 18. juli). *Rapport fra tilsyn med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i Oslo*. Helsetilsynet.

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo-og-viken/2022/akuttmedisinsk-kommunikasjonssentral-i-oslo-2022/>

Sykehuset Telemark. (2020). *Akuttkjedeprojektet 2016-2020. Sluttrapport*. https://www.sthf.no/Documents/3039_Projektrapport_Akuttkjeden_A4_k3.pdf

Taylor, N., Clay-Williams, R., Hogden, E., Braithwaite, J. & Groene, O. (2015). High performing hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement. *MC Health Services Research*, 15 (244).

Thorsnæs, G. (2022, 18. mars). Oslo. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/Oslo>

Vallersnes, O. M. (2016). Legekunst på legevakt. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 136, 2032-2033.

Vedsted, P., Fink, P., Sørensen, H. T. & Olesen, F. (2004). Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, 59(4), 813-23.

Vedsted, P., Sørensen, H. T., Nielsen, J. N. & Olesen, F. (2001). The association between daytime attendance and out-of-hours frequent attendance among adult patients in general practice. *British Journal of General Practice*, 51 (463), 121-124.

Waalder, I. E., Hagen Wold, L. M., Manbari, Z., Didriksen, N. & Syed, R. (2022, 10. oktober). AMK-krise – Jobben de gjør er tøff og belastende. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/ledelsen-tar-selvkritikk-for-bemanningskrisen-pa-amk-sentralen-i-oslo-1.16134325>

Ørstavik, J. (2013). *Klarer vi å tilpasse oss? Endringer i allmenlegevaktens oppgaver og ressurser 2008-2012*. Universitetet i Oslo.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38407/2013-1110-Klarer-vi--tilpasse-oss-Jon-rstavik.pdf?sequence=9&isAllowed=y>

8. VEDLEGG

- Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema
- Vedlegg 2 - Intervjuguide
- Vedlegg 3 - NSD godkjenning
- Vedlegg 4 - Personvernombudets tilråding - OUS
- Vedlegg 5 – Personvernombudets tilråding - Oslo kommune
- Vedlegg 6 - Helseetaten. (2017). Mandat multibrukergruppa
- Vedlegg 7 – Iversen et al. (2017)
- Vedlegg 8 - Oslo legevakt, intranett. (2021)
- Vedlegg 9 - Oslo legevakt, intranett. (2022)
- Vedlegg 10 – Psykiatrigruppa (2022)
- Vedlegg 11 - Psykiatrisk legevakt (2021)