

Fremmere og hemmere i samhandlingen mellom sykehusleger og sykehjemsleger

- en kvalitativ studie fra Voss
lokalsykehusområde

Eldfrid Nerland Haukenes

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
30 studiepoeng
Høst 2023

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Forord

Høsten 2019 ble jeg ansatt som praksiskonsulent i Helse Bergen med hovedarbeidsområde Voss lokalsykehus. Praksiskonsulentordningen ble innført i Norge i 1995 etter en dansk modell.

Praksiskonsulentordningen sitt primære formål er å fremme god samhandling mellom leger i klinisk arbeid med særlig vekt på diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. Praksiskonsulentene er fastleger som arbeider deltid ved sykehus for å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og sykehus (1).

De siste årene har fastlegene sitt samarbeid med spesialisthelsetjenesten fått mye fokus i media. Som praksiskonsulent har også jeg gjennom de siste årene opplevd å få mange tilbakemeldinger og innspill fra fastleger om hva de mener vi kan gjøre for å bedre samhandlingen. Imidlertid har jeg fått svært få henvendelser om dette fra leger som jobber på sykehjem. Etter samhandlingsreformen ble innført i 2012 har evaluering vist at flere pasienter har blitt flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), blant annet ved opprettelse av flere korttidsplasser (2). Det er flere og mer komplekse sykehjemspasienter, og jeg har derfor undret meg over at samhandling mellom sykehusleger og sykehjemsleger ikke har fått mer fokus.

Bakgrunnen for denne studien var et ønske om å kartlegge hvilke utfordringer som finnes i samhandlingen mellom sykehusleger og sykehjemsleger i Voss lokalsykehusområdet, slik at vi kan bruke dette som utgangspunkt for videre forbedringsarbeid.

Jeg vil gi en stor takk til alle legene som deltok på prosjektet. En særlig takk til direktør Olav Lødemel ved Voss sykehus som gav samtykke til at sykehuslegene kunne delta i sin arbeidstid. Også en stor takk til Grete-Lill Hjartnes, Samhandlingssjef i Seksjon for samhandling, Helse Bergen, som la til rette for at jeg fikk skrive oppgaven. Takk til min arbeidsgiver Vaksdal kommune og kommuneoverlege Ole M. Thorseth som har gjort det mulig å gjennomføre dette masterstudiet. Takk til min veileder Terje P. Hagen for gode tilbakemeldinger underveis.

Ikke minst, hjertelig takk til familien min som alle på sin måte har bidratt til at jeg fikk gjennomført både MHA-studiet og masteroppgaveprosjektet.

Voss, 28. november 2023

Eldfrid Nerland Haukenes

Sammendrag

Bakgrunn:

Myndighetene har i en årrekke løftet frem bedre samhandling som en av løsningene på helsetjenestenes utfordringer med fragmenterte og kostbare tjenester. Til tross for en rekke tiltak har det vist seg at det fremdeles er betydelige samhandlingsutfordringer, særlig mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kun et fåtall studier har undersøkt den direkte samhandlingen mellom sykehusleger og sykehjemsleger. I denne masteroppgaven presenteres sykehjemsleger og sykehusleger sin beskrivelse av samhandlingen mellom legene på de to nivåene, og hvilke tanker de har om mulige forbedringstiltak.

Materiale og metode:

Det ble gjort semistrukturerte fokusgruppeintervjuer av fem sykehusleger fra Voss sykehus og åtte sykehjemsleger fra Voss lokalsykehusområde. Materialet ble analysert ved tematisk analyse, og det teoretiske rammeverket COM-B ble benyttet i analysen.

Funn:

Begge grupper av leger var enige om at det var svært lite direkte kommunikasjon mellom dem. Sykehuslegene visste ikke hvordan de skulle få tak i sykehjemslegene, og oppgav også manglende tid som medvirkende årsak til lite samhandling. Sykehjemslegene mente dårlige journalsystemer i sykehjemmene var det største hinderet for god samhandling. Begge grupper ønsket bedre samhandling, og mente blant annet bedre rammevilkår for samhandlingen og fysiske møtepunkt kunne hjelpe på dette.

Fortolkning:

Tross myndighetenes tiltak gjennom flere tiår for å bedre samhandling i helsetjenestene gjennom blant annet reformer, planer og endringer i lovverk, er det fremdeles betydelige hindringer for god samhandling mellom sykehusleger og sykehjemsleger i Voss lokalsykehusområde. Utfordringer med samhandling er til hinder for effektiv og god pasientbehandling.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
1 Bakgrunn	6
1.1 Historisk perspektiv på samhandling i den offentlige helsetjeneste	6
1.2 Samhandlingbegrepet	9
1.3 Lovgrunnlaget for samhandlingen.....	10
1.4 Legetjenester i norske sykehjem.....	11
2 Problemstilling.....	12
3 Materiale og metode.....	12
3.1 Kvalitativ metode	12
3.2 Fokusgrupper.....	13
3.3 Semistrukturert intervju.....	13
3.4 Utvalg.....	13
3.5 Teoretisk rammeverk	14
3.6 Datainnsamling.....	16
3.6.1 Rekruttering av informanter	16
3.6.2 Gjennomføring av intervjuene	17
3.6.3 Dataanalyse	18
3.6.4 Etisk godkjenning og samtykker	19
4 Resultater	19
4.1 Muligheter	19
4.2 Evner.....	30
4.3 Motivasjon.....	31
4.4 Forbedring	33

5	Diskusjon	36
5.1	Hovedfunn	36
5.1.1	Status for samhandlingen.....	36
5.1.2	Forslag til forbedring	37
5.2	Studiens resultater sett i lys av andre studier	38
5.3	Metodiske styrker og svakheter	42
6	Referanser	45
7	Vedlegg.....	48
7.1	Intervjuguide sykehjemsleger	48
7.2	Intervjuguide sykehusleger	52
7.3	Samtykkeskjema sykehjemsleger.....	56
7.4	Samtykkeskjema sykehusleger	59

1 Bakgrunn

1.1 Historisk perspektiv på samhandling i den offentlige helsetjeneste

I en årrekke har det vært en erkjennelse i det norske helsevesen om at det er nødvendig med tiltak for å få til bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette medførte at Wisløff-utvalget ble utnevnt ved kongelig resolusjon i 2003 for å vurdere samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten (3). Endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen skulle også vurderes. I 2005 leverte de sin innstilling i form av den offentlige utredningen *NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt -En sammenhengende helsetjeneste*. Wisløff-utvalget mente at behovet for helhet og pasientperspektivet måtte inn som en sentral del ved planleggingen av helsetjenesten. I forhold til samhandling anbefalte utvalget krav om formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner som skulle ivareta samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene. Utvalget foreslo at mer oppmerksomhet måtte rettes mot de juridiske og organisatoriske forhold for å få til elektronisk samarbeid mellom helsenivåene. Det ble også anbefalt at midler skulle bli satt av til utdanning og forskning på metoder for samhandling og tverrfaglig samarbeid. Praksiskonsulentordningen ble foreslått styrket.

Samhandlingsreformen fra 2012 ble utarbeidet på bakgrunn av at helse- og omsorgstjenestene var blitt for fragmenterte og dessuten i ferd med å bli alt for kostbare for samfunnet (4). Det ble pekt på at mangelen på en helhetlig tilnærming til pasientforløpene både var et problem for den enkelte pasient, som ikke mottok godt nok koordinerte tjenester, og en utfordring i forhold til en bærekraftig utvikling av helsetjenestene i Norge. Reformen inneholdt et bredt sett med virkemidler, både økonomiske, faglige, rettslige og organisatoriske. Ved innføring av samhandlingsreformen ble noe av behandlingsansvaret for pasienter overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. På denne måten ville en dempe noe av veksten i spesialisthelsetjenesten. Økt kommunalt ansvar, samt søkelys på forebygging, var ment å skulle lede til færre innleggelse, kortere liggetid i sykehus og behandling nærmere pasientens hjem. Det var et mål at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skulle bli mer likeverdige beslutningstakere. Det vil si at ikke en av aktørenes premisser ensidig skulle bli dominerende for arbeidet. Det skulle etableres lovpålagte avtalesystem for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som sikret dette. I Stortingsmelding nr. 9 fra 1974-75, *Sykehusbygging m.v i et regionalisert helsevesen*, ble uttrykket LEON (laveste effektive omsorgsnivå) introdusert (5). Ved samhandlingsreformen ble LEON omdefinert til BEON (beste effektive

omsorgsnivå) og skulle slik sette fokus på samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten med brukeren i fokus. Samhandlingsreformen hadde også en målsetning om å styrke utviklingen av IKT-tjenester, der elektronisk kommunikasjon skulle bli den normale måten å kommunisere på. Rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker, var et uttrykt mål for samhandlingsreformen (6).

I 2016 publiserte Norges forskningsråd en evaluering av samhandlingsreformen som var gjort på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne rapporten oppsummerte seks uavhengige evalueringprosjekter som hver omhandlet ulike deler av samhandlingsreformen (2). Ett av evalueringprosjektene gjorde blant annet analyser av rettslige virkemidler gjennom avtaleforhandlinger og effekten avtalene hadde hatt på samhandlingen (7). Det var blitt inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene etter samhandlingsreformen ble innført. Evalueringen fant at avtalene ikke hadde bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplevde ikke endret styrkeforhold og opplevde ikke økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette ble forklart ved at det fortsatt var sykehuslegene som hadde definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient var utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke ble involvert i slike beslutninger. Den gjensidige kompetanseoverføringen ble funnet å være mangelfull, og gikk vanligvis bare én vei. Foretakene stilte opp når kommunene trengte kompetanse både på system- og individnivå. Imidlertid viste foretakene lite interesse av å skaffe innsikt i de kommunale helsetilbudene (8). Det ble funnet beskjeden brukermedvirkning i prosessene rundt implementeringen av samhandlingsreformen. For å styrke samhandlingen i overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste ble det mange steder utarbeidet pasientforløp. Diagnosespesifikke pasientforløp var ikke hensiktsmessige for samhandlingen fordi de fleste som ble skrevet ut fra sykehusene hadde mange diagnoser. På de stedene det ble utviklet diagnoseuspesifikke pasientforløp, fungerte det bedre (9). Evalueringen av reformen viste at en del pasienter hadde fått mer oppstykkede forløp, og at målene om mer helhetlig behandling for pasientene ikke ble nådd. Det så ut til å være en ubalanse mellom utnyttelse av kompetanse og kunnskap i henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (2). Samhandlingsreformen innebar en formalisering av mange forhold rundt samhandlingsrutinene mellom kirurgiske og medisinske virksomheter på den ene siden og primærhelsetjenesten på den andre siden. Kartlegging av rutiner knyttet til overføring av utskrivningsklare pasienter til kommunene viste imidlertid at kommunikasjonen i høy grad var formalisert allerede før samhandlingsreformen ble innført. Evalueringen viste at kommunene generelt sett klarte å håndtere den økte omsorgsbelastningen som fulgte av samhandlingsreformen (10). Det ble funnet at

ambisjonene i samhandlingsreformen om at elektronisk kommunikasjon skulle være den foretrukne måte å kommunisere på, hadde vært riktig og realistisk. Melby et al (11) fant at sykepleiere mente at elektroniske meldingssystemer var nyttige og økte pasienttryggheten for pasientene i overgangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Med hensyn til begrensninger i evalueringen ble det nevnt den korte tiden på fire år mellom reformen ble innført og evalueringen ble gjort.

Evalueringslitteraturen har vist at effekter av nye tiltak først viser seg på lengre sikt. Den andre hovedbegrensningen i evalueringen gjelder kausalitet der effekter også kan henge sammen med andre initiativer, både tidligere og samtidige, og tiltak som ikke har hatt noe med reformen å gjøre (2).

Riksrevisjonen gjorde en forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen i 2015 (12). Der ble kvalitet og ressursutnyttelse i helse- og omsorgstjenesten etter innføringen av reformen undersøkt. I forhold til samhandling ble det funnet at et flertall av kommunene opplevde at samarbeidsavtalene la til rette for god arbeidsdeling og godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Likevel syntes rundt halvparten av kommunene at det var vanskelig i praksis å etterleve kravene som ble stilt i avtalene. Det var særlig informasjonsutvekslingen mellom nivåene som var utfordrende.

Undersøkelsen viste at mange helseforetak fikk mangelfull informasjon fra kommunene om funksjonsnivået til pasienten ved innleggelse på sykehus. Medikamentlistene var ofte ufullstendige. Revisjonen viste at mer enn halvparten av kommunene opplevde utilstrekkelig informasjon om pasientens forventede fremtidige behov og utvikling når de ble skrevet ut fra sykehus til kommunal oppfølging. Mange kommuner mente dessuten at de ikke fikk nok informasjon om funksjonsnivået til pasientene. 44% av kommunene oppgav at informasjonen fra sykehuset kom så seint at kommunene ikke klarte å legge til rette for gode tjenester i tide for utskrivingen. Det ble da vanskelig å legge til rette for riktig behandling, og risikoen for feilbehandling økte. Riksrevisjonen vurderte at mange pasienter ikke fikk helhetlig oppfølging i tråd med Stortinget sine intensjoner for samhandlingsreformen (12).

I 2019 kom Nasjonal helse- og sykehusplan for perioden 2020-2023 (13). Den gav retning for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten og rammene for samarbeidet med primærhelsetjenesten. Et av tiltakene var etableringen av helsefelleskapene. Formålet med disse var at kommunene og helseforetakene skulle utvikle og planlegge tjenestene sammen og som likeverdige partnere. Dette skulle være en styrking og videre strukturering av samarbeidet fra samhandlingsreformen. Av flere andre forslag til forbedringer ble også videreføring av arbeidet med modernisering av journalsystemene og understøtting av digitalisering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten nevnt her (13).

I 2021 ble Helsepersonellkommissjonen oppnevnt ved kongelig resolusjon. Kommisjonen skulle etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet. Dette for å kunne møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt. I 2023 leverte de sin utredning *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (14). Også i denne utredningen ble bedre samhandling løftet fram som en av løsningene på fremtidens utfordringer. Kommisjonens vurdering var at det fortsatt var betydelige samhandlingsutfordringer til tross for en rekke tiltak. De mente at det åpenbart trengtes bedre koordinerte tjenester og mer sømløse pasientforløp. Det ble pekt på at dette særlig gjaldt for utskrivningsklare pasienter som ligger i grensesnittet mellom sykehusene og kommunal helse- og omsorgstjeneste. I første rekke anbefalte kommisjonen mer forpliktende samarbeid innenfor dagens ansvarsfordeling og rammene av helsefelleskapene. De foreslo også å vurdere en større omorganisering der tjenestene blir mer helhetlig organisert under ett forvaltningsnivå. Kommisjonen mente dette kunne gi bedre pasientforløp og mer helhetlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen i hele landet. Ulempene ved en slik organisering kunne være at det førte til en ytterligere sentralisering og at tjenestene ble mindre tilpasset lokale forhold og den enkelte bruker.

Ved gjennomgang av de offentlige dokumentene nevnt over kan man se et gjennomgående ønske om bedring av samhandling. Likevel er det i liten grad presentert teori som understøtter hvordan dette best skal kunne lykkes i praksis. For å bedre samhandlingen etableres utvalg og fellesskap høyt oppe i organisasjonene som skal sørge for at samhandlingen fungerer. Det er få konkrete forslag til hvordan en fremmer samhandling mellom helsepersonell i ulike lavere nivåer av helsetjenesten.

1.2 Samhandlingbegrepet

I følge stortingsmeldingen Samhandlingsreformen er samhandling et «uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (6). Den mest vanlige oppfatning av ordet samhandling i helsetjenesten er samarbeid mellom helsepersonell for å sørge for et best mulig samlet resultat for den enkelte pasient. Samhandlingsreformen har blitt kritisert for å ha lite fokus på samhandling i denne forstand. Romøren (15) tar til orde for at samhandlingsreformen har seilt under falskt flagg og at den er en oppgavefordelingsreform som følgelig burde ha et tilsvarende navn. Oppgavefordeling er en del av samhandlingens rammebetingelser, men ikke samhandling i seg selv. Sørbo (16) mener at retorikken i samhandlingsreformen er «harmoniserende

og tilslørende» ved å bruke samhandling for å dekke over konflikten mellom ambisjoner og økonomiske begrensninger. Sørbø mener videre at ord som samhandling, gode pasientforløp og brukermedvirkning mister sin virkning i stortingsmeldingen og i stedet betyr «sparing, sparing og sparing».

Vik (17) har gjort en litteraturstudie av det norske forskningsfeltet sin beskrivelse av helseprofesjoners samhandling i kjølvannet av samhandlingsreformen. Han beskriver at forfatterne av samhandlingsreformen mente aktørene i helsetjenesten skulle samhandle med utgangspunkt i helheten og ikke sine egne interesser. Dette grunnlaget for samhandling er problematisk dersom en tar utgangspunkt i systemteori og forstår at helsevesenet er funksjonelt differensiert. Vik tar utgangspunkt Luhmann sin teori om sosiale systemer og et differensiert samfunn (18). Luhmann utdyper begrepet funksjonell differensiering med å vise til organiseringen av det moderne samfunn der man har en rekke autonome systemer som opprettholder hver sin funksjon i samfunnet. På samme måte er helsesystemet differensiert inn i en mengde systemer, som ulike organisatoriske enheter og ulike profesjoner, som alle opprettholder ulike spesifikke helsefunksjoner. Dette har gjort at helsesystemet har blitt i stand til å gjennomføre stadig mer spesialiserte oppgaver. Samtidig har det gitt et større behov for samhandling på tvers av systemene. Hovedfunnet i Vik sin studie er at forskningsfeltet setter samhandlingsutfordringene i sammenheng med manglende lokale retningslinjer og møteplasser, samt at profesjonene ikke har tilstrekkelig kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Vellykket samhandling kjennetegnes av ansikt-til-ansikt-relasjoner og samarbeid der relasjonene er preget av gjensidighetskunnskap og likeverdighetstankegang. I studiene som artikkelen er bygget på var det et gjennomgående tema at helsetjenesten sin organisering skapte et spenningsforhold mellom profesjonene som gjorde samhandling utfordrende. Profesjongrenser, ulike organisatoriske enheter og ulike tjenestenivåer satt premisser for helseprofesjoners forståelse for, og rolle i, samhandlingen. Dette igjen medførte konflikt om hvilken forståelse som skulle ligge til grunn for samhandlingen (17).

1.3 Lovgrunnlaget for samhandlingen

Lovgrunnlaget for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er hovedsakelig å finne i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (19), Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) (20) og Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (21). I helsepersonelloven § 4 står det følgende: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre

der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.» I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. med tittel «Samarbeid» kan en lese: «Det regionale helseforetaket skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester som nevnt i § 2-1 a. samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud». Videre står det «De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.» Tilsvarende er å finne i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. «Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.» I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 står det videre «De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.» I samme lov er kommunen sitt ansvar for å sørge for gode nok journalsystemer omtalt i § 5-10: «Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.»

1.4 Legetjenester i norske sykehjem

En kartlegging av Melby *et al* fra Senter for omsorgsforskning (22) viste tilgjengelig statistikk som sa at det etter 2009 var blitt betydelig flere pasienter «innom» sykehjemmene. Årsaken til dette var flere «øyeblikkelig hjelp»-døgnopphold, flere korttidsopphold og kortere botid for langtidsbeboerne. Det hadde vært økende bistandsbehov for både langtids- og korttidspasientene. Det hadde dessuten vært økende antall personer som døde i sykehjemmene etter 2009. Det er rimelig å anta at disse forholdene har medført behov for betydelig mer medisinsk rettet arbeid, i form av sykehjemsleger, i sykehjem etter 2009. Som en del av denne kartleggingen undersøkte Melby *et al* i 2019 legedekningen i norske sykehjem. Data fra statistisk sentralbyrå viste at antall legeårsverk i sykehjem hadde økt fra 383 i 2009 til 576 i 2017. I denne perioden ble det i større grad kommunalt ansatte leger i sykehjemmene, mens leger registrert som næringsdrivende fastleger ble færre. Kjønnfordelingen blant sykehjemsleger hadde vært ganske lik, men tendensen var tydelig med økning av kvinnelige leger fra 42% i 2011 til 54% i 2017. Gjennomsnittlig stillingsprosent hadde økt fra 36% i 2011 til 49% i 2017. Selv om stillingsstørrelsene var økende, var legearbeid på sykehjem

fremdeles oftest kombinert med annet legearbeid. Hjemmevakt var også sjelden, kun 1% av sykehjemslegene hadde dette i 2017 (22).

2 Problemstilling

Både før og etter Samhandlingsreformen ble innført er det blitt gjort en rekke studier på samhandlingen mellom fastleger og sykehus (23-25). Det er også gjort flere studier på generell samhandling mellom sykehus og sykehjem, men der ofte sykepleiernes kommunikasjon er i sentrum (26, 27). Imidlertid er det gjort færre studier på samhandling direkte mellom sykehusleger og sykehjemsleger.

I denne studien ville jeg kartlegge samhandling mellom sykehusleger og sykehjemsleger i Voss lokalsykehusområde. Jeg var da særlig interessert i følgende områder:

1. Hvordan fungerer samarbeidet i dag?
2. Hva fremmer samarbeidet?
3. Hva hemmer samarbeidet?
4. Har legene noen tenker om hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet?

Forskningshypotesen var da: Det kan være områder som kan nytte godt av forbedringsarbeid, selv om sykehjemslegene ikke melder dette inn som et problemområde. Forskningsspørsmålet jeg hadde ved studiens start var: Er det områder innen samhandlingen mellom sykehjemsleger og sykehusleger som kan forbedres, selv om det ikke er meldt inn til praksiskonsulentene? Underspørsmål jeg satte meg var: Er det forskjeller mellom hva sykehjemslegene og sykehjemslegene ser på som utfordrende?

3 Materiale og metode

3.1 Kvalitativ metode

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte kvalitativ metode. Denne metoden er, som Malterud skriver i sin bok, spesielt egnet til å få mer kunnskap om «menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventningen, motiver og holdninger» (28). En slik tilnærming passer bra for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Formålet med

denne oppgaven er nettopp å få mer kunnskap om samhandlingen mellom sykehusleger og sykehjemsleger. Denne metoden gjør at vi kan få fram nyanser og subjektive erfaringer (28).

3.2 Fokusgrupper

For å samle inn data valgte jeg å gjøre gruppesamtaler i form av fokusgrupper. I en fokusgruppe bruker intervjueren merverdien av samhandling mellom de enkelte deltagerne til å få en annen innsikt enn det en ville fått med individualintervjuer. Malterud skriver at denne metoden er særlig godt egnet dersom vi vil lære om holdning, erfaringer eller synspunkter i miljøer der mange mennesker samhandler (29). Dette er nettopp tilfelle i sykehusmiljøer og sykehjemsmiljøer. Fordi en ønsker å vektlegge felles erfaringsgrunnlag i samtalen, bør gruppene settes sammen så homogent som mulig. Sykehuslegene og sykehjemslegene ble derfor intervjuet i separate grupper. I følge Malterud bør gruppene bestå av fem til åtte deltagere som snakker sammen i en til halvannen time ledet av en moderator (28). Jeg var selv moderator i denne studien.

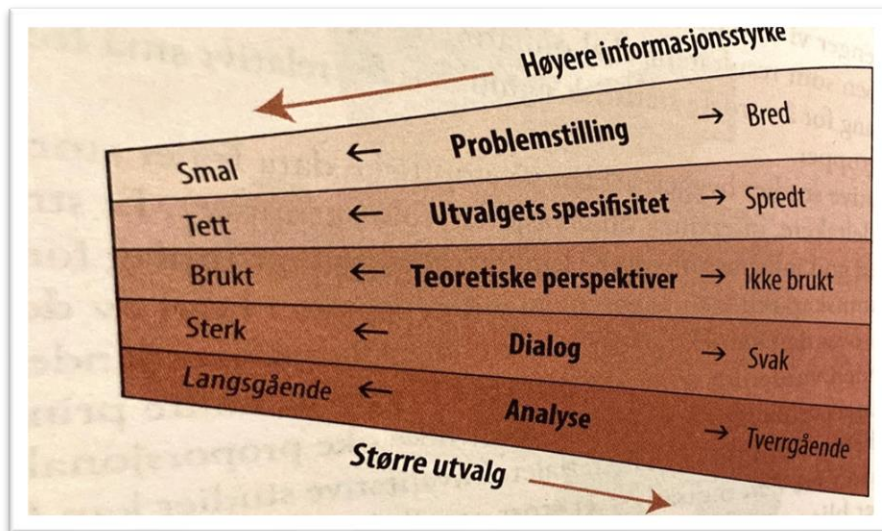
3.3 Semistrukturert intervju

Intervjuene ble gjort i en semistrukturert form. Ved denne metoden blir det utarbeidet en intervjuguide i forkant med stikkord om hvilke temaer som vi ønsker å dekke. Likevel er det i et semistrukturert intervju åpninger for å følge andre spørsmål og tema som intervjuobjektene synes er viktige for å få fram sine historier. Som Kvale beskriver det er det viktig å åpne for kunnskap som er forankret i livsverdenen til de som blir intervjuet, altså levende kunnskap slik den ser ut for den enkelte lege i denne studien (30). Det er da viktig av intervjuet gjøres med åpent sinn, slik at en kan få fram andre funn enn det en gjerne hadde forventet på forhånd.

3.4 Utvalg

Deltagerne ble forsøkt valgt ut etter prinsippet om strategisk utvalg. Et strategisk utvalg gjøres ut fra en målsetting om at dataene vi innhenter i best mulig grad kan belyse problemstillingen i studien (28). For å få bedre informasjonsstyrke og utfordre konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte, er det viktig med et strategisk utvalg med mangfold. Likevel medførte det begrensede

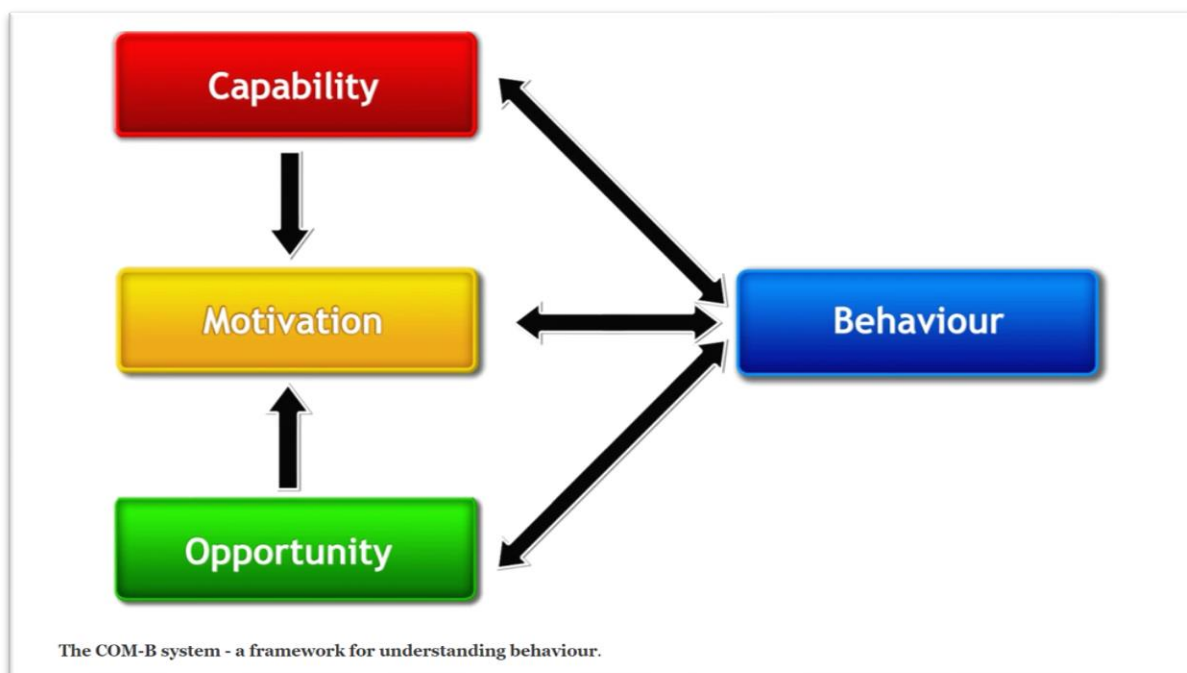
antall leger som var mulig å rekruttere at vi til en viss grad måtte ta til takke med et tilgjengelighetsutvalg, det vil si at utvalget bestod av de deltagerne som vi klarte å rekruttere (28). Det ble lagt vekt på å rekruttere et utvalg deltagere som hadde høy informasjonsstyrke, det vil si deltagere som hadde mye relevant informasjon i forhold til studiens mål. I følge Malterud og Siersma henger utvalgets informasjonsstyrke sammen med studiens problemstilling, studiens grad av teoretisk forankring, dialogenes kvalitet, utvalgets spesifisitet angående problemstillingen og analysestrategien som er valgt (31).



Figur 1. Dimensjoner som påvirker informasjonsstyrken i et utvalg av kvalitative intervjudata (31).

3.5 Teoretisk rammeverk

Som teoretisk rammeverk valgte jeg COM-B som baserer seg på adferdsendringsteori. Adferdsendringsteori forklarer hvordan menneskelig adferd kan modereres eller endres. Teoriene kan også brukes til å forutse menneskelig adferd, og de kan brukes til å utvikle strategier eller intervensjoner for å endre adferd i ønskelig retning. I 2011 utviklet Michie, van Stralen og West et nytt teoretisk rammeverk for studier av adferdsendrings-intervensjoner, COM-B, etter gjennomgang av 19 allerede eksisterende teoretiske rammeverk. I dette rammeverket er evner (Compability), ytre muligheter/rammer (Opportunity) og motivasjon (Motivation) sentrale deler i endringshjulet for adferd (Behavior) (32).



Figur 2. COM-B systemet der evner (capability), mulighet (opportunity), motivasjon (motivation) og adferd (behaviour) gjensidig virker på hverandre (32).

Som en ser av figuren over interagerer disse faktorene med hverandre og påvirker adferden, som igjen influerer de tre faktorene evne, mulighet og motivasjon. Med evne menes her individets fysiske og psykiske evne til å delta i den aktuelle aktiviteten. Her inkluderes nødvendig kunnskap og ferdigheter. Muligheter er definert som alle faktorer som ligger utenfor individet og som gjør adferden mulig. En kan skille mellom fysiske og sosiale faktorer fra miljøet rundt som leder til en bestemt type adferd eller gjør denne mulig. Motivasjon er både de bevisste og ubevisste kognitive prosessene som inspirerer og styrer adferd. Vi skiller her mellom evne og motivasjon som ligger på individnivå, men muligheter ligger utenfor individet. Mulighetene sier noe om individets rammevilkår (32).

For en mer detaljert forståelse av de enkelte faktorene i COM-B kan en benytte Theoretical Domains Framework (TDF) (33). Dette rammeverket identifiserte 14 områder som kunne påvirke adferd. Disse har igjen blitt koblet til COM-B og kan gi en dypere forståelse av hva som inngår i de 3 kategoriene som påvirker adferden i COM-B.

COM-B faktor		TDF-område
Evne	Psykisk	Kunnskap
		Hukommelse, oppmerksomhet og beslutningsprosesser
		Evner
		Adferdsregulering
	Fysisk	Evner
Mulighet	Sosiale faktorer	Sosial påvirkning
	Fysiske faktorer	Miljømessig kontekst og ressurser
Motivasjon	Bevisst	Sosial/profesjonell rolle og identitet
		Tro på egne evner
		Optimisme
		Tro på resultater
		Intensjoner
		Mål
	Ubevisst	Sosial/profesjonell rolle og identitet
		Optimisme
		Forsterking
		Følelser

Tabell 1. Kobling mellom COM-B faktorer og TDF områder (32, 33). Egen oversettelse.

Jeg har benyttet TDF-områdene ved utvikling av intervjuguide og som hjelp til å plassere temaene fra resultatene inn i det teoretiske rammeverket COM-B. Teorien er i første rekke brukt for å strukturere datainnsamlingen.

3.6 Datainnsamling

3.6.1 Rekruttering av informanter

Denne studien er gjort med utgangspunkt i Voss lokalsykehusområde. Voss sykehus er et lokalsykehus lokalisert i Voss herad i indre deler av Vestland fylke. Organisatorisk er Voss sykehus en avdeling under Helse Bergen og har tett faglig samarbeid med avdelingene ved Haukeland universitetssykehus. Voss sykehus har ansvar som lokalsykehus for kommunene Voss, Vaksdal, Kvam, Ulvik og Eidfjord, og har akuttberedskap innen medisin, kirurgi, ortopedi, fødselsomsorg og gynekologi. Sykehuslegene i studien arbeidet alle ved Voss sykehus. Utvalget av sykehusleger ble gjort etter henvendelse til direktør ved Voss sjukehus om sykehuset kunne stille med leger til studien. Direktøren samtykket til dette så lenge det ikke gikk ut over ordinær drift, og lot det så være opp til avdelingsoverleger å finne leger som kunne delta. Gynekologisk avdeling hadde ikke anledning til å avse leger til studien på grunn av lite personell i denne perioden. Sannsynligvis hadde dette liten

betydning for resultatene i studien, da gynekologen oppgav å ha svært lite med sykehjemspasienter å gjøre. Totalt ble da fem sykehusleger med i fokusgruppeintervjuer. Dette var en erfaren overlege fra medisinsk avdeling, en LIS2 fra medisinsk avdeling, en LIS1 som hadde erfaring fra både medisinsk og kirurgisk avdeling og to erfarne LIS2 fra kirurgisk/ortopedisk avdeling. Blant sykehuslegene var det en mann og fire kvinner. Alder var fra 28 til 47 år.

Sykehjemslegene ble rekruttert ved å sende e-post til kommuneoverlegene i kommunene som sogner til Voss lokalsykehus; Voss, Vaksdal, Kvam, Ulvik og Eidfjord i Vestland fylke. I alt stilte 8 sykehjemsleger til fokusgruppeintervju i juni 2022. Ulvik herad hadde ikke anledning til å stille med lege. Ellers stilte en eller flere sykehjemsleger fra alle de andre kommunene. Fra Voss herad stilte med tre leger, én fra Vossastrand alders- og sjukeheim og to leger fra de to store sykehjemmene i Voss sentrum. Fra Vaksdal kommune stilte to av to faste sykehjemsleger. Eidfjord kommune stilte med sin eneste sykehjemslege og fra Kvam herad stilte en av tre faste sykehjemsleger.

Sykehjemslegene var fordelt på to kvinner og fem menn. To av legene hadde heltidsstillinger som sykehuslege, men de resterende hadde deltidsstillinger. Av erfaringsbakgrunn var to av legene i spesialisering i allmenmedisin, fire leger var spesialister i allmenmedisin, to legene var også under spesialisering i samfunnsmedisin og en lege var kardiolog. Sykehjemslegene hadde fra tre til trettifem års erfaring som leger.

3.6.2 Gjennomføring av intervjuene

Studien er basert på 3 fokusgruppeintervjuer gjort sommeren 2022. Opprinnelig var det planlagt ett fokusgruppeintervju med sykehusleger og ett fokusgruppeintervju med sykehjemsleger. Imidlertid ble det stort frafall til fokusgruppeintervjuet med sykehuslegene på grunn av deltagelse i begravelse og akutt operasjon uten at jeg som moderator var informert på forhånd. Derfor møtte kun tre sykehusleger til fokusgruppeintervjuet juni 2022. Dette var to erfarne leger ved medisinsk avdeling og en LIS1 som kun hadde arbeidet 1 måned ved kirurgisk avdeling. På bakgrunn av dette ble det besluttet å gjøre ytterligere ett fokusgruppeintervju med to kirurgiske leger, de samme to legene som skulle deltatt på intervjuet i juni. Dette ble gjort august 2022. Grunnet sommerferieavvikling ble det noe avstand i tid mellom disse intervjuene.

Fokusgruppeintervjuene ble gjort ved Voss sjukehus med meg selv som moderator. Varighet av intervjuene var fra 50 til 72 minutter. Før intervjuene ble det innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltagerne. Det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant som ble fulgt under intervjuene. Moderator åpnet først for at informantene fikk fortelle fritt om sine erfaringer rundt temaet. Alle

informantene deltok i diskusjonene og det var ingen informanter som i vesentlig grad dominerte diskusjonen. Etter den åpne fasen i innledningen ble samtalen styrt inn på forskningsspørsmålene i form av semistrukturert intervju. Det ble tatt notater underveis i intervjuet. Det ble også gjort opptak av fokusgruppeintervjuene som jeg selv senere transkriberte i sin helhet. I transkripsjonen ble informantene anonymisert. Sykehuslegene ble nummerert fra 1 til 5. Sykehjemslegene ble kodet med bokstaver fra A til G.

3.6.3 Dataanalyse

I en kvalitativ forskningsprosess er formålet å identifisere mønstre. Ved en deduktiv tilnærming brukes et teoretisk rammeverk for å analysere og se etter mønstre i datamaterialet (28). Dataene i denne studien ble analysert ved tverrgående analyse der analysen sammenfattes informasjon fra mange forskjellige deltagere. Ved en tverrgående analyse blir forskjeller, likhetstrekk og variasjoner i følelser, erfaringer eller holdninger fra flere deltagere fortolket og sammenfattes (29).

Analysemetoden som ble benyttet var tematisk analyse slik presentert av Braun og Clarke i 2006 (34). Formålet i tematisk analyse er å identifisere, analysere og rapportere mønstre i materialet. I grove trekk vil tematisk analyse gjøres ved at en i startfasen koder materialet bredt og omfattende («splitting») i grupper, for senere å slå gruppene sammen («lumping») og bearbeide disse.

Braun og Clarke hevde at en av fordelene med metoden er at forfatteren kan konsentrere seg om problemstillingen og forskningsspørsmålet uten å være for opptatt av metoden. Tematisk analyse åpner for at forfatteren kan benytte seg av de analytiske rammeverk som passer studien (34). Det er beskrevet seks trinn som kan inngå i den tematiske analysen. Imidlertid er ikke dette nødvendigvis en lineær prosess, og det kan være nødvendig å bevege seg mellom trinnene i analysen. Dataanalysen i denne studien har fulgt de følgende seks trinnene av tematisk analyse (34):

I første fase ble dataene fra lydfilene transkribert i sin helhet. Dataene lest flere ganger og umiddelbare inntrykk ble notert ned. I andre fase ble hele transkripsjonen gjennomgått, og meningsbærende enheter ble identifisert og hentet ut fra materialet. Emner i intervjuet som var relevante for forskningsspørsmålet ble notert og fikk foreløpige koder. I tredje fase ble de innledende kodene samlet i mulige tema. Alle data og meningsbærende enheter som var relevant ble samlet under hvert mulige tema. I fjerde fase ble det gjort en kritisk gjennomgang av temaene. I femte fase ble de endelige tema navngitt og samlet i relevante grupper i forhold til analytiske rammeverk (COMB og TDF). Her ble illustrerende sitater identifisert. I sjette fase ble den endelige rapporten skrevet med en endelig analyse og utvalgte sitater i relasjon til forskningsspørsmålet.

3.6.4 Etisk godkjenning og samtykker

I forkant av intervjuene ble meldeskjema med intervjuguide, prosjektskisse og samtykkeerklæring sendt til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, SIKT, med referansenummer 135354. Søknaden om behandling av personopplysninger ble godkjent før intervjuer ble gjennomført. I henhold til helseforskningsloven var det ikke nødvendig med godkjenning i Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Årsaken til dette er at det er en studie om helsetjenester som ikke faller inn under loven virkeområde der en skaffer «ny kunnskap om helse og sykdom» (35). Alle deltagere fikk tilsendt informasjon om studien og samtykkeskjema i forkant av intervjuene. Alle deltagerne signerte samtykkeskjema på dagen for intervjuet.

4 Resultater

4.1 Muligheter

Direkte samhandling

Både sykehuslegene og sykehjemslegene mente at det var lite direkte kontakt mellom legene i sjukehus og sykehjem. Det var særlig den telefoniske kontakten fra sykehusleger til sykehjemsleger som var begrenset.

Sykehuslege 3: Jeg tenker at i min hverdag så langt så har jeg hatt lite med sykehjemslegene å gjøre, bortsett fra å sende epikriser og motta innleggelsesskriv.

Sykehuslege 1: Det er jo en veldig begrenset kontakt. Det er en kunstig begrenset kontakt, og det tror jeg har å gjøre med at det er tungvint.

Sykehjemslege E: Det er veldig sjelden av sykehuslegene ringer tilbake for mer informasjon. Jeg tror det har skjedd 2-3 i løpet av hele min karriere. Sykehjemslege C (svarer lege E): Ja, det er veldig lite de ringer tilbake.

Dersom sykehjemslegene trengte å komme i kontakt med sykehuslegene raskt på telefon syntes de dette fungerte bra, men enkelte sykehjemsleger ønsket seg en mer direkte linje inn til de erfarne sykehuslegene.

Sykehjemslege A: Det er jo en del problemstillinger der vi lurer på hvilken behandling pasienten skal ha og om den må fraktes til sykehus. Og da trenger du kanskje å ha en kollega i andre enden, på sykehuset, som kan gi noen råd. Men jeg opplever i alle fall med dette

sykehuset, som er ganske lite og oversiktlig, at man får svar ganske fort. Man får en lege i andre enden uten for mye ventetid. Jeg syns vi får gode svar.

Sykehjemslege D: Jeg tenker også det at samhandling her med sykehuset i utgangspunktet er veldig enkelt og greit. En kjenner jo da mange av de som jobber her og har en relasjon til dem. Det er et lite sykehus, enkelt å få tak i folk. Helt siden jeg startet er det liksom det elektroniske som har vært trøblete, som setter stopper for det.

Sykehjemslege A: Der hadde jo Haraldsplass sykehus et veldig bra prosjekt der de hadde et samhandlingstelefonnummer. Det var alltid en overlege som gikk med samhandlingstelefonen. Da fikk du jo en veldig erfaren lege som kunne svare. Og det kunne jeg gjerne ønsket meg her på sykehuset. Fordi du hadde hatt ett nummer rett til en erfaren kollega.

For sykehuslegene var den største hindringen for å ta direkte kontakt med sykehjemslegene at de ikke visste hvordan de skulle ta kontakt. De hadde ikke informasjon om hvilke sykehjemsleger som jobbet på de enkelte sykehjem, når de var til stede på sykehjemmet og hvilket telefonnummer de skulle ringe. Dette var særlig utfordrende når det var opplysninger sykehuslegene trengte raskt.

Sykehuslege 1: Problemstillinger som man ønsker rask avklaring på kan man ikke sende til en digital postkasse som man ikke vet når blir åpnet neste gang. Da forsøker man å ringe, og da vet man ikke hvem man skal ha tak i fordi sykehjemslegene bytter på, sirkulerer litt og er noen dager i uken på sykehjemmet og noen dager en annen plass. Slik at fra vårt ståsted ville det jo vært gunstig at den som har den funksjonen var mulig å få tak i for å drøfte problemstillinger.

Sykehuslege 4: De gangene jeg har prøvd å ringe sykehjemmene her så blir jeg ofte satt over til en resepsjon, så blir jeg satt over til en avdeling og så får jeg vite at legen er ikke der da. Så jeg har brukt mye tid de få gangene jeg har prøvd å drive oppsøkende virksomhet. Det fungerer dårlig.

Sykehuslege 1: Man vet ikke hvem som jobber på de ulike sykehjemmene. Og ikke minst – hvor skal man henvende seg? Vi har ikke noe direktenummer til sykehjemslegene. De går ikke med en vakttelefon. Det gunstige hadde vært om de gikk med en vakttelefon tilknyttet hver enhet slik at en kunne ringe rett til dem. Det har jo vi her på sykehuset.

Sykehuslege 5: Det er den dialogen på ting jeg gjerne vil vite nå med en gang som er et problem. Ellers kan jo sykepleierne sende en melding. Men det er når jeg gjerne vil snakke med noen på dagtid i dag. Det er det som er vanskelig.

Det ble sagt at mye kontakt mellom sykehusleger og sykehjem foregikk via sykepleierne. Vanligvis skjedde dette ved elektroniske dialogmeldinger, med også ved telefon. Denne kontakten var ofte angående medisinerer. Ifølge sykehuslegene kunne dette medføre at de ikke fikk informasjonen de trengte.

Sykehuslege 1: Det er lite direkte kontakt, eller begrenset direkte kontakt, mellom oss og kollegene. Jeg tror sykepleiernivået har større kontakt, oftest via elektroniske meldinger.

Sykehuslege 5: Jeg vet jo sjelden hvor jeg skal ringe. Hvis jeg ikke finner telefonnummer, så ender det jo med at det blir en PLO-melding fra sykepleierne på sykehuset til helsepersonell på sykehjemmet. Det er ikke optimalt.

Sykehuslege 3: Det er egentlig bare dialogmelding mellom sykepleierne her og sykepleierne der. Først og fremst for å få tak i medisinlister.

Sykehuslege 2: Hvis det er behov for opplysninger som vi ikke har tilgjengelig skriftlig, så kan det hende at vi ringer til sykepleierne på sykehjemmet som er på vakt den kvelden. Men hvis det ikke er noen lege som er til stede på sykehjemmet, så får man ofte tilbakemeldingen at «Det er uklart når sykehjemslegen kan svare på dette». Og da får man ikke de opplysningene man trenger.

Elektroniske dialogmeldinger direkte mellom sykehuslegene og sykehjemslegene var ikke tilgjengelig for de fleste journalsystemene som ble benyttet på sykehjemmene. De stedene det var tilgjengelig var det for sykehuslegene likevel lite egnet til å hente inn informasjon som de trengte raskt.

Sykehjemslegene ønsket seg mulighet for å sende dialogmeldinger angående problemstillinger som ikke hastet, da de ble mindre avhengig av å kunne nå mottaker på telefon og slik kunne spare tid.

Sykehuslege 2: Det er lett å sende dialogforespørsel til fastleger. Hvis jeg skulle sendt til sykehjemsleger, vet jeg faktisk ikke hvordan jeg skulle gjort det.

Sykehuslege 5: Vi får dialogmeldinger fra fastlege, men aldri fra sykehjemslege. Sykepleierne sender meldinger seg imellom. Fra sykehjemslege får jeg telefon.

Sykehjemslege B: Nå er det jo sånn at en kan kommunisere lettere digitalt med kollegene, og unngår en del telefoner siden en kan sende et spørsmål og få et svar når det passer de som svarer. Vi kan sende dialogmeldinger fra journalsystemet vårt på sykehjemmet til kollegene på sykehuset.

Sykehjemslege F: I vårt system kan vi sende digitale meldinger til fastlegene, men ikke til sykehuslegene. Sykehjemslege G svarer lege F: Det stemmer. Men kommunen har vært tilbakeholdne med å oppgradere systemet.

Elektroniske journalsystemer

Generelt opplevde sykehjemslegene journalsystemene ved sykehjemmene som den største hindringen for god samhandling med sykehuset. De ulike kommunene brukte til sammen fire ulike journalsystemer og ikke alle brukte de nyeste versjonene heller. Ingen av sykehjemslegene var fornøyd med journalsystemet de benyttet. For å kompensere for mangler ved sykehjemsjournalen hadde de fleste dobbel journalføring der de også brukte journalsystemet som fastlegene i kommunen brukte. For de fleste var dette journalsystemet Infodoc.

Sykehjemslege C: Journalsystemet er et stort «drawback». Forferdelig. Helt skrekkelig. Jeg vet ikke hvordan jeg skulle klare å fungere hvis jeg ikke hadde Infodoc på fastlegekontoret fire dager i uken til å kommunisere med. Interaktor har vi jo fremdeles ikke, så det er jo papirskjema til alle blodprøver.

Sykehjemslege E: Vår kommune bruker Profil, et veldig utdatert journalsystem. Jeg bruker Infodoc, journalsystemet til fastlegene, til å kommunisere med sykehuset. Jeg vet ikke om det er lov, men jeg får samtykke fra pasienten til å gå inn i deres journal der.

Sykehjemslege A: Ja, det har jeg gjort også i alle år vi har hatt Profil. Jeg har hatt dobbel journalføring i Infodoc for å sende henvisninger, resepter og dialogmeldinger.

Sykehjemslege D: Vi bruker CosDoc. Det burde jo egentlig være mulig å samhandle elektronisk, men antageligvis er det komplisert. Jeg vet faktisk ikke hvordan man gjør det. Det enkleste for meg er i alle fall å bruke Infodoc til det, men da må Infodoc være installert på sykehjemmet.

Sykehjemslege D: Det er vanskelig dette med medisinlister siden de ulike systemene ikke kommuniserer med hverandre. Så det er den elektroniske samhandlingen som jeg tenker også er det som er tidkrevende og det som er vanskelig. Det at man må bytte journalsystem for å få sende henvisninger, det gjør man fordi det er lettest.

Sykehjemslege A: Så det er jo igjen denne elektroniske samhandlingen som er sinken i systemet, mens det som skjer på telefonen syns jeg er ganske likt det å jobbe i allmennpraksis.

Enkelte journalsystemer kunne heller ikke sende henvisninger eller skrive resepter. Noen måtte sende henvisninger per post eller sende dem med pasienten ved innleggelse. Dette førte til forsinkelse i pasientbehandlingen.

Sykehjemslege F: Når det gjelder resepter til pasientene som skrives ut fra korttidsplass, så må vi be fastlegene om å skrive ut resepter selv om vi starter opp med behandlingen. Det er ikke mulig fra vårt journalsystem. Journalsystemet er veldig tungvint.

Sykehjemslege F: Vi skriver ut et sånt Word-dokument som henvisning, så vi får inn det ene journalnotatet sist i journalen. Eller det journalnotatet du velger kommer inn på et word-dokument og det kan du skrive ut. Og det er liksom det du får. Så kan du føre på ekstra ting og sende det i posten.

Sykehuslege 5: Noen sykehjem sender innleggelsesskriv og henvisninger digitalt, mens andre sender på papir. Her seinest for 2 dager siden så fikk jeg en papirhenvisning på et kateterskifte.

Generelt kjente sykehjemslegene på at journalsystemene i sykehjem ikke ble prioritert i kommunene.

Sykehjemslege A: Fagsystemene på sykehjem har jo alltid vært nedprioritert. Egentlig. Det har ikke endret seg siden første jobben jeg tok for mange år siden.

Manglende samhandling omkring innleggelse

Både sykehuslegene og sykehjemslegene mente det var mulighet for forbedringer i prosessen med innleggelse av sykehjemsbeboere til sykehus. Dette gjaldt særlig på kveld, helg og natt når sykehjemslegen ikke var tilgjengelig og det var andre som la inn pasienten. Sykehuslegene syntes generelt det fungerte bedre om det var sykehjemslegen som la inn pasienten.

Sykehuslege 1: Det er ikke alltid at det fungerer så godt med innleggelse av sykehjemspasienter. Noen ganger tar det tid før informasjonen kommer. Av og til kommer pasienten på basis av sykepleiernes beskrivelser, uten å ha vært tilsett av lege. Innimellom kommer pasienten uten oppdatert medisinliste. Innleggelsesskrivet foreligger heller ikke alltid på pasienter som kommer fra sykehjem.

Sykehuslege 2: Jeg har erfart at det som at som oftest er legevaktslegen som blir tilkalt til sykehjemmene på ettermiddag/kveldstid/helg fordi pasienten er opplevd som redusert av sykepleier på stedet. Så får pasienten tilsyn fra en legevaktslege som ikke kjenner til pasienten. Da får man en innleggelse som mangler mye av anamnesen som er kjent for den faste sykehjemslegen, men ikke tilgjengelig for legevaktslegen. Så anamnesen er mangelfull. Medikamentlisten avhenger av hvor pasienten kommer fra. Noen sykehjem er veldig flinke, noen er mindre flinke. Jeg opplever betydelig bedre kvalitet på henvisningene, og ofte drøfting før innleggelse, hvis det er sykehjemslegen som velger å legge inn pasienten.

Sykehuslegene mente de gikk glipp av verdifull informasjon når det ikke var sykehjemslegen som la inn pasienten. Dette kunne være opplysninger om tidligere sykdommer, behandlingsbegrensninger eller informasjon om familiære forhold. Sykehuslegene hadde også opplevd at sykehjemsbeboere, der familie og pasient hadde ytret ønske om at pasienten ikke skulle innlegges sykehus ved forverring, var blitt innlagt siden innleggende lege ikke kjente pasienten.

Sykehuslege 1: Man har jo opplevd pårørende som kjenner det som et overtramp at plutselig deres kjære er innlagt, fordi de allerede har drøftet og avtalt med sykehjemslegen at pasienten ikke skal innlegges. Så plutselig er de på sykehuset.

Sykehuslege 2: Eller det rett og slett er informasjon som ikke er kjent for vaktlegen, som kanskje aldri har møtt pårørende eller familien til pasienten. De må ofte ta en kjapp vurdering av en pasient de aldri har møtt før. Det gjør vår jobb vanskeligere. Spesielt dette med satsingsnivå. Man har en følelse av at en pasient som kommer inn fra sykehjem for behandling av akutt sykdom har et stort funksjonsnivå fra før slik at vi skal gjøre alt for at pasienten kommer ut fra sykehuset til samme nivå. Det er en annen tilnæringsmåte enn ved en pasient en møter som har veldig dårlig funksjonsnivå og bare er sengeliggende.

Sykehuslegene kunne gjerne tenke seg å ha mulighet til å kontakte sykehjemslegene på telefon i forbindelse med innleggelse av sykehjemspasienter. Slik kan de få tilleggsopplysninger og avstemme ambisjonsnivået.

Sykehuslege 1: Av og til kunne jeg tenke meg å snakke med sykehjemslegen dagen etter innleggelse. Noen ganger bare for å avstemme ambisjonsnivået. Dersom pasienten er for oss en fremmed person, så tenker vi at det er valgt å legge pasienten inn for utredning og behandling. Den handlingen i seg selv kommuniserer til oss at dette er noe vi skal lykkes med. Så da leser man kontekstuellt noe som kanskje er feil. Eller kanskje at den som kjenner pasienten best egentlig ikke var enig i innleggelsen. Det vet man ikke noe om. Eller at det er blitt ytret et ønske om palliasjon tidligere. Det er slik som sykehjemslegene gjerne har kjennskap til.

Sykehuslege 5: Av og til må vi forsøke å kontakte sykehjemslegene. Det er jo ikke alltid at henvisningene har like mye informasjon. Kanskje kommer de i følge av en pleier som er helt ny og som ikke kjenner pasienten. Da er vi nødt til å ringe og si sånn: «Vi har ikke så mye på denne pasienten. Hvor legger vi oss?». Enten bare ringe de pårørende, men også sykehjemslegen og høre hva de tenker.

Sykehuslege 1: En pasient er jo mye mer enn sine objektive fakta. Det inngår vel i legekunsten å klare å plukke ut og formidle de mer subtile sidene. Noen ganger får en

kjempegode innleggesskriv med masse detaljerte opplysninger når den som legger inn kjenner pasienten godt. Det er i det vakuumet der det ikke skjer at vi burde være flinkere til å snakke lege-til-lege, og ikke bare gitt fra oss alt til PLO-meldinger og sykepleiere. Vi burde kommet litt mer på banen.

Kommunikasjon omkring behandlingsnivå

De fleste sykehjem hadde rutiner for å vurdere og registrere begrensninger rundt hjerte-lunge-redning og annen behandling på sykehjemsbeboerne. Sykehjemsjournalene hadde imidlertid ikke funksjoner som gjorde at disse vurderingene automatisk ble formidlet videre ved innleggelse på sykehus. Dette ble etterlyst av sykehuslegene.

Sykehuslege 3: Jeg synes det er sjelden at det kommer fram behandlingsavgrensning eller hva som er ønskelig med sykehusoppholdet i forhold til behandlingsnivå.

Sykehjemslege F: Spørsmålet er om vi viderefremidler det vi har bestemt til sykehuset ved innleggelse og sånn. Jeg tenker at det er ikke noen automatikk i det. Jeg skriver en henvisning på papir gjerne, og da er det jo bare hvis jeg husker på å skrive det. Sant at «Her på sykehjemmet har de dette behandlingsnivået, både HLR og andre ting».

Sykehjemslege F: Det er en egen rubrikk i Gerika, men den blir ikke lagt til automatisk i henvisningen. Du må huske og fysisk skrive det inn i henvisningen hvis du skal ha det med.

Det hendte at sykehuslegene forsøkte å kontakte sykehjemslegene direkte om dette, men ofte var det vanskelig å få tak i sykehjemslegene. Sykehuslegene ønsket å ha mulighet til å diskutere dette med sykehjemslegene da de mente dette ville være til beste for pasienten.

Sykehuslege 5: Det hender også at vi ringer sykehjemslegen og snakker om behandlingsbegrensninger.

Sykehuslege 2: Det er svært lite direkte kommunikasjon med sykehjemslegene om behandlingsnivå. Fordi det stort sett er veldig vanskelig å si hvem er til enhver tid tilgjengelig og ansvarlig lege ved de ulike sykehjemmene.

Sykehuslege 1: Ikke minst hvis pasienten har dårlig livskvalitet. Det kan nesten fortone seg som et overtramp dersom pasienten har ytret lite motivasjon for livet, at vi som leger går på og behandler dem.

Sykehuslege 4: Noen ganger føler jeg at det ikke er noen åpenbare pårørende. Og da er best å først gå til noen som kjenner pasienten og som er medisinsk kyndig. Det er mitt førstevalg, det er det jeg helst vil.

Sykehuslege 5: Jeg syns mange av sykehjemslegene er veldig flinke på behandlingsbegrensning. De ringer og sier sånn «Her syns jeg ikke vi skal gjøre så mye. Er dere enige?». Det er veldig bra for pasienten i mange situasjoner. De slipper å komme en tur innom til oss.

Sykehjemslegene mente at sykehuslegene noen ganger startet med unødvendig behandling på sykehjemspasientene. Forventningene til hva sykehjemmene kunne tilby var noen ganger også urealistiske. Det kunne føre til unødig høye forventninger fra pårørende om videre behandling på sykehjemmet. Dette var både i forhold til hva som sykehjemslegene mente var pasientens beste og var som var mulig med sykehjemmets ressurser.

Sykehjemslege D: I forhold til overbehandling så forsøker en jo å ta bort medisiner på de gamle pasientene. De kommer inn til sykehuset for et eller annet, og så skrives de ut med flere medisiner. Jeg har vært borti sykehjemspasienter som har kommet tilbake med sonde fordi at de har gått ned i vekt. Da blir forventningene veldig høye fra de pårørende sin side også.

Sykehjemslege C: Kateter er en slik problemstilling. Sykehuset har lett for å legge inn kateter, men ingen klar bestilling om når det skal tas ut igjen. Og så tar vi det vekk igjen. Og gjerne også selv om sykehuslegen har sagt at «Nei, du må ha kateter resten av ditt liv». Så tar vi det bort, og så fungerer det egentlig bedre uten. Fordi de har ikke innsikt på sykehuset hvor stor pleiebelastning det blir med forskjellige ting.

Sykehjemslege E: Etter samhandlingsreformen har det stadig kommet sykere pasienter til sykehjemmet, og de blir skrevet ut tidligere. Vi har overtatt mer ansvar for å ta vare på den pasientgruppen. Men samtidig kutter sykehjemmet ned på bemanningen, og det syns jeg er vanskelig. Jeg må ta hensyn til at «blodtrykksmåling x 2» kanskje er litt mye, så jeg får ta «blodtrykk x 1» Jeg må tenke på personalet her også. De er veldig opptatt av grunnleggende behov for pasientene og de pasientene med angst og uro der de må være til stede hele tiden, sant. Det er bemanningsproblem på sykehjem. Så når sykehuslegen skriver at «ionisert Kalsium må tas hver annen dag», så lar det seg ofte ikke gjøre. Vi tenker mer på symptomer. Bare pasienten har det bra, så glemmer vi blodprøven.

Samhandling omkring utskriving fra sykehus

Sykehuslegene syntes prosessen rundt utskrivningsklare pasienter var problematisk. De sa at de ikke fikk si sin mening om hvilket tilbud pasientene burde ha etter utskriving, og at de fikk tilsnakk dersom de gjorde det. Sykehuslegene måtte ha epikrisen klar når pasienten ble meldt utskrivningsklar, men dersom pasienten ikke fikk tilbud på det forventede omsorgsnivå etter utskriving måtte de gjerne skrive en ny epikrise.

Sykehuslege 1: Utskriving til sykehjem? Det kan ikke vi bestemme.

Sykehuslege 2: Selv om det er en pasient som vi syns bør utskrives til sykehjem, enten på lang- eller korttidsplass, så har vi ikke lov til å uttrykke det. Vi få skjenn hvis vi gjør det.

Sykehuslege 1: Det der er problematisk. Det er jo til og med sagt at epikrisen skal foreligge i det man melder pasienten utskrivningsklar. Deretter skal en få tilbakemelding fra kommunen hvor pasienten skal. Og det er jo vanskelig å skreddersy en god plan, og gå i dialog med en sykehjemslege, når du ikke vet hvilket tilbud de får av kommunen.

Sykehuslege 2: Hvis jeg har en pasient som jeg syns bør, eller har best nytte av, en korttidsplass, så prøver jeg å skrive det i epikrisen selv om jeg ikke skal det. Og hvis jeg da får beskjed i etterkant at denne pasienten ikke får tilbud om korttidsplass, så må jeg skrive en ny oppfølgingsplan. Så må jeg skrive en ny versjon av epikrisen hvis den allerede er godkjent. Jeg må også prøve å tilpasse en anbefaling for oppfølging i kommunen via fastlegen. Selv om oppfølgingsplanen da er et kompromiss, og ikke nødvendigvis «best medical practise». Det er mye unødvendig ekstra jobb.

Sykehjemslegene var ikke involvert i prosessen med utskrivningsklare pasienter i det hele tatt.

Sykehjemslege F: Vi er ikke involvert i prosessen med utskrivningsklare pasienter.

Sykehjemslege G: Det med omsorgsnivå det har jo sykepleierne tatt over. Heldigvis. Jeg er veldig glad for jeg ikke er den som er ansvarlig for om folk skal hjem og hvilket omsorgsnivå de skal ha. Sykepleierne tar mye av det der og all kommunikasjon med sykehuset.

Dersom utskrivningsklare pasienter ikke får tilbud om sykehjemsplass likevel, hender det at sykehuslegene trekker utmeldingen av pasienten om de ikke syns tilbudet er medisinsk forsvarlig. Flere sykehusleger mente kommunehelsetjenesten hadde liten forståelse for dette.

Sykehuslege 1: Når pasienten får avslag på sykehjemsplass og tilbudet fra kommunen ikke er kompatibelt med noe som reint samvittighetsmessig er forenelig med det man ville tilbydd sine foreldre og kjære, det er jo da man trekker utmeldingen av pasienten. Og jeg vet ikke

alltid om de i kommunene alltid skjønner den forskjellen i vurderingen. De tenker at «hvis han er klar til å reise fra sykehuset, så er han klar til å reise fra sykehuset» - ferdig arbeid.

Sykehuslege 2: Hvis pasienten ikke er syk nok til å oppta en sykehusseng, men trenger pleie og omsorg på et sykehjemsnivå, melder vi pasienten utskrivningsklar og skriver epikrise. Hvis jeg da får tilbakemelding at denne pasienten kan ikke få en korttids plass, men skal hjem med hjemmesykepleie x 4, hender det at jeg trekker tilbake utmelding fordi jeg syns det er medisinsk uforsvarlig å sende pasienten til dette oppfølgingsnivået ut fra sykehuset.

Resultatet av dette er ofte at ledelsen og kommunen blir misfornøyd fordi man da ifølge deres vurdering har meldt en pasient som utskrivningsklar uten at den har vært det.

Sykehjemslegene syntes generelt at samarbeidet med sykehjemslegene var enklere ved utskrivningsprosesser. Årsaken til dette var at de da ikke måtte ta kontakt med sykehjemslegene ut over å sende ut epikriser.

Sykehuslege 4: Jeg syns ofte at det er enklere med utskrivelser enn tilbakemeldinger etter poliklinikk. Fordi epikrisen i sin natur gir jo mye informasjon, og et krav til oss når vi skriver epikrisen er at det skal være en videre plan.

Sykehuslege 5: Jeg syns egentlig at både epikriser og skriv etter polikliniske besøk fungerer ganske bra. Det er lettere for oss fordi vi ikke må gjøre oppsøkende virksomhet. Vi må egentlig bare gjøre jobben vår, skrive det vi skal. Og så blir vi kontaktet hvis noe blir feil.

Notat fra polikliniske timer på sykehuset fungerte ikke alltid så bra. Dette var relatert til at noen av de elektroniske journalsystemene ikke kunne sende denne type notat ut elektronisk. Det ble da forsinkelser i kommunikasjonen omkring pasienten.

Sykehuslege 5: Epikrisene skal jo gå samme dag, eller dagen etterpå. Men de polikliniske notatene kan jo være ganske forsinket. Det er jo en ærlig sak. Sykehuslege 4: Absolutt.

Sykehjemslege F: I vårt system kan sykehuset sende epikrise til sykehjemslegene, men ikke hvis de er på en poliklinisk time. Da får vi notatet derfra 2 uker seinere i posten. Hvis du skal sende en henvisning, så må du sende den via post. Og du kan ikke skrive resepter. Så det er litt tungvint sånn syns jeg. Hvis du skal legge noen inn eller sende en røntgenhenvisning, så må du enten levere henvisningen selv på sykehuset, sende den i post eller sende den med pasienten.

Sykehuslegene på kirurgisk avdeling klarte så godt som aldri å ha det polikliniske notatet ferdig den dagen pasienten var til legetime. Hovedproblemet var at det ikke var laget rom i det polikliniske programmet til å konferere med mer erfarne kolleger underveis. De kjente også på en forventning

om at de ikke skulle konferere. Generelt mente sykehuslegene at det var travelhet som gjorde at utsending av polikliniske notat ble forsinket.

Sykehuslege 4: Jeg føler det er en forventning om at vi ikke skal konferere undervegs i poliklinikken. Det er rart. Jeg vet ikke om det er riktig, men det er jo en forventning om at dette skal vi ordne og så kan vi spørre om ting eventuelt etterpå.

Sykehuslege 4: Det er i alle fall ikke lagt plass til det i systemet at vi skal konferere.

Sykehuslege 5: Det er jo ikke akkurat slik at det er noen ledige timer i poliklinikkprogrammet slik at vi kan konferere. Det er ikke noen tid til å hente seg inn egentlig. Det er pakket fullt fram til kl 15. Jeg har hatt 16 pasienter fram til kl 15 og mange av disse skal konfereres. Og etter kl 15 må en sitte og skrive.

Sykehuslege 5: Det er travelhet som gjør at de polikliniske notatene blir forsinket.

Sykehuslege 4: Det hadde vært veldig deilig å bli ferdig samme dag.

Generelt opplevde sykehuslegene press om å skrive ut pasientene raskt. Presset var opplevd først og fremst å komme fra sykepleierne. Dette gjaldt særlig pasienter med kognitiv svikt. Noen ganger var dette vellykket ved godt samarbeid med sykehjemmet, mens noen sykehusleger følte at tidlig utskrivning ikke alltid er i tråd med god pasientbehandling. Sykehuslegene måtte da stå imot presset for å hindre reinnleggelser og andre komplikasjoner.

Sykehuslege 1: I forbindelse med kognitiv svikt, så ser man at en del av dem blir urolige her inne og det er ønskelig å få dem tilbake i kjente omgivelser raskere. De som kjenner pasienten, tilstreber gjerne det samme. Da lykkes vi ofte med det ved godt samarbeid.

Sykehuslege 5: Jeg opplever press for å skrive pasientene ut. Det har vært en periode der det har vært ganske travelt, og da må du stå litt imot. Sykepleierne er sånn «Nå er vi ferdig». Hvis en da sier «Nei, nyretallene begynner å bli litt dårligere, hun må bli litt til sånn at vi ser at hun kommer seg». Da blir det dårlig stemning.

Sykehuslege 5: Av og til er det veldig fokus på at sykehjemspasientene har det bedre på sykehjemmet enn på sykehuset. Men samtidig må vi jo ta stilling til de problemstillingene de ble innlagt for.

Sykehuslege 5: Vi prøver jo å ha tatt stilling til de medisinske problemene slik at det ikke skal være sånn «Dette kan sykehjemslegen gjøre når pasienten kommer dit». Det syns jeg er dårlig gjort.

Sykehuslege 4: Ja, og da blir det en sånn kasteballeffekt. Pasienten blir reinnlagt her eller på medisinsk avdeling. Kanskje de kommer tilbake etter kort tid fordi vi på ortopedien ikke har fulgt opp kreatininverdien. Det er jo dumt.

Sykehjemslegene delte opplevelsen av at beboere på sykehjem blir raskt skrevet ut igjen ved sykehusinnleggelse. De følte også at sykehjemslegene ikke hadde innsikt i at det å skrive ut korttidspasienter før langtidspasienter rett før en helg kunne lette arbeidsflyten på sykehjemmet og sikre god pasientbehandling.

Sykehjemslege E: Jeg opplever at pasientene kommer raskt tilbake til sykehjemmet ved innleggelse på sykehus.

Sykehjemslege C: De er kanskje litt raske å sende pasienter som har sykehjems plass ut til sykehjem. Jeg har inntrykk at dersom de skal sende ut 8 stykk fra sykehuset så tar de først de to som har fast sykehjems plass. Men jeg synes epikrisene de kommer tidlig stort sett, bortsett fra kirurgisk poliklinikk da kanskje.

Sykehjemslege G: Jeg ser er skille mellom korttids- og langtidspasientene. Korttidspasientene kommer jo typisk fredags ettermiddag klokka 17. De strekker det lengst mulig på sykehuset og så kommer de fredag ettermiddag når jeg har gått hjem. Og så ligger de over helgen uten tilsyn av lege. Mens langtidspasientene de kommer jo så fort. Jeg skulle gjerne truffet korttidspasientene før helgen og lagt litt planer, gjort litt finpuss, se på medisiner som vi mangler og om de er nødvendige. Det oppstår en del spørsmål som må bli tatt etterpå.

4.2 Evner

Legene som deltok i studien, hadde hovedsakelig lang erfaring og gav uttrykk for at deres medisinske kunnskaper ikke stod i veien for samhandlingen. Tvert imot gjorde lang erfaring at sykehjemslegene i mindre grad måtte konferere om pasientene. Unntaket var LIS-2 ved kirurgisk avdeling der usikkerhet rundt valg av videre behandling og manglende mulighet for konferering med mer erfarne leger gjorde at utsending av polikliniske notat ble forsinket.

Sykehjemslege A: Behovet for direkte samhandling per telefon er ikke så mye til stede nå. Fordi en har bedre ressurser digitalt, fordi jeg har mer erfaring og kjenner igjen problemstillingene fra tidligere.

Sykehuslege 4: Eller at du trenger å konferere med noen etter poliklinisk time, men det er ingen å konferere med. Da må det vente, rett og slett. Det er skumlere å ta en avgjørelse hvis du ikke er trygg på hva du skal gjøre videre.

Sykehuslege 5: Med mindre det er akutte ting, så er det litt sånn at en konfererer ikke samme dagen. Du konfererer kanskje etterpå. Du konfererer ikke underveis med mindre det er sånn: «Kan du komme og se på dette nå?». Fordi det er jo ingen andre som har satt av tid til å kunne komme. De har jo operasjon eller poliklinikk selv. Det er sånn at vi tar det opp på morgenmøte dagen etterpå heller.

Særlig sykehjemslegene opplevde at sykehuslegene hadde manglende forståelse og kunnskap om situasjonen i kommunene.

Sykehjemslege G: Jeg tror at sykehuslegene ikke helt skjønner hvordan kommunehelsetjenesten fungerer og hvilke ressurser vi har. Og det er veldig lett å sitte her på sykehuset og love: «Du skal få korttidsopphold i 2 uker» eller «Du skal få fysioterapi hver dag». Så fikk de bare én uke og fysioterapeut var så vidt innom og hilste på dem. Da blir det mye misnøye: «Men sykehuslegen sa jo at jeg skulle få det og det.» Det har ikke sykehuslegen noe med å gjøre. De har liksom ikke nok innblikk i virksomheten til å kunne si noe sånt. Det er jo veldig rask endring i hele systemet. Det har vært standard at et korttidsopphold er 2 uker kjempelenge. Så det sier jo sykehuslegene til pasienten. Men blir ikke delt ut det lengre. Det blir delt ut én uke nå, altså. Det er ikke kapasitet til mer. Og det blir mer og mer individuelle vurderinger. Kommunehelsetjenesten er et system i endring hele tiden. Sånn det var i går er det ikke i dag. Så de bør være litt forsiktige fra sykehuset sin side, tror jeg.

Ellers ble det ikke funnet hindringer på individnivå når det gjaldt evner som stod i veien for god samhandling. De fleste hindringene lå på systemnivå og knyttet til rammevilkår, som listet opp over.

4.3 Motivasjon

Alle legene var enige om at det alltid var bra når det var direkte kommunikasjon mellom sykehjemslegene og sykehuslegene. Legene mente at dette gav bedre pasientforløp og -behandling. Det lettet også arbeidshverdagen. Noen ganger kunne en unngå unødvendige innleggelser eller unødvendig ventetid for sykehjemspatienten i poliklinikken. Dette var motiverende med tanke på å jobbe for bedre samhandling.

Sykehuslege 5: Det er alltid bra når det er kontakt med sykehjemslegene. Og det er dumt når man ikke får kontakt med dem, for du vet ikke helt hvem du skal ringe.

Sykehuslege 4: Når sykehjemslegene ringer og konfererer, i alle fall med oss på kirurgen, så syns jeg det fungerer fint. Det er mye man får avklart over telefon. Da kan vi slippe unna noen innleggelser. Det opplever jeg.

Sykehuslege 4: Det har noe med at det er en tydelig oppgave og en felles agenda. Som føles bra. Og sånn føler jeg at det ofte er.

Sykehuslege 4: Jeg liker jo veldig godt å ha direkte kontakt med legene om pasienten. Jeg blir veldig glad når de ringer. Det er noe jeg bare kan prøve å bli flinkere til. Å snakke direkte til den som kjenner pasienten best. En føler at en får avklart ting raskere da.

Sykehuslege 5: Det er bedre at sykehjemslegene ringer på forhånd og gjør avtaler før de sender en pasient. Da unngår vi at pasienten blir liggende lenge på sykehuset og vente på en akutt poliklinisk time. Noen ganger kan de heller komme neste dag, eller vi kan avklare det på telefon så pasienten slipper å komme i det hele tatt.

Sykehuslege 4: Og så er man som lege mer forberedt på det som kommer. Man har gjort seg opp en tanke på forhånd og jeg føler hele prosessen går litt bedre da. Det går fortere, for da kan du spørre sykehjemslegen direkte. I stedet for at det kommer en pasient, og så må du prøve å få tak i sykehjemslegen etterpå.

Sykehuslegene så at de mistet viktig informasjon om pasienten ved manglende samhandling. Dette gjorde at de ble motivert for å bedre samhandlingen.

Sykehuslege 1: Vi går potensielt glipp av informasjon som aldri skrives i et innleggelsesskriv fordi det er betent og det tilgjengelig for lesing. Eksempelvis hvis det er konfliktfylt i pasientens familie. Da ser en at innleggende lege unngår eller omgår tema som kan være viktig for oss. Da ville direkte kontakt med sykehjemslegen vært nyttig.

Sykehuslege 3: Jeg, som nyutdannet, er ikke så involvert i den dialogen. Det vil si at det er jo ikke så mye dialog, og jeg er nok enda mindre involvert. Jeg er enig i at det hadde vært fint å ha tilgang på mer bakgrunnsinformasjon om de pasientene som legges inn av vaktlegen. Det er jo nesten litt rart at de skal behandles her og ha en lege som sitter på sykehjemmet og kjenner de veldig godt uten at vi er i kontakt med den legen. Akkurat hvordan det skal kunne løses har jeg ikke tenkt så mye på. Men det kan i mange tilfeller være verdifull informasjon.

Når det gjaldt poliklinikk var det ikke manglende motivasjon som gjorde at de ikke ble ferdig med arbeidet. Legene mislikte sterkt å være bakpå i forhold til arbeidet og skulle gjerne blitt ferdig med notatene samme dag.

Sykehuslege 4: Det er ikke det det står på. Det er ikke motivasjonen. Det er jo noe av det mest ubehagelige, når du henger etter. Så de beste polikliniske dagene mine er da når jeg klarer å ha det cirka avklart på slutten av dagen. Men det krever fokus, viljestyrke og på en måte at det ikke er de verste dagene. Og for eksempel at du ikke har vakt samtidig som du har poliklinikk. At du blir dratt av gårde på et traume midt i poliklinikken. Ting som gjør at du ikke får dårlig tid, rett og slett.

Sykehuslege 5: Jeg godkjenner ingenting i løpet av dagen. Jeg setter meg ned etter kl 15 og går gjennom. Så prøver jeg å få unna så mange som mulig da. På gode dager så har jeg jo klart å skrive litt underveis. Det er alltid en gave, føler jeg.

4.4 Forbedring

Sykehuslegene var samstemte på at de ønsket å lettere kunne få tak i sykehjemslegene. De ville gjerne ha lister over hvem som jobbet hvor, når de var til stede og direkte telefonnummer som de kunne nå dem på.

Sykehuslege 2: Vakttelefon og telefonliste slik at man kan ta kontakt når en trenger det hadde vært ønskelig.

Sykehuslege 4: Vi kan få en telefonliste. Slik at en faktisk kan vite hvilken lege som er hvor, og til hvilken tid! Eller at det hadde vært et vakttelefonnummer. At det var en telefon for den som var sykehjemslege den dagen på de forskjellige sykehjemmene.

Sykehuslege 5: Noe sånt kunne jo vært lurt. Å kunne ringe direkte.

En erfaren sykehuslege mente at man burde ha lavere terskel for å ta kontakt. Informasjon fra sykehjemslege var av så stor verdi at man oftere burde samsnakkes.

Sykehuslege 1: Og at man ikke setter terskelen så kjempehøyt for å ta kontakt. Det kan være veldig nyttig å bare ha en avstemming om man ser en situasjon likt noen ganger. Det er jo en del kvalifiserte vurderinger som vi går glipp av, fra en erfaren lege har kjent pasienten gjennom lang tid. Så kommer pasienten inn med noen setninger formulert i et

innleggingskriv av en vaktlege. Da er det klart at det hadde vært ekstremt verdifullt med den kjennskapen som sitter hos sykehjemslege der ute og som ikke når inn til oss.

For sykehjemslegene var det først og fremst de elektroniske journalsystemene som satte en stopper for samhandlingen. De ønsket at kommunene satset mer på gode sykehjemsjournaler, og i alle fall at de systemene de hadde ble oppgradert til siste versjon. En sykehjemslege ønsket også direktenummer til overlegene ved behov for konferering.

Sykehjemslege A: «En pasient, en journal» der det var sømløst digitalt hadde forbedret samhandlingen veldig. Det ligger nok litt mer på fagjournalnivå, hva kommunene kjøper inn av journaler. Og så at det kunne vært greit hvis sykehuset hadde hatt en slags mottakstelefon der en møtte en erfaren kollega direkte. At en slipper å gå via sentralbord og venting, LIS1, LIS2, LIS3, overlege og så videre.

Sykehjemslege D: Jeg tenker at det er det elektroniske som er den største hindringen for samhandlingen. Det er det som stopper det, at ikke systemene snakker med hverandre. Det er jo forskjellige journaler på hvert sted og de kommuniserer ikke. Så er det litt uklart hvilke systemer som kommuniserer og hvilke som ikke kommuniserer. Og så er det kanskje noen som tenker at de gjør det og noen vet at de gjør det. Så mister man informasjon.

Sykehjemslege D: De elektroniske sykehjemsjournalene burde hatt mange funksjoner som fastlegejournalene allerede har. Slik at det går an å sende en reell henvisning elektronisk fra sykehjem med riktige opplysninger som kommer automatisk. For eksempel tidligere sykdommer, medikamenter og behandlingsbegrensninger. Ikke sånn at man må skrive det ut, kopiere til et Word-dokument og sende ut. Da er det ofte slik at de opplysningene som er viktige for sykehuset å vite for å ikke starte med overbehandling, det kommer ikke med siden det elektroniske journalsystemet er såpass dårlig. Jeg tror at der er det mye å hente. Jeg tenker at journalen er det største hinderet for samhandling mellom sykehus og sykehjem.

Flere sykehjemsleger og sykehusleger mente at det kunne ha en verdi med intermitterende fysiske møtepunkt for å ta opp samhandling. Mange var derimot usikker om de hadde tid og kapasitet til å prioritere slike møter.

Sykehuslege 2: Vi har mange oppgaver og vi har hatt det i lang tid, så jeg tenker at det er vanskelig å få tid til fysiske møter.

Sykehjemslege D: Jeg tenker at det ikke hadde vært noen verdi med møtepunkter mellom sykehusleger og sykehjemsleger. Jeg ser for meg at det kan bli enda mer jobb i en presset hverdag.

Sykehjemslege A: Jeg sier nei til ting jeg har lyst til å være med på og. Har ikke tid.

Sykehjemslege C: Jeg tror kanskje at det er viktigere at man er tilgjengelig når man trenger hverandre, enn at man har halvårlige møter eller noe sånn. Jeg er litt usikker på det der. Relasjoner er jo viktig i alt.

Sykehjemslege C: Det er jo viktig å kjenne hverandre. Det er lettere å ringe til noen man kjenner. Det er jo det.

Sykehjemslege G: At det kanskje ikke hadde endret så mye med å treffe dem regelmessig. Det er egentlig smårusk i systemet, men egentlig fungerer det ganske bra syns jeg.

Flere leger, både fra sykehus og sykehjem, mente likevel det ville være en verdi å bli kjent med sine kolleger og å skape forståelse for hverandres utfordringer. De ønsket møtepunkter, men mente at 1-2 ganger per år ville være tilstrekkelig.

Sykehuslege 1: Man burde jo hatt intermitterende kontaktpunkt gjerne der man fysisk møttes for å ta opp dette med samhandling. Det er noe med det å kjenne hverandre litt, ikke minst der det er mye friksjon så handler det ofte om at man ikke fullt ut forstår hverandre, både når det gjelder utfordringer og roller.

Sykehjemslege B: Det å lære å kjenne sykehuskollegene, det har en kjempeverdi og gjør det mye lettere å ta telefonen og ringe. For du vet hvem som svarer. Men det å få tid til det, få det inn i systemet. Det er vanskelig.

Sykehuslege 1: Det er jo ikke så mye som skal til. Gjerne halvårlig møtt hverandre en time og sagt «Hvordan går det med oss?» Dette er jo noe som nå går mellom toppledelsen, der direktøren selv stiller på morgenmøtet for å minne oss alle på at vi ikke har rett eller rom til å uttale oss om hvor pasienten skal plasseres etter utskriving herfra. Da forstår man jo at dialogen foregår i øverste etasje. Men kanskje at vi kunne klart dette bedre på et lavere nivå, siden det er jo der problemet egentlig må løses.

5 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

5.1.1 Status for samhandlingen

Det var enighet blant sykehuslegene og sykehjemslegene om at det var svært begrenset direkte kontakt mellom legene i sjukehus og sykehjem.

Sykehuslegene tok svært sjelden kontakt med sykehjemslegene. Årsakene til dette kan en kategorisere etter det teoretiske rammeverket COM-B. Hovedgrunnene lå utenfor individet, i rammevilkårene. De hadde begrensede muligheter til direkte samhandling. Sykehuslegene visste ikke hvordan de skulle få tak i sykehjemslegene. Kontakten mellom sykehjem og sykehus foregikk mye med elektroniske meldinger, men de fleste sykehjemslegene kunne verken motta eller sende slike meldinger fra sitt system. De hadde heller ingen vakttelefon eller direktenummer som sykehuslegene kunne nå dem på. Dessuten visste ikke sykehuslegene hvilke sykehjemsleger som jobbet på de ulike sykehjemmene, og dermed visste de heller ikke hvem de skulle spørre etter om de forsøkte å ringe. De elektroniske meldingene mellom sykehus og sykehjem gikk oftest på sykepleiernivå.

Sykehuslegene mente at de ved å kommunisere via sykepleierne ofte gikk glipp av den informasjonen de trengte. Manglende tid var medvirkende til at legene ikke forsøkte å få tak i hverandre oftere.

Sykehuslegene syntes at samhandling ved innleggelse var vanskelig. Dersom sykehjemspasientene ble lagt inn av legevaksleger eller andre som ikke kjente pasienten, var ofte innleggelseskrivene dårligere og de manglet viktig informasjon. Sykehuslegene hadde da få muligheter til å kontakte sykehjemslegene for å etterspørre den informasjonen de trengte for å få til gode pasientforløp. Sykehuslegene ønsket mulighet til å avstemme ambisjonsnivået for behandlingen og diskutere eventuelle behandlingsbegrensninger. Sykehjemslegene opplevde derimot at det var lett å få tak i sykehuslegene på telefon når de trengte det.

Generelt opplevde sykehuslegene press om å skrive ut pasientene raskt. Presset var opplevd først og fremst å komme fra sykepleierne. Sykehjemslegene mente også at sykehjemsbeboere ofte ble skrevet ut etter kort tid fra sykehus. Verken sykehuslegene eller sykehjemslegene var med i vurderingen om hvilket omsorgsnivå pasientene skulle ha etter innleggelse på sykehus. Dersom sykehuslegene likevel forsøkte å påvirke denne prosessen, fikk de tilsnakk fra ledelsen på sykehuset. Sykehuslegene mente prosessen rundt utskrivningsklare pasienter var uforutsigbar og gav merarbeid i prosessen med å lage epikriser.

Alle sykehjemslegene var enig i at rammevilkårene knyttet til dårlig fungerende journalsystemer på sykehjemmene var det største hinderet for god samhandling med sykehuset.

Angående motivasjon var alle legene enige om at det alltid var bra når det var direkte kommunikasjon mellom sykehjemslegene og sykehuslegene. Legene mente at dette gav bedre pasientforløp og -behandling. Det lettet også arbeidshverdagen. Noen ganger kunne en unngå unødvendige innleggelse eller unødvendig ventetid for sykehjemspasienten i poliklinikken. Dette var motiverende med tanke på å jobbe for bedre samhandling. Sykehuslegene så at de mistet viktig informasjon om pasienten ved manglende samhandling. Dette gjorde at de ble motivert for å bedre samhandlingen. Når det gjaldt poliklinikk var det ikke manglende motivasjon som gjorde at de ikke ble ferdig med arbeidet. Legene mislikte sterkt å være bakpå i forhold til arbeidet og skulle gjerne blitt ferdig med notatene samme dag.

Når det gjaldt evner, hadde legene som deltok i studien hovedsakelig lang erfaring og gav uttrykk for at deres medisinske kunnskaper ikke stod i veien for samhandlingen. Tvert imot gjorde lang erfaring at sykehjemslegene i mindre grad måtte konferere om pasientene. Unntaket var LIS-2 ved kirurgisk avdeling, der usikkerhet rundt valg av videre behandling og manglende mulighet for konferering med mer erfarne leger, medførte at utsending av polikliniske notat ble forsinket. Sykehjemslegene opplevde at sykehuslegene hadde manglende forståelse og kunnskap om situasjonen i kommunene. Ellers ble det ikke funnet hindringer på individnivå når det gjaldt evner som stod i veien for god samhandling. De fleste hindringene lå på systemnivå og knyttet til rammevilkår.

5.1.2 Forslag til forbedring

Sykehuslegene var samstemte i sitt ønske om at det skulle være å lettere få tak i sykehjemslegene. De ville gjerne ha lister over hvem som jobbet hvor, når de var til stede og direkte telefonnummer som de kunne nå dem på.

For sykehjemslegene var det først og fremst de elektroniske journalsystemene som satte en stopper for samhandlingen. De ønsket at kommunene satset mer på gode journalsystemer. I alle fall at de systemene de hadde ble oppgradert til siste versjon.

De fleste sykehjemslegene og sykehuslegene mente at det kunne ha en verdi med intermitterende fysiske møtepunkt for å ta opp samhandling og bli kjent med sine kolleger. Mange var derimot usikker om de hadde tid og kapasitet til å prioritere slike møter.

5.2 Studiens resultater sett i lys av andre studier

I 2017 ga Romøren *et al* ut artikkelen «Én pasient, to verdener - samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger» (36). Datainnhenting foregikk i et norsk fylke i 2011-2012, omtrent 10 år før datainnsamlingen i min studie ble utført. I artikkelen til Romøren *et al* ble sykehjemsleger og sykehusleger sin holdning til behandling av sykehjemspasienter, og legenes beskrivelse av samhandlingen mellom legene på de to nivåene, presentert. Akkurat som i min masteroppgave ble studien til Romøren *et al* gjort ved fokusgruppeintervjuer av henholdsvis sykehusleger og sykehjemsleger, men materialet til Romøren var langt større da det ble gjort til sammen 18 fokusgruppeintervjuer. Hovedfunnene i Romøren *et al* sin artikkel har flere likhetstrekk med det jeg har beskrevet i denne masteroppgaven, tross at det er mer en 10 år som skiller tidspunkt for datainnsamling.

Hovedfunn i Romøren *et al* sin artikkel var at begge legegruppene var opptatt av unødvendige innleggelser i sykehus og overbehandling i sykehus. Også legene som ble intervjuet i min masteroppgave var opptatt av å kunne unngå unødvendige innleggelser av sykehjemspasienter. I en studie av Schulz og Fagerholt fra 2016 (37) fra Sykehuset Innlandet ble det funnet at av 49 innleggelser fra sykehjem til sykehus var 12 unyttige eller usikkert nyttig. Av disse 12 ble det funnet at åtte kunne ha vært unngått ved gode telefonråd. Imidlertid var det flere innleggelser som ble vurdert til unyttige ved innleggelse, som senere viste å ha nytte for pasienten. Romøren *et al* sin studie beskrev at ved unødvendige innleggelser var pasienten ofte sendt av sykehjemspersonell eller leger som var utrygge i situasjonen, og som eventuelt ikke kjente pasienten (36). Dette gjenfinner jeg i min studie også, der sykehusleger og sykehjemsleger er enige om at innleggelser gjort av legevaktsleger, som ikke kjenner pasienten, har lavere kvalitet enn innleggelser fra sykehjemslegene selv. En multinasjonal metastudie fra 2016 av Trahan *et al* (38) fant at reduksjon i bruk av legevakter eller akuttenheter også førte til en reduksjon i unødvendige sykehusinnleggelser av pasienter fra sykehjem. Det ble videre funnet at økt kapasitet med mer helsepersonell i sykehjemmet kunne forebygge unødvendige innleggelser. Lignende funn ble gjort i en norsk studie fra 2010 der hensikten var å kartlegge akutte innleggelser av sykehjemspasienter som døde innen 48 timer etter innkomst (39). Mindre enn halvparten av pasientene i studien var blitt tilsett av lege før innleggelse. Det forelå heller ingen dokumentert muntlig kontakt mellom sykehus og sykehjem forut for innleggelsene. Det ble konkludert med at den medisinske kompetansen i sykehjem med henblikk på vurdering av kritisk syke sykehjemspasienter burde styrkes for å hindre unødvendige innleggelser av sykehjemspasienter. Overbehandling ble også nevnt av legene som ble intervjuet i min masteroppgave, men det var ikke

dette legene var mest opptatt av. De var mer opptatt av årsakene til en eventuell overbehandling og at dette kunne vært unngått ved bedre direkte samhandling.

Begge legegruppene i Romøren *et al* sin studie problematiserte lite samhandling og mangelfull informasjonsutveksling ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus (36). Dette var også en av hovedfunnene i min studie. I 2016 gav Helsetilsynet ut rapporten «Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent» (40). Statens helsetilsyn oppsummerte i denne rapporten funn fra et landsomfattende tilsyn i 2015 med tittelen «Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen». Tilsynet avdekket alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Det var ved overføring av informasjon mellom kommuner og sykehus at fylkesmennene fant flest forbedringsområder og lovbrudd. Det handlet både om informasjons innhold og hvordan den ble gitt mellom sykehus og sykehjem. Alle kommunene som var gjenstand for tilsyn, hadde inngått de lovpålagte samarbeidsavtalene med helseforetakene. I mange virksomheter ble det funnet at avtalene ikke var godt nok innarbeidet i praksis, og det var stor variasjon blant de ansatte i deres kjennskap til avtalen. I rapporten Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger fra 2019 ble det gjort tilsvarende funn (22). God samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som en generell utfordring av deltagerne i studien som rapporten var basert på. Det ble funnet at samhandling ofte foregikk på «toppnivå» og ikke mellom helsepersonellet som så pasienten. Legene der ønsker mer kommunikasjon om behandlingsopplegg og utveksling av generell informasjon om pasientene. I en norsk kvalitativ studie av Knutsen Glette *et al* fra 2019 ble det vist at epikrisen var så å si den eneste formen for kommunikasjon mellom sykehusleger og sykehjemsleger ved utskrivning fra sykehus til sykehjem (41). Sykehuslegene i studien pekte på årsaker som for stor arbeidsmengde og dårlig kommunikasjonsverktøy for at de ikke tok mer direkte kontakt med legene i sykehjemmene. Mange sykehusleger ønsket at de kunne ha mer kontakt med sykehjemslegene, særlig når det gjaldt kompliserte pasienter eller pasienter som kunne trenge endret medisinerings. Funnene om manglende direkte samhandling mellom sykehusleger og sykehjemsleger i min studie er dermed ikke nye, men det er interessant at det synes å ikke har skjedd noen forbedring over alle de år dette har vært et satsningsområde for myndighetene i Norge.

Romøren *et al* sin studie nevnte ikke vansker med elektroniske pasientjournaler som årsak til lite samhandling (36). I min studie mente sykehjemslegene at dårlige elektroniske pasientjournaler i sykehjemmene var hovedgrunn til at det var lite samhandling med sykehuslegene. I 2014 gav Helsedirektoratet ut rapporten Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten (42). Rapporten ble utarbeidet ved et samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet i forbindelse med «Prosjekt Elektronisk

pasientjournal i omsorgstjenesten, status, utfordringer og behov». Bakgrunnen for dette prosjektet var flere innspill til KS og Helsedirektoratet om behov for endring av elektroniske pasientjournalssystem i omsorgstjenesten. Det var kommet klager fra interesseorganisasjoner og enkeltpersoner, og bekymringsmeldinger fra tilsynsmyndigheter. Det var ikke minst kommet uttalt kritikk fra sykehjemsleger. I rapporten ble det tatt utgangspunkt i de tre journalssystemene for omsorgstjenesten, CosDoc, Profil og Geric. Dette var de samme tre systemene som sykehjemmene i min studie benyttet. Undersøkelsen viste at journalssystemene ikke var tilstrekkelig tilrettelagt med funksjonalitet for medisinskfaglig oppfølging av pasienter. Dette gjaldt både samhandling med eksterne, særlig helseforetak og laboratorier, og intern oppfølging. Rapporten påpekte dårlig funksjonalitet i forhold til elektroniske meldingstjenesten og at kommunene ikke klarte å utnytte de funksjonalitetene som var tilgjengelig i de enkelte system (42). Dette stemmer godt med funnene i min studie. I 2012 kom stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren» (43). Med det uttalte regjeringen sitt hovedmål med én innbygger - én journal. I kjølvannet av dette ble Helseplattformen utviklet. Helseplattformen (HP) er et elektronisk pasientjournalssystem som blir levert av det amerikanske selskapet Epic Systems Corporation. I Norge er Epic sin journaløsning tilpasset kommune- og spesialisthelsetjenesten, og skal være en felles pasientjournal på tvers av disse (44). Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital og Trondheim kommune i 2022. På grunn av varsel om en alvorlig hendelse gjorde Helsetilsynet et tilsyn med dette journalsystemet i St. Olavs hospital i 2023 som resulterte i en rapport (45). Helsetilsynet konkluderte der med at innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital hadde ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen. I en bacheloroppgave fra 2023 undersøkte Pedersen og Overegseth (46) hvilke erfaringer ansatte i kommunen hadde med innføring av systemet. Funnene gav ingen klare indikasjoner på at bruk av Helseplattformen hadde bedret kvalitet eller samhandling. Flertallet av respondentene synes ikke det var enkelt å finne nødvendig pasientinformasjon, og det ble klaget på at løsningen var uoversiktlig. Dette samsvarer med funnene til Helsetilsynet fra tilsynet på St. Olavs hospital (45). Myndighetenes tiltak for å nå målet om «En innbygger – en journal» har så langt ikke lyktes. Ut fra funnene i denne oppgaven har heller ikke journalssystemene i sykehjem blitt vesentlig bedre over de siste årene.

Legene i min studie var samstemte i hvilke forbedringstiltak de kunne ønske seg. I artikkelen til Romøren *et al* med data fra 2011/2012 kom også legene med ønsker til forbedring (36). Sykehjemslegene ønsket seg mer hjelp til diagnostikk og behandling. De ønsket seg mulighet for kortere utredningsopphold for pasientene der sykehjemmene kunne overta behandlingen når pasienten var avklart. Andre forslag var poliklinisk øyeblikkelig hjelp-diagnostikk eller at indremedisiner fra sykehuset kom på tilsyn på sykehjemmet. Sykehuslegene i Romøren *et al* sin

studie ville ha bedre informasjon og en tydeligere «bestilling» når sykehjemspasienten ble lagt inn. Flere sykehusleger ville at sykehjemslegene i enda større grad burde ringe for å konferere, for slik å unngå unødvendige sykehusinnleggelse (36). I artikkelen til Knutsen Glette *et al* (41), med intervjuer av sykehusleger gjort i 2018-2019, har legene kommet med forslag til forbedringer i kommunikasjonen. Også i denne studien ønsket sykehuslegene at sykehjemslegene ringte oftere for å konferere før innleggelse av sykehjemspasienter i sykehus. Noen sykehusleger i studien ønsket seg felles journalsystem slik at de kunne lese dokumentasjonen gjort av kolleger på andre nivå av helsetjenesten. Generelt ønsket de seg bedre rammevilkår for kommunikasjon mellom leger i kommuner og leger i sykehus (41). Dette er i tråd med funnene i min studie der bedre mulighet til å få tak i sykehjemslegene var det sykehuslegene mente best kunne hjelpe på samhandlingen. Sykehuslegene ønsket seg gjerne lister med navn på hvilke sykehjemsleger som jobbet på de enkelte sykehjem og når de var til stede. Det var også ønske om vakttelefoner for sykehjemsleger slik at de kunne nå dem direkte. Min vurdering er at vakttelefoner burde være mulig å få til dersom kommunene er villige til det. Lister oversykehjemslegene kan også utarbeides, men utfordringen kan der være det organisatoriske rundt oppdatering, administrering og videreformidling av slike lister. I rapporten fra Senter for omsorgsforskning fra 2019, Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger (22), ble det pekt på at legene i sykehjem sjelden var involvert i arbeidet med kvalitetsforbedring i sykehjemmene, særlig ikke de sykehjemslegene som hadde deltidsstillinger. Det vil da være vanskeligere for sykehjemslege å få gjort noe med de sidene av rammebetingelsene de er misfornøyd med. Sykehjemslegene i min studie mente forbedring av journalsystemene i sykehjemmene var det tiltaket som ville gi best nytte for å forbedre samhandling med sykehuslegene. Rapporten Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten (42) fra 2014 har også som konklusjon at alle de tre vanligste journalsystemene som ble brukt i norske sykehjem burde videreutvikles, og særlig med tanke på å møtesykehjemslegenes behov. I min studie var det enkelte kommuner som ikke engang hadde oppdatert sykehjemsjournalene sine og hadde tidligere utgaver med redusert funksjonalitet. Jeg mener dette er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 der det står: «Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.» Dette er et minimum at hva kommunene burde gjøre for å bedre vilkårene for sykehjemslegene. I Romøren *et al* sin studie blir ikke funksjonalitet i sykehjemsjournalene nevnt i det hele tatt som en begrensning for samhandling. Jeg vil tro at årsaken til dette er at elektronisk kommunikasjon på den tiden heller ikke var tilgjengelig i journalsystemene til fastlegene. Siden den gang har fastlegene sine journalsystemer hatt en stor utvikling med muligheter for dialogmeldinger med sykehus og sykehjem, og muligheter for elektroniske

henvisninger og mottak av epikriser. Sykehjemsjournalene har ikke hatt den samme utviklingen. Det er derfor nærliggende å tro at sykehjemslegene i min studie peker på dette som et forbedringsområde når de sammenligner med det som nå er mulig i andre journalsystemer.

5.3 Metodiske styrker og svakheter

Ved valg av design for en studie er det viktig å reflektere over mulige svakheter og styrker, og hvilken påvirkning dette kan ha på validiteten av resultatene. Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme (28). Jeg er selv lege og bosatt i Voss lokalsykehusområde. Jeg har i flere år arbeidet deltid som sykehjemslege i en av kommunene i Voss lokalsykehusområde, men sluttet i den stillingen ved starten av Covid-19 pandemien våren 2020. Som del av min spesialisering i allmenmedisin arbeidet jeg ett år som assistentlege ved medisinsk avdeling Voss sykehus i 2016-2017. Foruten dette har jeg siden 2018 hatt en bistilling som praksiskonsulent i Helse Bergen med hovedarbeidsområde Voss sykehus. Imidlertid hadde jeg i den stillingen gjennom 5 år ikke fått noen tilbakemeldinger som omhandlet samhandlingen mellom sykehusleger og sykehjemsleger. Jeg hadde ved studiens start derfor inngående kjennskap til arbeidet til begge legegruppene i denne studien, men ingen innsikt i hvordan samhandlingen ble opplevd fra sykehusleger og sykehjemsleger ved studiens start. Jeg hadde en tanke om hva jeg hadde opplevd som problematisk i samhandlingen, men har forsøkt å holde fokus på at dette var flere år siden og at mye kunne ha endret seg siden den tid. Jeg har forsøkt å åpne for alle erfaringer som legene måtte ha om dette, selv om de ikke passet med mine egne. Malterud skriver i sin bok at «Nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre refleksivitet» (28). Jeg har prøvd å ha dette med meg i studien ved å erkjenne og overveie mitt eget ståsted i forskningsprosessen, men det er klart at dette likevel kan ha påvirket objektiviteten.

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra et mål om at materialet på beste måte kan belyse problemstillingen. En bevissthet rundt mangfold innen utvalget kan også bedre informasjonsstyrken og bringe frem utfordringer til konklusjoner som i forkant kan synes opplagte (28). Det var et ønske i utvalget av sykehusleger med størst mulig mangfold i forhold til både erfaring, spesialitet og kjønn. Imidlertid ble resultatet at jeg måtte gjøre en viss grad av tilgjengelighetsutvalg. Innen medisinsk avdeling fikk jeg med både overlege, LIS2 og LIS1. Innen kirurgi var det dessverre, med hensyn til drift, ikke mulig å rekruttere overleger verken innen ortopedi eller generell kirurgi. Det var i stedet rekruttert to erfarne LIS2 innen kirurgiske fag som begge arbeidet både med ortopedi og generell kirurgi. Det er mulig at en kunne fått fram flere nyanser i funnene dersom en også hadde kirurgiske overleger i sykehuslegegruppen. I utgangspunktet var det tenkt én fokusgruppe for alle

sykehuslegene. Imidlertid ble ikke dette mulig grunnet akutt frafall på dagen for intervjuet. Det er vanskelig å si noen om hvordan dynamikken ved én samlet gruppe ville påvirket svarene. Imidlertid hadde medisinske og kirurgiske leger forskjellige områder i samhandlingen de fokuserte på, så det kan også ha vært en fordel at oppdeling av gruppene gav mer tid til å gå dypere inn i det hver enkelt opplevde som vanskelig med samhandlingen. På grunn av sommerferieutvikling var det en differanse på to måneder mellom intervju av medisinske og kirurgiske leger. Ideelt sett burde disse være nærmere i tid, men det lot seg ikke gjøre. Det kan være at erfaring fra sommerferieavvikling kan ha påvirket svarene til kirurgiske leger, men dette kan også ha vært en fordel i forhold til bredden av funnene.

Utvalget av sykehjemsleger er vurdert til å være representativt. Det var god bredde i både erfaringsgrunnlag, arbeidssted, alder og om de var sykehjemsleger på fulltid eller deltid. Dette var en styrke ved studien.

I forhold til intern validitet vil jeg si at jeg har brukt relevante metoder til å studere problemstillingene som ble reist i begynnelsen av prosjektet. Intervjuer og deltagerne i studien har hatt felles referanseramme, samme kultur og samme språk. Når det gjelder ekstern validitet er styrken i forhold til utvalget av sykehjemsleger at alle de tre mest brukte journalsystemene for sykehjem var representert i utvalget av sykehjem som legene jobbet på (42). Slik sett kan vanskene i samhandlingen som skyldes de elektroniske journalsystemene være overførbare til hele landet. Imidlertid er intervjuene bare gjort i en geografisk veldig liten del av Norge og det er tvilsomt om utfordringsbildet er helt det samme over hele landet. Voss sykehus er et lite lokalsykehus. Det er lite trolig at leger ved store sykehus i de store byene vil ha helt de samme utfordringene. Imidlertid kan man tenke seg at samhandling kan være lettere på mindre plasser med mer nærhet og kjennskap mellom samarbeidspartene, særlig når det gjelder kontakt fra sykehjemsleger til sykehusleger i forbindelse med innleggelse fra sykehjem. Sett i lys av hvor lite samhandling som ble funnet i denne studien, kan man tenke seg muligheten for at det fungerer bedre i andre deler av landet. Når det gjelder andre land enn Norge, vil jeg tro overførbarheten er lav med tanke på ulikheter i helsesystem.

Relevans omhandler hvorvidt resultatet blir vitenskapelig kunnskap (28). Har denne studien bragt fram en ny erkjennelse som kan brukes til noe? Det eksisterte allerede kunnskap om at samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten var utfordrende. Det var også eldre informasjon om at journalsystemene i sykehjem ikke fungerte godt (42). Imidlertid kunne en tenkt seg at skulle skjedd en forbedring på begge disse områdene over alle disse årene som har gått siden dette ble introdusert som problemområder. Jeg vil si relevansen i denne studien er omfanget av den

nesten helt fraværende kommunikasjonen mellom legene på de to nivåene og de vedvarende store problemene med sykehjemmenes journalsystemer.

6 Referanser

1. Legeforeningen. Legeforeningens veileder for Praksiskonsulentordningen (PKO) i Norge. Oslo: Den norske legeforening; 2014.
2. Forskningsrådet. Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). 2016.
3. Wisløff NFea. Fra stykkevis til helt : en sammenhengende helsetjeneste Norges offentlige utredninger Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning; 2005.
4. Nasjonal veileder. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
5. Sosialdepartementet. Sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen. Oslo1974-75.
6. St. melding nr. 47. Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
7. Løhre A, Grimsmo A. Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS). Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie; 2015.
8. Martens CT VM. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding? . NOVA rapport 9/15. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring; 2015.
9. Grimsmo A, Løhre A, Røsstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways - are they feasible in primary care? A mixed-methods study. Scand J Prim Health Care. 2018;36(2):152-60.
10. Melberg HO, Hagen TP. Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(2):143-58.
11. Melby L, Brattheim BJ, Hellesø R. Patients in transition - improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. J Clin Nurs. 2015;24(23-24):3389-99.
12. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Dokument 3:5 (2015–2016); 2015.
13. omsorgsdepartementet H-o. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Kortversjon. Oslo2019.
14. Helsepersonellkommisjonen. NOU 2023:4. Tid for handling: personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Norges offentlige utredninger; 2023.
15. Romøren TI. Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på en helsereform. Nordisk sygeplejeforskning. 2011;1(1):82-8.
16. Sørbo JI. Søt musikk eller kakafoni? – Språk og realitetar i Samhandlingsreforma. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2013;10(4):348-55.
17. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Coordination between health care professions – a scoping review. 2018;21(2):119-47.
18. Luhmann N. Theory of Society, Volume 1: CA: Stanford University Press; 2012. 488 p.
19. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, (LOV-2011-06-24-30).
20. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, (LOV-1999-07-02-61).
21. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, (LOV-1999-07-02-64).
22. Melby L, Ågotnes G, Ambugo EA, Førland O. Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Senter for omsorgsforskning; 2019.
23. Pettersen B, Johnsen R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007;127(5):565-8.

24. Ashtari O. Samhandling mellom barneleger ved et universitetssykehus og fastleger i oppfølging av barn med hypotyreose – et kvalitativt studie. 2023.
25. Kirchhoff R, Bøyum-Folkeseth L, Gjerde I, Aarseth T. Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(2):95-106.
26. Müller C, Hesjedal-Streller B, Fleischmann N, Tetzlaff B, Mallon T, Scherer M, et al. Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. Curr Control Trials Cardiovasc Med. 2020;21(1):913-.
27. Kirsebom M, Wadensten B, Hedström M. Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. J Adv Nurs. 2013;69(4):886-95.
28. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 254 p.
29. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
30. Brinkmann S, Kvale S. Doing interviews. London: SAGE Publications Ltd; 2018.
31. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016;26(13):1753-60.
32. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6(1):42-.
33. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implement Sci. 2012;7(1):37-.
34. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. 2006;3(2):77-101.
35. Helseforskningsloven, Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, (2009).
36. Romøren M, Pedersen R, Førde R. Én pasient, to verdener - samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger. Tidsskr Nor Laegeforen. 2017;137(3):193-7.
37. Schultz M FK, Skaug AK. Sykehusinnleggelses fra sykehjem i medisinsk avdeling Sykehuset Innlandet i 2016. Er det unødvendige innleggelses og kunne de vært unngått? Prosjektrapport. 2016, hentet fra kilden 261023. Available from: <http://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2020/02/Prosjektrapport-Innleggelses-fra-sykehjem-nov-2017.pdf>.
38. Trahan LMRNBN, Spiers JARNP, Cummings GGRNPFF. Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(11):994-1005.
39. Hofacker Sv, Naalsund P, Iversen GS, Rosland JH. Akutte innleggelses fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Tidsskr Nor Laegeforen. 2010;130(17):1721-4.
40. Helsetilsyn S. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Oslo2016.
41. Knutsen Glette M, Kringeland T, Røise O, Wiig S. Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. BMJ Open. 2019;9(8):e031297-e.
42. KS Ho. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten, Rapport. Oslo2014.
43. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 9. Melding til Stortinget. Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo 2012-2013.
44. Helseplattformen. Hva er helseplattformen? Nettside sitert 10.11.2023 <https://www.helseplattformen.no/om-oss/hva-er-helseplattformen>.
45. Helsetilsynet. Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Sitert 12.11.2023 <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/rapport-fra-tilsyn-ved-st-olavs-hospital-etter-innfoering-av-helseplattformen/#>. 2023.
46. Pedersen REO, Kristoffer. Hvordan Helseplattformen har påvirket kvalitet og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten. Erfaringer fra et sykehjem i Trondheim kommune. Bacheloroppgave.

NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap. Sitert 15.11.2023 <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/3079407/no.ntnu%3ainspera%3a146721298%3a147643865.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 2023.

7 Vedlegg

7.1 Intervjuguide sykehjemsleger

Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer

-

Sykehjemsleger

Prosjektet

*«Samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i
Voss lokalsykehusområde»*

UiO

Informasjonsskriv og samtykkeform deles ut, presenteres og underskrives.

- Prosjektet er godkjent av NSD. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Vi skal ta opp intervjuet med båndopptaker. Dere vil bli aidentifisert i intervjutranskriptene, navn vil bli kodet, og alle personopplysninger vil slettes ved prosjektslutt (010623).
- Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Du må i så fall kontakte forsker på prosjektet, enten via epost, eller ved å si ifra direkte under intervjuet.
- I dag: 4 tema
 - deres personlige oppfatninger, ideer og opplevelser
 - Håper på diskusjon mellom dere.
- Noen spørsmål om opplegget før vi starter?

- Båndopptaker settes på.

- Alle deltakere presenterer seg med
 - Fornavn
 - stilling
 - spesialitet(er) eller i spesialisering
 - fulltids- eller deltidsstilling som sykehjemslege
 - ansiennitet

Tema 1

- Hvordan oppleves prosessen ved behov for innleggelse eller vurdering ved sykehus?
 - Hvordan tas beslutninger om behandling av alvorlig syke sykehjemspasienter?
 - Hvordan oppleves kommunikasjonen med sykehuslegene i denne situasjonen?

Tema 2

- Tvil eller uenighet om behandling og behandlingsnivå
 - Hvordan blir dette avgjort?
 - Hvordan er kommunikasjon mellom sykehusleger og sykehjemsleger om dette?
 - Hvordan løses dette utenom vanlig arbeidstid?

Tema 3

- Hvordan oppleves prosessen med utskriving fra sykehus eller tilbakemelding etter poliklinisk sykehusbesøk?
 - Hvordan fungerer epikriser eller polikliniske notater?
 - Hvordan er opplevelsen rundt «utskrivingsklare pasienter»?

Tema 4

- Dialog og samarbeid mellom sykehusleger og sykehjemsleger
 - Uenighet mellom nivåene
 - Hva fungerer og hva fungerer ikke
 - Forslag til forbedring

Avslutningsspørsmål

- Kommentarer til dette prosjektet generelt? (kan også sendes på epost etter møtet)
- Føler dere at dere har fått uttrykket dere åpent og ærlig i dette forumet?

7.2 Intervjuguide sykehusleger

Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer

-

Sykehusleger

Prosjektet

*«Samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i
Voss lokalsykehusområde»*

UiO

Informasjonsskriv og samtykkeform deles ut, presenteres og underskrives.

- Prosjektet er godkjent av NSD. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Vi skal ta opp intervjuet med båndopptaker. Dere vil bli aidentifisert i intervjutranskriptene, navn vil bli kodet, og alle personopplysninger vil slettes ved prosjektslutt (010623).
- Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Du må i så fall kontakte forsker på prosjektet, enten via epost, eller ved å si ifra direkte under intervjuet.
- I dag: 4 tema
 - deres personlige oppfatninger, ideer og opplevelser
 - Håper på diskusjon mellom dere.
- Noen spørsmål om opplegget før vi starter?

- Båndopptaker settes på.
- Alle deltakere presenterer seg med
 - fornavn
 - fagområde
 - stilling
 - ansiennitet

Tema 1

- Hvordan oppleves prosessen ved behov for innleggelse eller vurdering ved sykehus av sykehjemspasienter?
 - Hvordan oppleves kommunikasjonen med sykehjemslegene i denne situasjonen?
 - Hvordan fungerer henvisningsskrivene?
 - Hvordan tas beslutninger om behandlingsnivå av alvorlig syke sykehjemspasienter?
- 1) Evne – Vet du hvordan få tak i dem?
 - 2) Mulighet – Får du tak i dem? Har du tid?
 - 3) Motivasjon – Er kontakt ønskelig?

Tema 2

- Tvil eller uenighet om behandling og behandlingsnivå
 - Hvordan blir dette avgjort?
 - Hvordan er kommunikasjon mellom sykehusleger og sykehjemsleger om dette?
 - Hvordan løses dette utenom vanlig arbeidstid?

- 1) Evne
- 2) Mulighet
- 3) Motivasjon

Tema 3

- Hvordan oppleves prosessen med utskriving fra sykehus eller tilbakemelding etter poliklinisk sykehusbesøk?
 - Hvordan er kommunikasjon med sykehjemslegene omkring pasientene i denne situasjonen?
 - Hvordan er opplevelsen rundt «utskrivingsklare pasienter»?

- 1) Evne
- 2) Mulighet
- 3) Motivasjon

Tema 4

- Dialog og samarbeid mellom sykehusleger og sykehjemsleger
 - Uenighet mellom nivåene
 - Hva fungerer og hva fungerer ikke
 - Forslag til forbedring

1) Evne

2) Mulighet

3) Motivasjon

Avslutningsspørsmål

- Kommentarer til dette prosjektet generelt? (kan også sendes på epost etter møtet)
- Føler dere at dere har fått uttrykket dere åpent og ærlig i dette forumet?

7.3 Samtykkeskjema sykehjemsleger

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i Voss lokalsykehusområde»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hemmere og fremmere i samhandlingen mellom sykehjemsleger og sykehusleger i Voss lokalsykehusområde. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien er en del av en masteroppgave ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo. Studenten har en bistilling som praksiskonsulent ved Seksjon for samhandling i Helse Bergen. I Veileder for Praksiskonsulentordningen er det beskrevet at arbeidet skal favne alle deler av primærhelsetjenesten, men det har de siste årene vært mest fokusert på fastlegene og deres samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er ønske om å løfte samhandlingen mellom sykehus og sykehjem i Voss lokalsykehusområde. Imidlertid er det lite kunnskap om hvilke utfordringer som er i samhandling mellom sykehus og sykehjem nå. Praksiskonsulentene får lite eller ingen henvendelser om dette temaet. Med denne studien vil en å gå i dybden på de fremmere og hemmere som er i samhandlingen mellom sykehus og sykehjem. Slik kan en få et utgangspunkt for senere kvalitetsforbedringsprosjekter i Voss lokalsykehusområde.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet. Studien gjøres i samarbeid med Voss lokalsykehus og Seksjon for samhandling i Helse Bergen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien gjøres som to fokusgruppeintervjuer.

Den ene gruppen er sykehjemsleger. Det er sendt forespørsel om deltagelse til alle sykehjemsleger i Voss lokalsykehusområde.

Den andre gruppen av sykehusleger. Legene er plukket ut av avdelingsoverlegene på de kliniske avdelingene ved Voss sjukehus med tanke på å få best mulig bredde i erfaringsbakgrunn og spesialistområde.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du er med på ett fokusgruppeintervju med varighet 60-90 minutter. Du er da i gruppe med bare sykehjemsleger. Det vil bli gjort lydopptak og notater fra dette intervjuet. Intervjuet vil handle om samhandlingen mellom sykehjemsleger og sykehusleger på generelt nivå. Det vil ikke bli diskutert enkeltpasienter i intervjuet. Intervjuet vil bli transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Jeg vil også be om noen opplysninger om deg i intervjuet. Dette vil være informasjon om du er under utdanning (LIS 1/2/3) eller er legespesialist, eventuelt hvilken spesialitet og om du har deltids- eller fulltidsstilling ved sykehjem.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Intervjuet og transkripsjonen av dette vil lagres en datamaskin låst med kode.

Funnene vil bli presentert i en masteroppgave. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i denne.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 010623. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres, og listen med personopplysninger blir slettet. Lydopptak vil også bli slettet etter at det er transkribert. Personopplysninger anonymiseres i transkripsjonen.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- student Eldfrid Nerland Haukenes ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo
- professor Terje Hagen ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, Universitetet i Oslo

Sykehjemsleger

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Eldfrid Nerland Haukenes

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i Voss lokalsykehusområde**» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker)

7.4 Samtykkeskjema sykehusleger

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i Voss lokalsykehusområde»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hemmere og fremmere i samhandlingen mellom sykehjemsleger og sykehusleger i Voss lokalsykehusområde. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien er en del av en masteroppgave ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo. Studenten har en bistilling som praksiskonsulent ved Seksjon for samhandling i Helse Bergen. I Veileder for Praksiskonsulentordningen er det beskrevet at arbeidet skal favne alle deler av primærhelsetjenesten, men det har de siste årene vært mest fokusert på fastlegene og deres samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er ønske om å løfte samhandlingen mellom sykehus og sykehjem i Voss lokalsjukehusområde. Imidlertid er det lite kunnskap om hvilke utfordringer som er i samhandling mellom sykehus og sykehjem nå. Praksiskonsulentene får lite eller ingen henvendelser om dette temaet. Med denne studien vil en å gå i dybden på de fremmere og hemmere som er i samhandlingen mellom sykehus og sykehjem. Slik kan en få et utgangspunkt for senere kvalitetsforbedringsprosjekter i Voss lokalsykehusområde.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet. Studien gjøres i samarbeid med Voss lokalsjukehus og Seksjon for samhandling i Helse Bergen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien gjøres som to fokusgruppeintervjuer.

Den ene gruppen er sykehjemsleger. Det er sendt forespørsel om deltagelse til alle sykehjemsleger i Voss lokalsykehusområde.

Den andre gruppen av sykehusleger. Legene er plukket ut av avdelingsoverlegene på de kliniske avdelingene ved Voss sjukehus med tanke på å få best mulig bredde i erfaringsbakgrunn og spesialistområde.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du er med på ett fokusgruppeintervju med varighet 60-90 minutter. Du er da i gruppe med bare sykehusleger. Det vil bli gjort lydopptak og notater fra dette intervjuet. Intervjuet vil handle om samhandlingen mellom sykehjemsleger og sykehusleger på generelt nivå. Det vil ikke bli diskutert enkeltpasienter i

intervjuet. Intervjuet vil bli transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Jeg vil også be om noen opplysninger om deg i intervjuet. Dette vil være hvilken spesialitet du har eller er under spesialisering i, hvilken stilling du har (LIS 1/2/3 eller overlege og ca hvor lenge du har jobbet ved Voss sjukehus.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Intervjuet og transkripsjonen av dette vil lagres en datamaskin låst med kode.

Funnene vil bli presentert i en masteroppgave. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i denne.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 010623. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres, og listen med personopplysninger blir slettet. Lydopptak vil også bli slettet etter at det er transkribert. Personopplysninger anonymiseres i transkripsjonen.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Sykehusleger

- student Eldfrid Nerland Haukenes ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo
- professor Terje Hagen ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, ved Universitetet i Oslo
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, Universitetet i Oslo
- Personvernombud Helse Bergen: Christer Kleppe

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på tlf: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Eldfrid Nerland Haukenes

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i Voss lokalsykehusområde**» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)