

Samarbeidets vilkår etter Samhandlingsreformen - en enkeltcase-studie

Therese Dwyer Løken og Jörg W. Kirchhoff

Therese Dwyer Løken, høgskolelektor, Høgskolen i Østfold, Avdeling for Helse og Velferd, therese.d.loken@hiof.no

Jörg W. Kirchhoff, førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold, Avdeling for Helse og Velferd, jorg.kirchhoff@hiof.no

Abstract

The conditions for collaboration after the Coordination Reform – a single-case study

The home nursing care is responsible for providing health care to patients with chronic and complex disorders in the municipality. This requires inter-professional collaboration between the nurses and general practitioners (GP`s). This article explores how the Coordination Reform has affected the collaboration between GP`s and nurses in the home nursing care, and what organisational factors are important for the collaboration. The results are based on a case study with focus group interviews including 20 nurses and in depth interviews with four GP`s. Analysis revealed that the Coordination reform has led to an asymmetry in the need for collaboration where the nurses have an increase in the need for collaboration. In addition, nurses wanted more meetings in patients` homes to discuss patients' health care needs. However, the funding system attached to the GP`s and their role as self-employed was an organisational barrier meeting nurses' needs.

Keyword/Nøkkelord

hjemmesykepleie; fastleger; Samhandlingsreformen; tverrprofesjonelt samarbeid; organisatoriske faktorer

home nursing care; general practitioners; the Coordination Reform; interprofessional collaboration; organisational factors

Referee*

<http://doi.org/10.7557/14.4570>



©Year The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

I Samhandlingsreformen identifiseres eldre mennesker med kroniske lidelser som en av hovedutfordringene for helse- og omsorgssektoren, samtidig som det er en gruppe med store og økende samhandlingsbehov (Meld. St. 47 (2008-2009)). Denne pasientgruppa er kompleks, som følge av flere og ofte alvorlige behandlingkrevende sykdomstilstander. I tillegg er dette pasienter som etter Samhandlingsreformen oftere og raskere skrives ut til hjemmesykepleien etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen, 2014; Grimsmo, 2013; Nordheim & Thoresen, 2015; Sæterstrand, Holm & Brinchmann, 2015). Hjemmesykepleiens ansvar i neste omgang er å videreføre iverksatt behandling og koordinere helsehjelpen som ofte ytes av mange ulike tjenesteytere (Fjørtoft, 2014).

Hjemmesykepleien har ansvar for å yte grunnleggende pleie- og omsorgstjenester til innbyggere som bor i eget hjem (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Tjenestene skal ivareta pasienters basale fysiologiske behov, som ernæring, eliminasjon, personlig hygiene og legemiddelhåndtering, men også psykososiale behov som fellesskap og nærhet (Verdighetsgarantiforskriften, 2009). Hjemmesykepleien er også styrt av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som blant annet har som formål å sikre samhandling mellom tjenesteytere, deriblant fastlegene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). Fastlegen har ansvar for å ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne pasienter. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal fastlegen informere om dette, samt medvirke ved utarbeidelse av individuell plan og tildeling av koordinator i kommunen (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2014). I arbeidet med eldre mennesker med kroniske lidelser er fastlegene en av hjemmesykepleiens viktigste samarbeidspartnere, siden de har det medisinske ansvaret for pasientene. Tverrprofesjonelt samarbeid mellom fastleger og sykepleiere i hjemmesykepleien er av den grunn avgjørende for at pasienten skal få god og nødvendig helsehjelp, samt motvirke feilmedisinering og feilbehandling (Rognstad & Straand, 2004).

Tverrprofesjonelt samarbeid viser til prosessene hvor ulike profesjoner samarbeider om et felles mål (Willumsen, 2014). Samarbeidet fører til at profesjonene er gjensidig avhengig av hverandre, som for eksempel ved koordineringen av nødvendig helsehjelp. Selv om lovverket er tydelig på at kommunene skal ha en organisering som legger til rette for tverrprofesjonelt samarbeid (Fjørtoft, 2014; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) viser forskning at samarbeidet mellom tjenestene fortsatt er mangelfullt (Borgen, Melby, Hellesø & Steinbekk, 2016; Tingvoll, Sæterstrand & Fredriksen, 2010).

I en omfattende analyse av hva som påvirker samarbeidet i helseorganisasjoner peker forfatterne blant annet på organiseringen av tjenesten og organisasjonens omgivelse som betydningsfulle faktorer (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005). Med utgangspunkt i analysen presenterer de et teoretisk rammeverk som omfatter faktorer både på relasjonelt, samt på systemisk og organisatorisk nivå. Til organisasjonsfaktorene hører blant annet organisasjonsstrukturen, ledelsen, ressurser i form av tid og steder til å møtes, samt koordinasjonsmekanismer i form av regler og prosedyrer for samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Johnson, Wistow, Schulz og Hardy (2003) peker dessuten på fordelingen av økonomiske ressurser både i og mellom organisasjoner som betydningsfullt for tverrprofesjonelt samarbeid.

Forskning på tverrprofesjonelt samarbeid i det norske helsevesenet bekrefter betydningen av organisatoriske faktorer. For eksempel viser forskningen at koordineringen av samarbeidet via standardiserte prosedyrer og digital informasjonsutveksling kan være med på å fremme samarbeidet i hjemmetjenesten (Borgen et al 2009). I tillegg har det blitt identifisert at det er behov for ulike møtearenaer for å fremme samarbeid (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010; Nissen & Kjelberg, 2010; Rytter, Jacobsen, Rønholt, Hammer, Andreasen, 2010; Statens Helsetilsyn, 2010). Dessuten har kontinuitet i møtene mellom samarbeidspartene (Friman et al 2010; Statens Helsetilsyn, 2010) og at noen av møtene foregår i pasientens hjem betydning (Rytter et al., 2010). Et siste moment er betydningen av de økonomiske rammene og incentivene for samarbeid, der Grytten, Skau, Sørensen og Aasland (2003) blant annet har sett at finansieringsordningen til fastlegene påvirker graden av samarbeid.

Nyere forskning etter innføringen av Samhandlingsreformen bekrefter at mange av utfordringene fortsatt er knyttet til organisatoriske forhold. I en studie av fastleger fant forskerne blant annet at deres arbeidshverdag er organisert slik at samarbeid utover enkeltpasienter kan være utfordrende å få til (Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde & Aarseth, 2016). Dette fremheves også i Stortingsmelding 26 (Meld. St. 26 (2014-2015)), der det fremkommer at fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Siden fastlegers inntekt er avhengig av antall konsultasjoner per dag (Helfo, 2016) vil det av den grunn ofte være fastlegen som setter standard for omfanget av samarbeidsmøter, dialog og samhandling om pasientene (KS, 2014). Med utgangspunkt i at samarbeidet mellom de ulike aktørene i helsetjenesten påvirkes av organisatoriske faktorer er det av den grunn behov for organisatoriske løsninger som skaper rom for samarbeid mellom helsepersonell (Sæterstrand et al., 2015).

Mange oppgaver knyttet til helsehjelpen til syke eldre mennesker med kroniske lidelser har etter Samhandlingsreformen blitt flyttet fra spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten (Meld. St. 47 (2008-2009)). Det er derfor viktig å

identifisere de faktorene som påvirker tverrprofesjonelt samarbeid, slik at pasientene får helhetlig og koordinert behandling og pleie (Meld. St. 29 (2012-2013)). Betydningen av organisatoriske faktorer for samarbeidet er imidlertid fortsatt lite utforsket (Mulvale, Embrett & Razavi, 2016). Av den grunn er hensikten med denne artikkelen å studere hvordan Samhandlingsreformen har påvirket samarbeidet mellom fastleger og sykepleiere i hjemmesykepleien, og hvilke organisatoriske faktorer som har betydning for samarbeidet.

Metode og utvalg

For å studere samarbeidet mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og fastleger i kommunen valgte vi en enkeltcase-studie. Dette er et design som er egnet når et fenomen i en sosial enhet avgrenset i tid og rom studeres (Andersen, 2013; Jacobsen, 2015). Vår case er en middels stor kommune på Østlandet, med 11,3 legeårsverk / 10000 innbygger i kommunen og 40,9 mottakere av hjemmetjenester / 1000 innbyggere. Casen har dermed en litt høyere andel legeårsverk og mottakere av hjemmetjenester enn i landet for øvrig, dvs. 10,5 legeårsverk / 10000 innbyggere og 40,4 mottakere av hjemmetjenester / 1000 innbyggere (SSB).

Med utgangspunkt i casen ønsket vi i neste omgang å få frem en detaljert beskrivelse av samarbeidet mellom de ulike aktørene, det vil si sykepleierne og fastlegene. For å få frem nyansene i samarbeidet ble det valgt fokusgruppeintervju under datainnsamlingen blant sykepleierne, mens det ble brukt individuelle dybdeintervjuer blant fastlegene. Hensikten med fokusgruppeintervju som metode er å samle ulike deltakere om noe de har til felles (Kitzinger, 1994; Krueger & Casey, 2000; Merton & Kendall, 1946), som i denne studien var deres felles erfaringer og opplevelser knyttet til samarbeidet med fastlegene. Et annet aspekt ved fokusgruppeintervjuene var å utnytte dynamikken mellom deltakerne for å identifisere og diskutere felles erfaringer knyttet til samhandlingen med fastlegene (Malterud, 2012).

Siden fastlegenes praksis var lokalisert ulike steder i kommunen, hadde de utfordringer med å forlate kontoret for å møtes som gruppe. For å få tilgang på fastleger som deltakere ble det av den grunn valgt å gjennomføre individuelle dybdeintervjuer på deres arbeidsplass. I likhet med fokusgruppeintervjuer fikk vi ved hjelp av individuelle dybdeintervjuer kvalitative data for å belyse tematikken vi studerte i et helhetlig perspektiv (Jacobsen, 2015).

Datainnsamlingen ble utført i løpet av sommeren 2014. Hovedkriteriet for utvelgelsen av deltakere var at det eksisterte et reelt samarbeid om felles pasienter i kommunen. I tillegg skulle deltakerne ha minst ett års arbeidserfaring i den aktuelle kommunen og være i arbeid under datasamlingen. Innledningsvis fikk både fastleger og virksomhetene som tilbød hjemmesykepleie tilsendt et brev med informasjon om studien og en skriftlig henvendelse om å delta. Fast-

legene ble deretter rekruttert under en telefonsamtale for å følge opp den skriftlige forespørselen. I alt fire av de åtte fastlegene som ble kontaktet deltok i studien. Av disse fire var det to kvinner og to menn. Alderen var fra 32-50 år. Fastlegene ble intervjuet av førsteforfatter på sine respektive kontorer og intervjuene varte fra 30-60 minutter.

Av i alt syv virksomheter som tilbød hjemmesykepleie i kommunen valgte fire virksomheter å delta i studien. Hver virksomhetsleder valgte selv ut fem sykepleiere som fylte kriteriene. Det ble totalt fire fokusgrupper bestående av fem sykepleiere. Av de totalt 20 sykepleierne var det 18 kvinner og to menn. Alderen var fra 25-52 år. Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med hver gruppe. Sykepleierne ble intervjuet i sin arbeidstid, og hvert intervju varte i 60 minutter.

Både fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene tok utgangspunkt i samme pre-strukturerte intervjuguide, det vil si at deltakerne fikk belyst sentrale tema om samarbeid mellom aktørene, men også fikk anledning til å samtale om andre tema enn de som var omfattet av guiden (Jacobsen, 2015). Sentrale tema i guiden var samarbeid om felles pasienter, hvordan de organiserte sitt arbeid, støtte fra ledelsen, ressurser i form av tid og sted, samt koordinasjons- og kommunikasjonsmekanismer. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter, og ble registrert ved hjelp av lydopptaker. Intervjuene ble i etterkant transkribert ordrett, samt anonymisert under transkripsjonen.

Analyse

For å få en oversikt over materialet ble alle intervjuene lest innledningsvis. Deretter ble intervjuene analysert i samsvar med Yins (2007) prinsipper for en teoristyrte innholdsanalyse, som er en foretrukken analysestrategi innenfor casestudier (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010). Dette innebar at utsagn fra intervjuene ble kategorisert ut fra de organisatoriske faktorene i vårt teoretiske rammeverk. I den videre analysen studerte vi eventuelle koblinger mellom de organisatoriske faktorene ved hjelp av display (Miles & Huberman, 1994), som blant annet omfatter kausaldiagrammer eller grafiske fremstillinger av faktorer som en finner under analysen.

Etiske overveielser

Deltakerne fikk tilsendt et informasjonsbrev i forkant av intervjuene i tillegg til at de ble muntlig informert før selve intervjuet. De fikk også informasjon om muligheten til å trekke seg fra datainnsamlingen når som helst. Alle ga samtykke til deltakelse før intervjuene startet. Dessuten fikk deltakerne beskjed om at de ikke behøvde å si navnet sitt, men at de gjerne kunne si noe om stillingen de jobbet i og hvor lenge de hadde jobbet på det aktuelle stedet. I transkriberingen ble navnet på deltakerne endret til deres yrkesbakgrunn, det vil si sykepleier eller fastlege. I etterkant av studien ble intervjuene slettet for å sikre anonymisering

av deltakerne, samt at deltakernes utsagn er gjengitt i henhold til prinsippet om konfidensialitet (Jacobsen, 2015). I tillegg ble prosjektet meldt inn til NSD (Norsk Senter for forskningsdata), men ble vurdert som ikke meldepliktig.

Resultat

Under intervjuene kom det tydelig frem at både sykepleierne og fastlegene uttrykte et behov for og ønske om samarbeid. Behovet var først og fremst knyttet til informasjonsutveksling om felles pasienter, slik at begge parter kunne tilby pasientene gode og forsvarlige helsetjenester. Samtidig ble det uttrykt forskjeller i behov for samarbeid etter innføringen av Samhandlingsreformen, der sykepleierne opplevde et økt behov mens fastlegenes behov var uendret. I tillegg medførte den økte kompleksiteten i pasienters medisinske tilstand at sykepleierne opplevde et behov for direkte samarbeid i pasienters hjem. Det forelå imidlertid organisatoriske faktorer som gjorde det vanskelig for fastlegene å imøtekomme deres behov.

Ulike behov for samarbeid

Sykepleierne gav tydelig uttrykk for at behovet for samarbeid hadde økt etter innføringen av Samhandlingsreformen. Pasientene var sykere, hadde flere sammensatte behov som skulle dekkes og trengte hyppigere helsehjelp. Endringene førte til at sykepleierne opplevde et økt ansvar for at helsehjelpen var faglig forsvarlig, og dermed oftere hadde behov for å komme i kontakt med fastlegene enn tidligere, noe som er illustrert i følgende sitat.

«Det er mer trykk og dårligere pasienter hjemme nå etter Samhandlingsreformen. Mer faller på oss og da må vi ha tettere kontakt med legene» (Sykepleier).

Fastlegene hadde lagt merke til at sykepleierne oftere henvendte seg til dem. Samtidig opplevde de ingen endringer i sine behov for samarbeid etter Samhandlingsreformen, og mente at samarbeidet med hjemmesykepleieren var tilstrekkelig.

I tillegg opplevde fastlegene at de samarbeidet ofte i situasjoner der pasienter hadde endringer i helsetilstanden, for eksempel ved mistanke om infeksjoner. Fastlegene uttrykte at de da hadde behov for kliniske observasjoner og objektive målinger knyttet til disse endringene slik at de lettere kunne vurdere riktige behandlingstiltak.

«Om vi skal forbedre samarbeidet på ulike nivåer så må vi sørge for at innholdet [på informasjonen] er veldefinert og formet (...). Det vil si ALERT eller liknende med ett sett punkter.» (Fastlege).

Fastlegens behov for at informasjonen var i samsvar med ALERT, et standardisert verktøy for å kartlegge pasienters kliniske status, illustrerer deres

behov for medisinsk informasjon for å kunne samarbeide om felles pasienter. Sykepleierne bekreftet at informasjonsutvekslingen med fastlegene i senere tid var enda mer medisinsk orientert enn tidligere og at de av den grunn var godt forberedt når de henvendte seg til fastlegene.

«Alt vi har jobba med det siste året, i form av klinisk blick og være forberedt med konkrete meldinger når vi ringer. Vi kan ikke bare si at pasienten ikke er helt i form, men ha gjort en god kartlegging før vi ringer» (Sykepleier).

Vi finner med andre ord at samarbeidet i økende grad bærer preg av medisinskorientert informasjonsutveksling. Dette ble ytterligere forsterket ved innføringen av en digital plattform for samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene i kommunen, det vil si E-link. Hensikten var å sikre kontinuerlig informasjonsutveksling mellom fastlegene og hjemmesykepleien. Begge parter mente at E-link var godt egnet for samarbeid om felles pasienter, samt at informasjonsutvekslingen ble dokumentert i pasientjournalen.

I tillegg til et økt behov om samarbeid blant sykepleierne og at samarbeidet i større grad var knyttet til utveksling av medisinsk informasjon, uttrykte sykepleierne et behov for direkte samarbeid med fastlegene i pasientens hjem.

Behov for direkte samarbeid

Sykepleierne opplevde behov for samarbeid i pasientens hjem når telefonkonsultasjoner eller elektronisk meldingsutveksling var utilstrekkelig for å avklare pasienters helsetilstand. I de situasjoner tok sykepleierne initiativ til å møte fastlegen hjemme hos pasienten for å gjennomføre den kliniske og medisinske vurderingen. Denne formen for direkte samarbeid forekom av den grunn uregelmessig.

Sykepleierne var fornøyde med hjemmebesøkene fordi de viste seg å tjene flere formål. Hjemmebesøk innebar både en avansert medisinsk vurdering av pasienten og de fikk et møte med fastlegen, der de fikk drøftet pasienttilfellet ansikt til ansikt. En av sykepleierne uttrykte det på følgende måte:

«Faste møter med fastlegene er helt fraværende. Det må bli på hjemmebesøk og sånn bare. Det er da vi ser legene. Ikke ellers.» (Sykepleier).

Fastlegene derimot opplevde det som svært utfordrende å foreta hjemmebesøk. For det første strakk ikke tiden til siden de hadde fulle lister på kontoret. Dessuten medførte hjemmebesøk et økonomisk tap. En av legene sa følgende:

«Egentlig skulle jeg tjent 10 prosent mer fordi jeg faktisk skal gå ned halvparten av tiden på kontoret her (...) og det er jo noe med denne ventetiden. Hvis du må ut på et hjemmebesøk som er et stykke unna og bli borte et par timer så kommer du tilbake og har to timers ventetid på venterommet». (Fastlege)

Utsagnet illustrerer både de økonomiske konsekvensene av hjemmebesøk for fastlegene, og en økt arbeidsbelastning med pasienter som satt ventende på fastlegekontoret. Til slutt uttrykte en fastlege en sårbarhet rundt det å ta hjemmebesøk hos pasientene. Hjemme hos pasientene hadde de ikke samme tilgang på informasjon, samt at det ofte manglet nødvendig utstyr for å stille riktige diagnoser og iverksette rette behandlinger og tiltak.

Diskusjon

Denne studien viser at Samhandlingsreformen medførte et økt behov for samarbeid blant sykepleierne i hjemmesykepleien, mens fastlegenes behov var uendret. I tillegg førte økningen i pasienter med behov for medisinsk oppfølging til at innholdet i informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere og fastlegen i større grad var medisinsk orientert. Dessuten ønsket sykepleierne mer direkte samarbeid med fastlegene i pasienters hjem. Organisatoriske forhold gjorde det imidlertid vanskelig for fastlegene å imøtekomme sykepleiernes behov. I vår avsluttende diskusjon ønsker vi av den grunn å rette oppmerksomheten på forskjellene i behov for samarbeid og betydningen av organisatoriske faktorer for direkte samarbeid.

Forskjellene i behov for samarbeid

Sykepleiernes opplevelse av et økt behov for samarbeid etter innføringen av Samhandlingsreformen er i samsvar med tidligere studier (Kassah & Tønnessen, 2016; Sæterstrand et al., 2015). En av hovedårsakene er en større kompleksitet i arbeidet i hjemmesykepleien etter innføringen av reformen (Gautun & Syse, 2013). For eksempel har omfanget av prosedyrer som tidligere ble utført i sykehusene økt, og hjemmesykepleien er blitt mer involvert i oppfølgingen av medisinske behandlingstiltak (Øyen, Corneliussen, Sunde, Mittenmeier, Strand, Solheim & Ytrehus, 2015). Pasientene kjennetegnes av at de har flere og mer sammensatte behov, de har kortere liggetid i sykehus og de har et mer omfattende behov for helsehjelp (Fjørtoft, 2016; Wyller, 2015). Sykepleiernes behov for mer samarbeid er med andre ord direkte knyttet til endringer i deres arbeidsoppgaver som følge av Samhandlingsreformen.

Fastlegene derimot opplevde ingen endringer i behovet for samarbeid som følge av Samhandlingsreformen. En mulig forklaring er at reformen verken har endret på fastlegenes arbeidsoppgaver eller deres organisatoriske tilknytning til hjemmesykepleien (Kirchhoff et al., 2016). Samtidig opplevde fastlegene at endringene i sykepleiernes behov medførte hyppigere henvendelser fra hjemmesykepleien med ønske om samarbeid om felles pasienter.

Forskjellene i behovet for samarbeid mellom partene skaper i neste omgang en asymmetri mellom sykepleierne og fastlegene, siden sykepleierne i større grad er blitt avhengig av samarbeidet med fastlegene i sitt arbeid. Som en konsekvens

finner vi at informasjonen, som utveksles under samarbeidet mellom partene, i større grad blir medisinsk orientert. Dette ble blant annet forsterket i fastlegenes vektning av den medisinske informasjonen som ble utvekslet via E-link. Fastlegene får med andre ord sette premissene for samarbeidet (Leonardsen, 2015; Steihaug, 2017), noe som utfordrer tanken om at tverrprofesjonelt samarbeid er ikke-hierarkisk i natur, siden det er ment at de profesjonelle skal dele makt innenfor avgjørelser rundt pasientene (Petri, 2010). Det er av den grunn interessant å studere nærmere om endringene som følge av Samhandlingsreformen også har endret fordelingen av makt i relasjonen mellom fastlegene og sykepleierne.

Betydningen av organisatoriske faktorer for direkte samarbeid

Et annet funn i denne studien er sykepleiernes behov for direkte samarbeid med fastlegen i pasienters hjem. Denne møteplassen ble vurdert som svært viktig av sykepleierne, da de i utgangspunktet ønsket flere faste møter med fastlegene og tettere samarbeid etter Samhandlingsreformen. Møtene i pasientenes hjem ga rom for profesjonelle diskusjoner vedrørende pasientene og deres situasjon, noe som sykepleierne vurderte som positivt for samarbeidet med fastlegene. Liknende funn er også gjort i Kassah og Tønnessens (2016) studie om hjemmesykepleieres erfaring med samhandling i kommunehelsetjenesten.

Fastlegene derimot anså møter i pasienters hjem som svært utfordrende. For det første innebar hjemmebesøk, som følge av refusjonsordningen, et økonomisk tap. En konsultasjon i pasientens hjem tok betraktelig lenger tid enn den ville gjort på fastlegekontoret og kunne i neste omgang føre til færre konsultasjoner i løpet av arbeidsdagen. Samtidig forelå det ingen incentiver eller økonomisk kompensasjon til fastlegene for å møte hjemmesykepleierne i pasienters hjem, noe som er funnet tidligere (Kirchhoff et al., 2016). I tillegg opplevde fastlegene at møter utenfor kontoret under arbeidstiden førte til forsinkelser for pasienter med timeavtale og en betydelig intensivering av arbeidsdagen, siden fastlegene møtte overfylte venteværelser hvis de måtte forlate kontoret i åpningstidene. Møter i pasienters hjem innebar dermed både et inntektstap og en mer krevende arbeidshverdag. Dette kan kobles til studien til Holte, Abelsen, Halvorsen og Olsen (2015) og tilhørende mediedebatt (Lie, 2017), om at Samhandlingsreformen utfordrer fastleger både tidsmessig og økonomisk.

Denne studien viser at Samhandlingsreformen har økt sykepleiernes behov for samarbeid med fastlegene, men at det finnes organisatoriske strukturer i fastlegeordningen som utfordrer samarbeidet mellom partene. Lignende funn er gjort av Caricati, Mancini, Sollani, Bianconcini, Guidi, Prandi, Silvano, Raffurelli og Artioli (2016), som peker på at organisatoriske forpliktelser har betydning for legenes holdning til samarbeid.

Metodiske overveielser

Våre funn bygger på data fra ulike metoder, det vil si fokusgruppeintervjuer av sykepleiere i hjemmesykepleien og individuelle dybdeintervjuer av fastleger. Forskjellen i valg av metoder har av den grunn ulike svakheter. Jacobsen (2015) viser blant annet til at tilstedeværelsen av flere deltakere kan føre til at enkelte enten ikke slipper til eller holder informasjon tilbake. Av den grunn ble det valgt at det ikke skulle være mer enn fem sykepleiere i hver fokusgruppe slik at intervjueren hadde mulighet til å regulere og stimulere til sykepleiernes deltakelse under intervjuet. Individuelle dybdeintervjuer derimot gir i større grad rom for at deltakerne kan få komme frem med sine synspunkter (Jacobsen, 2015). Dette sikrer imidlertid ikke at utsagnene er sannere enn ved fokusgruppeintervjuer, siden deltakerne kan ha «en egeninteresse i å snakke usant» (Jacobsen, 2015).

Bruken av ulike metoder for datasamlingen har dermed ulike svakheter som har betydning for påliteligheten ved våre data og dermed studiens troverdighet. Vi har imidlertid forsøkt å imøtekomme disse, blant annet i valg av deltakere og en kritisk refleksjon knyttet til kildenes informasjon (Jacobsen, 2015). Vi ønsket for eksempel at deltakerne faktisk samarbeidet om felles pasienter slik at vi fikk en mer troverdig beskrivelse av det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom aktørene. I tillegg ønsket vi at deltakerne hadde tilstrekkelig erfaring i sitt arbeid slik at de hadde en større variasjonsbredde i sitt samarbeid med henholdsvis fastleger eller sykepleiere i hjemmesykepleien.

Et annet moment er knyttet til studiens design. Siden våre funn er basert på en enkeltcase kan ikke resultatene generaliseres på alle fastleger og sykepleiere i hjemmesykepleien i Norge. Samtidig åpner casedesign for en teoretisk generalisering, det vil si å utforme påstander som kan testes ved senere studier (Miles & Huberman, 1994). Det er blant annet rimelig å anta at finansieringsordningen til fastlegene er en betydningsfull organisatorisk faktor på tvers av norske kommuner.

Avslutningsvis kan det problematiseres om valg av teoristyrte analyse har ført til at andre relevante faktorer for samarbeidet ikke er avdekket. Dette utelukker imidlertid ikke forekomsten av faktorene som er avdekket ved bruk av eksisterende teori i denne studien (Johannesen et al., 2010).

Konklusjon

Denne studien viser at både fastleger og sykepleiere i hjemmesykepleien erkjenner et behov for tverrprofesjonelt samarbeid. Samtidig førte Samhandlingsreformen til en asymmetri i behovet for samarbeid, der sykepleierne hadde et økt behov for samarbeid mens fastlegenes behov var uendret.

Funnene indikerer at asymmetrien i neste omgang styrker fastlegenes rolle som premissleverandør for samarbeidet, siden informasjonsutvekslingen i større grad har blitt mer medisinsk orientert. Funnene kan følges opp i senere studier ved å undersøke om Samhandlingsreformen har endret relasjonen mellom aktørene.

I tillegg fant vi at sykepleierne ønsket flere møter i pasienters hjem for å diskutere pasienters helsetilstand og deres behov for helsehjelp. Finansieringsordningen knyttet til fastlegeordningen samt deres rolle som selvstendige næringsdrivende var imidlertid en organisatorisk barriere for å imøtekomme sykepleiernes behov.

Denne studien indikerer at Samhandlingsreformen har økt behovet for samarbeid, men at organisatoriske faktorer knyttet til fastlegeordningen gjør dette vanskelig. Det er av den grunn behov for organisatoriske endringer for å styrke samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleien for å sikre faglig forsvarlige tjenester.

Litteratur

- Abelsen B., Gaski M., Nødland S.I. & Stephansen A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Stavanger: IRIS – 2014/382.
- Andersen, S.S. (2013). *Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R. & Steinsbekk, A. (2016). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien Forskning* 1(11), 26-33. doi: <https://10.4220/Sykepleienf.2016.5683>
- Caricati, L., Mancini, T., Sollami, A., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., Taffurelli, C. & Artioli, G. (2016). The role of professional and team commitments in nurse–physician collaboration. *Journal of Nursing Management* 24(85), 192–200.
- Fjørtoft, A-K. (2014). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Friman, A., Klang, B. & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of Interprofessional Care*. 24 (1), 90-99. doi: <https://10.3109/13561820903078249>
- Gautun H. & Syse A. (2013). *Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Grimsmo A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*. 1 (2), 148–55. doi: <https://10.4220/sykepleienf.2013.0053>

- Grytten, J., Skau, I., Sørensen, R. J. & Aasland, O. G. (2003). *Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud* (BI-Forskningsrapport 11/2003). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/94246/2005-04-grytten-sorensen-skau.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helfo (2016). *Regelverk og takstar for lege*. Tilgjengelig fra: <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-lege> (lastet ned 11.06.2016).
- Holte, J. H., Abelsen, B., Halvorsen, P. A. & Olsen, J.A. (2015). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research*. 15(119). doi: <https://10.1186/s12913-015-0777-4>
- Huemer, J. & Eriksen, L. (2017). Teknologi i Samhandlingsreformen. Utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjons-teknologi i kommunehelsetjenesten. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 17 (1) 48-62.
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstract forlag AS.
- Johnson, P., Wistow, G., Schulz, R., & Hardy, B. (2003). Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values. *Journal of Interprofessional Care*. 17(1) 69-83.
- Kassah, B. L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 19 (4) 342-358.
- Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I. & Aarseth, T. (2016). Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? *Tidsskriftet for omsorgsforskning*. 02 (2) 95-106.
doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-04>
- KS (2014) FoU- prosjekt: Kommunal legetjeneste- kan den ledes? Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/contentassets/62ef93c685934600a7886822835fb5dd/hovedfunn.pdf>.
- Leonardsen, A.-C. L., (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 02 (5) 218-227.
- Lie, A.D. (2017). Fastlønn for fastleger? Ja, takk. *Aftenposten*, 02.02.2017.
- Kitzinger J. (1994) The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*. 16 (1) 103-120.
- Krueger R. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups : a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Calif. : Sage.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Oslo: Helsedepartementet.

- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helsedepartementet.
- Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling- på rette sted- til rett tid*. Oslo: Helsedepartementet.
- Merton R. K. & Kendall, P. L. (1946). The focused Interview. *American Journal of Sociology*. 51, 541-557.
- Miles MB & Huberman AM. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Mulvale, G., Embrett, M. & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family practice* 17 (83). doi: <https://10.1186/s12875-016-0492-1>
- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*. 01(10) 14-22. doi: <https://10.4220/Sykepleienf.2015.5334>
- Petri, Laura (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*. 45(2) 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>
- Prop. 92 L (2010-2011). (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II). [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rognstad, S. & Straand, J. (2004). Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 6 (124) 810-812.
- Rytter, L., Jakobsen, H. N., Rønholt, F., Hammer, A. V., Andreasen, A. H., Nissen, A. & Kjellberg, J. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 28 (3) 146-153. <https://doi.org/10.3109/02813431003764466>
- San Martin- Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D 'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (1) 132-147.
- Statens Helsetilsyn. *Veileder for tilsyn med fastlegenes legemiddelbehandling av eldre som mottar helse- og omsorgstjenester* (Internserien 5/2010). Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/fastlege_legemiddelbehandling_eldre_internserien5_2010.pdf 16 (lastet ned 12.06.2016).
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 17(3) 205-215. doi: <https://10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06>
- Sæterstrand, T.M., Holm, S.G. & Brinchmann, B.S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleie*, 01 (29) 4-17.
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & Fredriksen, S.-T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden- avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre

pasienter fra sykehus. *Nordic journal of nursing science*. 30(1) 29-34.
doi: <https://10.1177/010740831003000107>

Verdighetsgarantiforskriften (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Willumsen, E. (2014). *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici : en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Øyen, K. R., Corneliussen, H.G., Sunde, O.S., Mittenmeier, E., Strand, G.L., Solheim, M. & Ytrehus, S. (2015). *Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?* Høgskulen i Sogn og Fjordane R-Nr 1/2015 <http://hdl.handle.net/11250/278618>