

Mind
the
Gap!

16 juni

2008

Masteroppgaver i
Endringsledelse,
Samfunnsvitenskapelig
Institutt, Universitetet i
Stavanger, Vanja
Risanger

**Evaluering av
Praksiskonsulentordni
ngen, en
sammenlignende studie
ved 3 helseforetak, med
fokus på ulikheter i
organisering sett i
relasjon til
samhandling.**

MASTERGRADSSTUDIUM I

ENDRINGSLEDELSE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER 6.

FORFATTER Vanja Risanger

VEILEDER Terje Lie

Seniorforsker ved IRIS (International Research Institute of Stavanger)

OPPGAVETITTEL MIND THE GAP!

Evaluering av Praksiskonsulentordningen, en sammenlignende studie ved 3 helseforetak, med fokus på ulikheter i organisering sett i relasjon til samhandling.

EMNEORD/STIKKORD

Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Praksiskonsulentordningen

SIDETALL

68 (75 nummererte med innholdsfortegnelse og referanser)

STAVANGER

DATO/ÅR 16. Juni 2008

Forord

Våren 2008 var tiden kommet til masteroppgaven. Man skulle vise at man hadde lært å fly. Man skulle stake ut en kurs, hanskes med utfordringer, miste retningen, søke ly og stige til nye høyder på varme vinder. Man skulle ha krefter nok, kløkt nok, tillit nok og tid nok. Man skulle disponere, komparere, evaluere og konkludere. Og så skulle man lande, ved målet, presist, mykt og med nedslag. Det har vært kjekt, strevsomt og framfor alt; det har vært lærerikt: *Med tårer vanner man kunnskapens tre, og høster omsider erfaring (ukjent).*

De som skal takkes er: Terje Lie, forskningsleder ved IRIS og min veileder, som har utfordret meg, geleidet meg, hørt på meg og fått meg til å *se* i passe doser, tusen takk! Olav Thorsen, koordinator for PKO i Stavanger, som tok initiativ til prosjektet og hjalp det på vingene, tusen takk! Alle konsulenter og koordinatorene rundt i landet, *gløderene*, som velvillig har stilt opp til intervju og svart på spørsmål, tusen takk! Margrete, PKO-med-student, som diskuterte, reflekterte og oppmuntret: *You brightened my day!* En stor takk også til Sissel Hauge, som åpnet pengesekken og Gunhild, Ståle og Loddve som leste korrektur. Sist, men ikke minst; ExxonMobil, min arbeidsgiver, hvis støtte og aksept har gjort det hele mulig.

Stavanger, 12. juni 2008

Vanja Risanger

Sten Rasmussen, www.digit.no



Sammendrag

Hensikten med oppgaven var å finne svar på spørsmålet om organisering av Praksiskonsulentordningen (PKO) har betydning for arbeid for samhandling med helseforetakene. Sentrale faktorer som kan belyse problemstillingen er diskutert i oppgaven. Mer spesifikt har jeg undersøkt om antall praksiskonsulenter, størrelse på stillingsbrøk og sammensetning av ulike yrkesgrupper har betydning for det arbeid for samhandling man utfører. Dette er gjort på bakgrunn av PKO's og HF's syn på problematikken sett i lys av relevant teori og tidligere undersøkelser på området.

Utgangspunktet var å evaluere tre ulike ordninger gjennom en beslutningsorientert tilnærming, i den hensikt å skaffe til veie informasjon for umiddelbar bruk. De ordningene som er valgt ut i et strategisk utvalg er ordningene ved Stavanger Universitetssykehus Helse Stavanger HF, St. Olavs Hospital HF samt Sørlandet sykehus HF. Målet var å bidra til kunnskap om PKO som kan være med å utvikle ordningen videre, slik at kvaliteten på samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten kan bedres. Min hovedantagelse var at organisering av PKO har betydning for den samhandling som foregår mellom PKO og helseforetaket. Denne samhandlingen kan forventes å ha betydning for samhandling mellom de to linjene i norsk helsevesen i neste omgang, og til slutt føre til at pasienten opplever *sømløse pasientforløp*, som er et av hovedmålsetningene til PKO. Antagelsen er til en viss grad bekreftet.

Det er imidlertid delte meninger om hvilke organiseringsfaktorer som er viktig å vektlegge i de ulike ordninger, da forskjellige løsninger dekker ulike behov. Små stillinger vil kunne føre til at man kan ansette mange konsulenter og på den måten oppnå ha fleksibilitet og god representasjon av fastlegene i ordningen. Større stillingsstørrelser vil kunne føre til at man kan arbeide mer overordnet i prosjekter og i dybden samt øke synlighet i avdelingene. Flere yrkesgrupper i ordningen vil kunne føre til at man sikrer samhandling fra ulike typer helsepersonell og en dermed bredere del av 1. linjetjenesten.

Undersøkelsen viser at et overveiende flertall av respondenter mener PKO er *hensiktsmessig* eller *meget hensiktsmessig* organisert når det kommer til ovennevnte stillingstørrelse, antall og yrkesgrupper på tross av at ordningene varierer i forhold til disse faktorer. Hos nær alle respondentene er likevel den generelle tilfredshet med ordningen god, og på flere områder er mange enig i at ordningen har bidratt til positive endringer i samhandling.

INNHOOLD

INNLEDNING	7
1 BAKGRUNN FOR TEMAVALG OG PROBLEMSTILLING	9
1.1 Praksiskonsulentordningen.....	9
1.1.1 Mål og mening	9
1.1.2 Etablering og organisering	11
1.1.3 Kontekst – oppdragsgiver og avtaleverk.....	12
1.2 Problemstilling	14
1.3 Samhandling.....	15
1.3.1 Samhandling - hva, hvorfor og hvordan?.....	15
1.3.2 Samhandling i helsetjenesten	16
1.3.3 Samhandling i lovverk og offentlige utredninger	16
1.3.4 Samhandling og tilsyn.....	17
1.4 Begrepsavklaringer.....	18
2 TEORETISK FORANKRING	18
2.1 Først litt om fortolkning og forståelse.....	19
2.2 Kort om systemteori	20
2.3 Det profesjonelle byråkrati – med fokus på organisasjon	20
2.4 Parallele læringsstrukturer – med fokus på kontekst	23
2.5 Kaos og kompleksitet – med fokus på det uformelle	24
2.6 New Public Management	26
2.7 Aktuelle studier og tidligere forskning.....	27
2.7.1 «Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark»	27
2.7.2 «Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer»29	
2.7.3 «Samarbeid mellom legar».....	30

3	METODEVALG OG DATAINNSAMLING	31
3.1	Kvalitativ tilnærming	32
3.2	Kvantitativ tilnærming	34
3.3	Evaluering	36
3.4	Komparasjon	37
3.4.1	Variabler i komparasjonen	37
4	ANALYSE OG DRØFTING	38
4.1	Samhandling og betydning av antall og stillingsstørrelse	39
4.2	Samhandling og betydning av faggrupper	44
4.3	Samhandling og informasjon	48
4.4	Samhandling og relasjon til kontekst	53
4.4.1	Samhandling med helseforetaket	55
4.4.2	Samhandling med allmennlegene.....	60
4.5	Spor etter endring i samhandling som følge av PKO.....	63
4.6	Faktorer som påvirker funksjonalitet	67
5	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	70
	HENVISNINGER	75
	VEDLEGG	

INNLEDNING

Helsevesenet har gjennomgått store endringer de siste årene. Nye behandlingsmetoder er tatt i bruk, nye pasientgrupper har fått rettigheter, befolkningen er aldrende og sykdomsbilder mer komplekse. Vi har fått en stadig dreining mot pasientens rettigheter og pasientmedvirkning gjennom lovverket og samtidig innføring av tankegang om stykkprisfinansiering, med økende press på inntjening. Samtidig ser man at helseforetakene (HF), heretter også *2. linjetjenesten*, må behandle flere pasienter, noe som fører til færre liggedøgn for hver pasient i forhold til tidligere. Dette skyver utfordringer over til kommunehelsetjenesten der fastleger, sykehjem og hjemmesykepleie, heretter også *1. linjetjenesten*, må ta imot, behandle, pleie og rehabilitere pasienter med stadig mer utfordrende og komplekse helsetilstander. Mer enn noen gang ser man derfor viktigheten av at disse to linjene i helse-Norge samhandler, slik at pasienten kan oppleve *sømløse* pasientforløp. Dette handler om at pasienten skal bli like godt ivaretatt hvor enn i behandlingsskjeden han befinner seg, og at man løser pasientens problem på lavest mulig effektive behandlingsnivå. Dermed blir det viktig å definere hvem som skal gjøre hva, og hva man trenger til enhver tid for å kunne løse pasientens problem. Allerede er det slik at allmennleger og sykehjem utfører prosedyrer som ikke var vanlig kun for få år siden, nettopp for å spare sykehusinnleggelse og press på poliklinikkene. For en del pasienter vil det også være mindre belastende om de kan få sin behandling i 1. linjetjenesten.

Som en *samsone* mellom HF og kommunehelsetjenesten etablerte man for 10 år siden Praksiskonsulentordningen (PKO). Målet er å arbeide for økt samhandling mellom de to tjenestenivåene, noe som innebærer endring av rutiner, overføring av oppgaver, informasjon og opplæring, kunnskapsoverføring osv, med sikte på at pasienten til enhver tid skal få optimal behandling. Etter 10 år med PKO i Norge, ønsker man nå å evaluere ordningen. Denne oppgaven er et bidrag til det, og gjennomføres som en komparativ studie av tre ordninger, der jeg setter fokus på organisering i relasjon til samhandling i de ulike ordningene. Målsetningen er å bidra til kunnskap som kan brukes til å utvikle ordningen lokalt og nasjonalt.

Mine motiv for å evaluere PKO, er altså å bidra til kunnskap om PKO. Jeg har tidligere arbeidet i klinisk stilling som spesialsykepleier, og vært vitne til hvordan svikt i samhandling mellom ulike aktører i behandlingsskjeden svekket kvaliteten på helsetilbudet til pasienter. Opprettelsen av PKO og videreutvikling av ordningen på bakgrunn av

forskningsdata, vil kunne komme pasienter til gode. Helsevesenet er under et stadig press på ressursfordelingen, og dersom man ikke kan dokumentere nytte for ordningen i fremtiden, kan den komme til å stå i fare for å få reduserte ressurser. Utsagn fra ulike aktører knyttet til ordningen indikerer at den er et viktig bindeledd som har bidratt til økt kvalitet i pasientbehandlingen. Det vil være viktig å framskaffe dokumentasjon som kan være med å underbygge dette. Dette ønsker jeg å bidra til.

Mitt teoretiske rammeverk vil være knyttet opp mot systemteori, organisasjonsteori, kaos- og kompleksitetsteori, teori om Parallel Learning Structure samt New Public Management. Jeg vil ha en *eklektisk* tilnærming, noe som innebærer at man bruker momenter fra flere teorier, under erkjennelse av at ingen teori favner alt. I tillegg vil jeg bruke aktuelle undersøkelser og tidligere evalueringer, som har relevans til PKO.

Datagrunnlaget består i dybdeintervju med utvalgte praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer, som danner PKO, samt utvalgte representanter fra HF, som står i direkte relasjon til PKO. Spørreskjema til praksiskonsulenter og koordinatorer er benyttet som et supplement, og danner, sammen med data fra intervju, grunnlaget for analyse og drøfting.

Oppgaven består av fem kapitler, der det i første kapittel inneholder redigjørelse for valg av tema og problemstilling, presentasjon av PKO og begrepet *samhandling*, samt klargjøring av aktuelle begrep og oppgavens begrensninger. Kapittel to beskriver valg av aktuell teori, mens kapittel tre inneholder valg av design og metode. Her begrunner jeg mine valg og beskriver samtidig hvordan metoden er omsatt i praksis med innhenting av data. Dette gjør leseren i stand til å følge prosessen med innsamling av data, og muliggjør en vurdering av reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) av arbeidsmetode og funn.

Kapittel fire består av presentasjon, analyse og drøfting av data, sett i lys av valgt teori. Målet er å belyse forskerspørsmålene, og egen refleksjon vil derfor også komme frem i denne delen av oppgaven. Til slutt i oppgaven, i kapittel 5, oppsummeres det og konkluderes.

De ordningene som er valgt ut i et strategisk utvalg er ordningene ved Stavanger Universitetssykehus Helse Stavanger HF, St. Olavs Hospital HF samt Sørlandet sykehus HF. De tre ordningene vil i studien forenkles til og benevnes: *Stavanger*, *St. Olav* og *Sørlandet*.

Prosjektet er støttet av Stavanger Universitetssykehus Helse Stavanger HF i form av dekkede utgifter til reise ved innsamling av intervjudata ved St. Olavs HF og Sørlandet sykehus HF. Opphold og reiseutgifter til PKO's nasjonale samling i Tønsberg, juni 2007, ble også dekket i sin helhet av Stavanger Universitetssykehus Helse Stavanger HF.

1 BAKGRUNN FOR TEMAVALG OG PROBLEMSTILLING

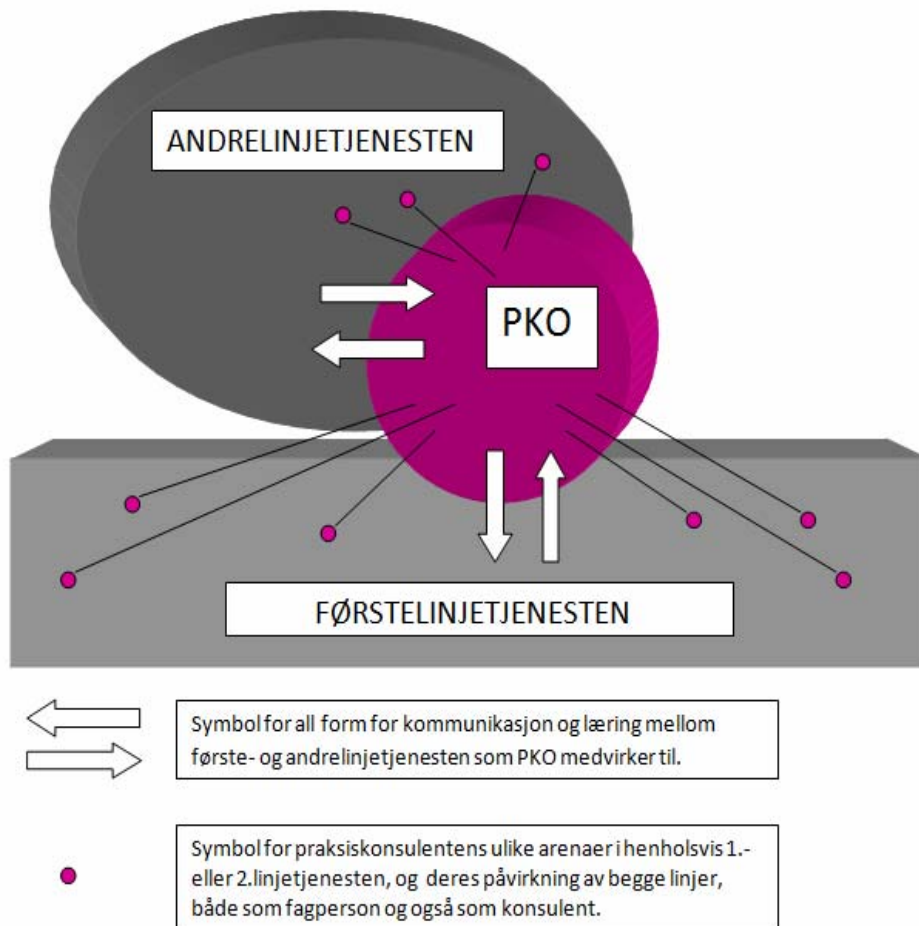
1.1 Praksiskonsulentordningen

For å øke kjennskap til, kunnskap om og samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten i helsevesenet, ble PKO opprettet i 1999. Før det hadde den vært i drift som et prosjekt i ca ett år. Den norske modellen er inspirert av en lignende dansk modell og har fram til i dag fått sin utbredelse over hele landet. Stadig utvides ordningen til å gjelde flere HF, mens på noen få steder har ordningen blitt lagt om. Det har vært vanskelig å måle effekten av samhandling i kjølvannet av opprettelsen av PKO, men NOU 2005:3 peker på at man har gode erfaringer fra Danmark og Sverige med ordningen og at den bidrar til «[...] bedre samhandling både på system og individnivå» (2005:3:86). Allmennlegeforeningen definerer PKO slik:

PKO er et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, de allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, til gagn for den enkelte pasient. I sin funksjon skal PKO medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, et pasientforløp som involverer både første og andrelinjetjenesten [1].

1.1.1 Mål og mening

Samhandling mellom ulike behandlingsledd er en forutsetning for god pasientbehandling og ressursforvaltning i helsevesenet. Informasjonsflyt inn og ut av HF kan være en utfordring. Mangelfulle rutiner og kjennskap til hverandres arbeidsmåter, kan føre til at pasienten ikke får optimal oppfølging og behandling. Hovedformålet til PKO er å bedre samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten og sikre at rett pasient er på rett sted til rett tid. Dette gjøres blant annet ved å kartlegge og fjerne flaskehalser i behandlingsskjeden, spre informasjon og øke kunnskap. Det arbeides også for gjensidige hospiteringsopplegg for sykehus- og allmennleger, felles rutiner og bedre IT-systemer. Man ønsker å arbeide systematisk. En del arbeid er prosjektbasert og andre saker jobbes med enkeltvis etter behov som avdekkes underveis. I 2002 hadde man omlag 20 millioner legekontakter i Norge. Det ble skrevet ca. 1,9 millioner henvisninger og ca 3,8 millioner epikriser (NOU 2005:3:37). Dette viser at kontaktpunktene mellom de to linjene er mange, og man vil kunne vinne mye på å arbeide for samhandling. For å illustrere hvordan PKO er en *samsone* og et bindeledd mellom 1.- og 2. linjetjenesten kan modell 1, side 6 brukes:



Modell 1: PKO, egen modell.

PKO's ideologi er at samarbeid om pasienten sikres best gjennom en direkte, personlig kontakt mellom de ulike aktørene innen de ulike profesjoner og spesialiteter. Dette må være tuftet på gjensidig respekt og det innbefatter så vel fagmiljø, det administrative- og politiske miljøet. Respekt er viktig om man skal kunne oppnå en effektiv og koordinert tjeneste. [1]

PKO's målsetning er først og fremst å arbeide for at pasienten får et likeverdig og optimalt tilbud om utredning, behandling og oppfølging i begge behandlingslinjer. Man søker å skape et sammenhengende pasientforløp der 1.- og 2. linjetjenesten står sammen om å yte pasienten pleie, omsorg og behandling. Målet er også å identifisere nøkkelpersoner man kan samarbeide med. PKO har i tillegg som målsetning å bidra med informasjon til de involverte i pasientforløpet, slik at det blir mulig for alle å bidra til en kontinuerlig forbedring i samhandling rundt pasienten. [1]

Tittelen på denne masteroppgaven viser til den avstand som ofte finnes mellom de ulike behandlere i pasientens behandlingsforløp og som er utgangspunktet for opprettelsen av PKO. Samtidig henspiller tittelen på ulikheter i organisering av ordningene rundt om i landet.

PKO har ingen overordnet organisasjon, men hver ordning har fått utvikle seg med en grad av selvstendighet. Det har gitt seg ulike utslag, bl.a. i stillingstørrelse, antallet konsulenter samt sammensetning av personell i den enkelte ordning. Etter 10 år er det nå vokst fram et behov for en evaluering av ordningen. Man ønsker en komparativ studie. Tre ordninger sammenlignes derfor, der målet er å belyse i hvilken grad organisering av PKO har følger for arbeid for samhandling med HF.

1.1.2 Etablering og organisering

Ordningene som deltar i evalueringen har ulikt etableringsår og ulikt antall ansatte, se tabell 1:

Tabell 1: Etableringsår og antall ansatte.

HF	Etableringsår	Antall
Stavanger	1999	12 (17*)
St. Olav	2001	6
Sørlandet	2006	8 (11*)

* antall inklusive sykepleiere, som ikke er tatt med i studien.

PKO i Stavanger er den eldste ordningen. Dette er også den eneste ordningen som kun har ett sykehus å dekke. Det har imidlertid vist seg å være vanskelig å få praksiskonsulent til de mindre sykehusene i Sør-Trøndelag og Vest-Agder. I dag dekker derfor PKO ved Sørlandet to sykehus, avdeling Kristiansand og avdeling Arendal. Ordningen i Trondheim dekker St. Olav. I tillegg kommer diverse andre institusjoner i alle regionene.

De tre ordningene har ulikt antall ansatte. I Stavanger har man 12 ansatte i 8 % stilling. Ved St. Olav har man 6 ansatte i 10-20 % stilling. Koordinator regnes med blant de 6, men er ansatt i Enhet for samhandling med uspesifisert stillingsbrøk allokert PKO. Ved Sørlandet er det 8 ansatte, der konsulentene er i 10 % stilling og koordinator er i 20 % stilling.

Alle ordningene har flere yrkesgrupper med i, eller knyttet til, ordningen. St. Olav ansatte allmennleger, sykepleiere og en fysioterapeut i ordningen ved oppstart. Ved Sørlandet er sykepleiere nylig ansatt. I 2008 ble det opprettet en egen PKO for sykepleiere i Stavanger. Da sykepleierne både i Stavanger og ved St. Olav er nyansatte, tas de ikke med i evalueringen. Sykepleier og fysioterapeut ved St. Olav derimot, deltar i undersøkelsen.

De ansatte i PKO har varierende erfaringsbakgrunn som fagperson og praksiskonsulent. Se tabell 2 side 8:

Tabell 2: Kjønnfordeling, alder, erfaring.

HF	Kvinner/ menn (%)	Alder	Koordinator sin erfaring som fagperson	År som koordinator i PKO	Gjennomsnitts- erfaring, hele år som konsulenter i PKO	Konsulentenes gjennomsnitts- erfaring som fagperson
Stavanger	17 % / 83 %	35-60	28 år	10 år	6 år	21 år
St. Olav	50 % / 50 %	40-60	26 år	3 år	4 år	30 år
Sørlandet	64 % / 36 %*	30-65	30 år	3 år	2 år	18 år

* her er alle ansatte tatt med, også sykepleierne.

Tallene viser at praksiskonsulentene og koordinatorene har lang erfaring som fagpersoner. I Stavanger har konsulentene flere år i ordningen enn de andre, da det er den eldste ordningen. Sørlandet har hatt permanent PKO i 2 år. Koordinator ved Sørlandet arbeidet alene i en prøveordning over et år, før ordningen ble lagt på is en tid, for deretter å bli gjenopprettet for to år siden.

Opplever PKO at HF og avdelingene er interessert i arbeidet de utfører, se tabell 3:

Tabell 3: Interesse for PKO.

HF	HF svært interessert	HF interessert	Avd svært interessert	Avd intressert	Avd ikke interessert
Stavanger	60 %	30 %	0 %	100 %	0 %
St. Olav	25 %	75 %	0 %	75 %	25 %
Sørlandet	33 %	67 %	17 %	83 %	0 %

Jevnt over er både HF og avdelinger *svært interessert* eller *interessert* i PKO. Kun én konsulent ved St. Olav opplever at avdelingen *ikke* er interessert. Ved alle tre ordningene kan det synes som om man opplever HF som mer interessert enn avdelingene.

1.1.3 Kontekst – oppdragsgiver og avtaleverk

PKO arbeider ikke alene for økt samhandling innen HF. Der er mange ulike instanser som har dette som mål, og PKO er kun et av virkemidlene i en større sammenheng.

Stavanger Universitetssjkehus-Helse Stavanger HF ble opprettet 1. januar 2002 og eies av det regionale HF: Helse Vest. Med over 5500 ansatte og målt i antall opphold, er HF landets fjerde største og tilbyr helsetjenester til en befolkning på 300.000 innbyggere.

Aktiviteten ved HF øker for hvert år i takt med en befolkningsvekst på ca. 4000 personer. Hovedsykehuset ligger i Stavanger, mens flere avdelinger, filialer, poliklinikker, distriktpsikiatriske sentra og ambulansestasjoner er lokalisert fra Sokndal i sør til Hjelmeland i nord. [2]

Kommunikasjon og samhandling er et av satsingsområdene ved HF. *Seksjon for samhandling* skal være en brobygger mellom HF og kommunene, og bidra til å lage gode systemer og strukturer for samhandling både på system-, tjeneste- og individnivå. [3] Dette er også avdelingen som koordinerer PKO og har budsjett til å drive ordningen.

Mellom HF og kommunene er det inngått ulike samhandlingsavtaler, blant annet *Overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og NN kommune*. [4] I tillegg har man opprettet ulike samhandlingsfora som følge av forventninger fra myndighetene (jmf St.meld.nr 25:19). I Politisk-administrativt samhandlingsorgan sitter representanter fra øverste politiske og administrative ledelse i kommunen, samt øverste ledelse i HF. I Faglig-administrativt samhandlingsutvalg, sitter representanter for KS, klinikkene i HF samt representant for Avdeling for samhandling. Alt dette har samme hovedmålsetning, nemlig økt samhandling til pasientens beste. Ledelsesforankring er et viktig stikkord. [4]

St. Olavs Hospital HF samler sykehusstilbudet i Sør-Trøndelag. Mye er konsentrert i Trondheim, men med betydelig virksomhet også andre steder i fylket. Foruten sykehus på Røros og i Orkdal, gjelder dette Hjerteklinikken St. Elisabeth, Munkvoll rehabiliteringssenter, tre psykiatriske sykehus, tre distriktpsikiatriske sentre, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, Psykiatrisk ungdomsteam, Habiliteringstjenesten for voksne – og en rekke psykiatriske poliklinikker.[5] St. Olavs Hospital har i tillegg fler-regionale funksjoner, landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre som er høyspesialiserte.

Enhet for samhandling skal håndtere spørsmål knyttet til desentralisering av virksomhet, samhandling med 1. linjetjenesten og andre bidragsytere, samt bistå sykehusavdelinger og eksterne aktører i spørsmål om samhandling. [6] Praksiskoordinator for PKO er ansatt i denne avdelingen, som også har budsjettansvar for PKO.

Helse Midt-Norge og KS i de tre midtnorske fylkene har inngått en samhandlingsavtale som følge av forventninger fra myndighetene (St.meld.nr 25:19). Avtalens mål er mer forpliktende samarbeid mellom partene for å gi befolkningen et best mulig helsetilbud. Intensjonen er å utvikle nye modeller for faglige og økonomiske løsninger, og å sikre hensiktsmessige og helhetlige pasientforløp. [7]

Man har også her opprettet Administrativt samarbeidsutvalg, som er det øverste organet mellom St. Olav og kommunene i sykehusets lokalsykehusområde. Utvalget har 10

medlemmer fra KS og HF [8]. I tillegg har man en mengde Kliniske samarbeidsutvalg for flere områder, bl.a *Klinisk samarbeidsutvalg for utskrivningsklare og rehabilitering*, som bl.a skal utarbeide retningslinjer for samarbeid på individnivå. Disse skal beskrive rutiner og spilleregler for samarbeid mellom kommunene og HF vedrørende utskrivningsklare pasienter, også vedrørende rehabilitering. Praksiskoordinator for PKO sitter i dette utvalget. [9]

Sørlandet sykehus HF har virksomhet i begge Agder-fylkene og HF har alle tjenester innen spesialisthelsetjeneste for somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Foruten sykehus i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, drives en utstrakt virksomhet gjennom distriktsbasert psykiatri med poliklinikker, dagavdelinger og boenheter flere steder. [10]

Som i de andre regionene har man etablert det man kaller *Overordnet strategisk samarbeidsutvalg*, forkortet OSS, i 2007. Medlemmene er fra kommunene, HF og brukerutvalg. OSS fokuserer på visjoner for samhandling samt avtaler og prosjekt for samhandling. [11/12]

Man har i tillegg opprettet *Helsedialog – Program for samhandling i helsetjenesten* som er vedtatt av styret for Helse Sør RHF og KS i regionen. Dette er et felles langsiktig program for samhandling innen helseregionen i sør, og hensikten er å bedre samhandlingen mellom kommunene og helseforetak for å sikre pasientene helhetlige, koordinerte tjenester. Ett av hovedtiltakene er å utarbeide konkrete og skriftlige samarbeidsavtaler mellom alle kommuner og HF. Samarbeidet skal bygge på respekt og felles forståelse av definisjoner roller, rettigheter og plikter. Samarbeidet forankres på ledelsesnivå og i fagmiljø. [13/14]

1.2 Problemstilling

Mitt valg av problemstilling har utgangspunkt i intensjonen om at den enkelte pasient skal oppleve et mest mulig *sømløst* pasientforløp. Dette fordrer samhandling mellom de ulike aktørene i helsetjenesten, noe både fag- og politiske miljøer enes om. Et av virkemidlene for bedre samhandling er PKO. PKO er fortsatt en ung ordning, som er i støpeskjeen. Den nevnes i ulike utredninger som en viktig bidragsyter til økt samhandling. Behovet for kunnskap om ordningen for å kunne utvikle PKO i en retning som er mest mulig formålstjenlig er likevel fortsatt tilstede. Derfor er min problemstilling:

Hvordan påvirker organisering av PKO arbeid for samhandling ved ulike helseforetak?

For å avgrense oppgaven og belyse problemstillingen, stiller jeg fem spørsmål. Noen følges opp av tentative svar, hypoteser, som sier noe om den forventede sammenheng mellom

variablene man ønsker å studere. Disse defineres av Blaikie som «[...] a tentative generalisation, the validity of which remains to be tested» (2005:37,69). Min hovedantagelse er at antall praksiskonsulenter i ordningen, samt stillingsstørrelse og yrkessammensetningen i gruppen, har betydning for PKO's samhandlingen med HF:

Hvorfor er PKO organisert ulikt ved ulike HF? PKO er en samling av selvorganiserte ordninger der lokale behov har hatt betydning for organisering.

Hvordan påvirkes samhandling med HF av stillingsstørrelse og antall konsulenter i PKO? Stillingsstørrelse har betydning for kontinuitet og synlighet. Økt antall konsulenter fører til at fleksibiliteten i ordningen øker. Større stillingsbrøker fører til at man kan arbeide med saker som fremmer samhandling over et lengre tidsrom. På den måten kan man arbeide mer i dybden enn i ordninger med mindre stillingsbrøker.

Hvilken betydning har ulike yrkesgrupper i PKO for samhandling med HF? Lege, sykepleier og fysioterapeut i ordningen fører til en større kontaktflate for PKO. Flere yrkesgrupper kan delta i arbeid for samhandlingen og mulige samhandlingsarenaer øker. På den måten kan man arbeide mer i bredden enn i ordninger med færre grupper.

Hvordan bidrar PKO til bedret informasjonsflyt mellom HF og allmennleger - hvilke informasjonskanaler finnes der?

Hvordan agerer PKO med sine omgivelser; HF og allmennlegene?

1.3 Samhandling

1.3.1 Samhandling - hva, hvorfor og hvordan?

Cato Wadel ser på samhandling som et fellestrekk i mellommenneskelige relasjoner.

”Samhandling innebærer at vi samordner hvem vi skal være overfor hverandre, at vi samordner de aktiviteter vi utøver, at vi samordner de mål eller hensikter vi har og at vi samordner de ferdigheter som bringes inn i samhandlingen» (2005:37). Det er dermed ikke den individuelle handlingen som har fokus, men samhandlingen. Samhandlingen blir et felles prosjekt som gir mening til den individuelle handling. Han lanserer den «relasjonelle» tenkemåte der han fokuserer på samhandling som handlingskapende. Samhandling skaper handling og ved å handle sammen med andre, blir individet i stand til å handle på egenhånd (ibid.:14).

Fyrand har noen av de samme tankene når hun sier at «Vi skapes og utvikles i samhandling med andre, fra vi blir født til vi forlater denne verden. Vi er hverandres speil, da utviklingens potensial ligger i det bilde vi får av oss selv gjennom tilbakemeldinger fra andre» (2005:19). Fyrand mener vi utvikler både identitet i samhandlingen samtidig som vi bekreftes av hverandre. Samhandling har en verdi i seg selv og der er sterke elementer av gjensidig påvirkning og kommunikasjon implisitt i begrepet, i følge Fyrand (ibid.:35). Wadel (2005) påpeker nødvendigheten av regler og samme situasjonsforståelse for å sikre meningsfull samhandling.

Samhandling i organisasjoner vil bli omtalt i teoridelen ved belysning av parallelle læringsstrukturer, kaos- og kompleksitetsteori samt teori om det profesjonelle byråkrati.

1.3.2 Samhandling i helsetjenesten

Samhandling i helsetjenesten har vokst fram som et betydelig krav fra både politikere og allmennhet, da et stadig mer komplekst helsevesen behandler stadig mer komplekse sykdomsbilder. Helsevesenet er i tillegg blitt betydelig spesialisert, samtidig som norsk lovgivning har utvidet pasientens rett til informasjon, innsyn og medvirkning. Lovgivning og offentlige publikasjoner reflekterer krav om samhandling til pasientens beste, samtidig som premissleverandører som media, pasientombud og interesseorganisasjoner setter fokus på manglende samhandling i pasienters møte med helse-Norge (NOU 2005:3:49). Det faktum at flere og flere grupper i samfunnet får lovfestet rett til behandling og pleie har ført til et økt press på helsetjenesten både i 1. og 2. linjetjeneste (NOU 2005:3:51). Samhandling er dermed et sentralt begrep innen helsetjenesten generelt og PKO spesielt. Gjennom media får vi fra tid til annen lese om feil og unnlater som helsevesenet har påført pasienter. Dette er blant annet et uttrykk for mangel på samhandling og demonstrerer viktigheten av fokus på området. Samhandling i helsetjenesten omtales i en rekke lover, forskrifter og offentlige utredninger som har som mål å sikre pasienten optimal utredning, behandling og oppfølging. For å sikre etterlevelse av lovverket føres det også tilsyn med helsetjenesten.

1.3.3 Samhandling i lovverk og offentlige utredninger

- *Lov om pasientrettigheter* gir pasienter, som har behov for det, rett til individuell plan som skal sikre koordinering av helsetjenester mellom ulike nivå i §2-5.
- I *Lov om helsetjenesten i kommunene*, pålegges kommunen å opprette plan i §6-2a.

- Helseforetakene har også denne plikten, regulert i *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Helseforetaket skal samarbeide med andre helsetjenester, slik at pasienten kan tilbys et helhetlig tilbud, § 2-5. I tillegg får HF en veiledningsplikt, slik at kommunehelsetjenesten kan løse sine oppgaver forsvarlig i forhold til pasienten, § 6-3.
- I *Lov om helseforetak m.m.*, blir HF pålagt å samarbeide med andre i § 41.
- Fastlege og institusjon, med ansvar for samme pasient, har plikt på seg til samarbeid ved utskrivning, i følge *Forskrift om fastlegeordningen i kommunene*, § 8.

Fra stykkevis til helt (NOU 2005:3): Utvalget ønsker å styrke kunnskapsutvikling og opplæring og mener PKO har en sentral rolle. De foreslår å styrke ordningen og utvide den med flere yrkesgrupper. Man mener å ha grunnlag for å si at flere yrkesgrupper i ordningen betyr større kontaktflate og dermed økt samhandling (ibid.:86). Samhandling i helsetjenesten defineres som: «[...] aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som er direkte eller indirekte involvert i pasientbehandlingen» (ibid.:13). Faktorer, som i følge utvalget er viktige for resultat av samhandling, er at partene som samhandler har et «[...] helhetlig menneskesyn og med et tjenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon» (ibid.:15). Videre er det av stor betydning at samhandling er forankret og integrert i ledelsen samt at partene har forståelse for hverandres utfordringer (ibid.:108).

Mestring, muligheter og mening (Stortingsmelding nr. 25, 2005 -2006), refererer til NOU 2005:3 som sier at samhandling er et viktig virkemiddel for å dekke framtidens behov for helsetjenester. Tilbudet til brukere og pasienter skal være individuelt tilrettelagt behov. Myndiggjøring og brukerinnflytelse er stikkord. Man går inn for å opprette en bindende samhandlingsavtale mellom departement og KS. Man erkjenner et behov for helsetjenesten som en «[...] sammenhengende behandlingkjede med et helhetlig tilbud» (St.meld.nr. 25:41). PKO er et av virkemidlene, i tillegg til kurs, hospitering og arbeid med å forbedre epikriser og henvisninger. Det området som påpekes eksplisitt som viktig for pasienten er samhandling under utskrivning. Her ønsker man en satsing på å forbedre samarbeid og kunnskapsoverføring fra sykehus til tjenester i kommunen (ibid.:89).

1.3.4 Samhandling og tilsyn

Helsetilsynet fører tilsyn med alt helsepersonell i fylket, herunder fastleger og ansatte i PKO. Tilsynet har en viktig rolle med å påpeke svikt i samhandling mellom de ulike parter i helsetjenesten. Helsetilsynet skal medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester

ivaretas, at ressursene brukes forsvarlig og at man leverer forsvarlige helsetjenester (NOU 2005:3:39). Tilsynet har fra tid til annen eksplisitt fokus på samhandling. [15]

1.4 Begrepsavklaringer

Samhandling i denne sammenhengen oppfattes som den bevisste og ubevisste, verbale og nonverbale formidling samt det fysiske og mentale som skjer i interaksjonen mellom mennesker og organisasjoner som skal kommunisere og samarbeide om en oppgave.

Samhandlingsarenaer er plasser og situasjoner der samhandling foregår. Eksempler er direkte møter, undervisningssituasjon og indirekte kontakt som telefon og mailsystem.

Arbeid for samhandling i denne sammenhengen er alt arbeid som har til hensikt å bedre og/eller øke samhandling mellom 1.- 2. linjetjenesten i helsevesenet. Eksempler kan være utarbeiding av prosedyrer, informasjonsarbeid, møtevirksomhet, hospitering osv.

Organisering forstås som måten en organisasjon er satt sammen på i den hensikt å løse ulike oppgaver og nå visse mål. I denne studien er begrepet begrenset til antall praksiskonsulenter, stillingsstørrelser og sammensetningen av yrkesgrupper i de ulike PKO.

1. linjetjenesten forstås i denne studien som kommunehelsetjenesten (allmennleger/fastleger, sykehjem, hjemmesykepleie). Linjen representerer det breddeorienterte helsetjenestetilbudet.

2. linjetjenesten forstås i denne studien som HF. Dette kan være administrativt personell eller medisinsk personell. Linjen representerer det spesialiserte helsetjenestetilbudet.

Funksjonalitet forstås som å være anvendelig eller brukbar i forhold til oppgaver som skal utføres og mål som er satt.

2 TEORETISK FORANKRING

Teori danner bakgrunn og angir kontekst for studien. Den etablerer bro mellom studien og den eksisterende teori om det valgte emne, i følge Blaikie (2005:71). Jeg har valgt en *eklektisk* tilnærming til teorien. Dette innebærer at man gjør en utvelgelse av elementer fra ulike teorier (Bærulfsen & Gundersen 2005), med begrunnelse i at ingen teori er helt dekkende for det tema oppgaven søker å belyse. Rammeverket er bygget dels på systemteori, organisasjonsteori, teori om paralelle læringsstrukturer, deler av kaosteori og

kompleksitetsteori samt New Public Management (NPM). Jeg mener dette vil være teori som kan bidra til forståelsen av organiseringen av PKO og hvilke følger dette kan ha på samhandling med de aktuelle parter. Jeg vil også støtte meg på tidligere evalueringer og aktuelle studier på området og da særlig knyttet til samhandling mellom 1.- og 2. linjen. Men som Moe (2005:8) slår fast:

Det er liten tvil om at utøvere av caseorientert komparasjon i stor grad kan tillegges en pragmatisk holdning til teori. Både fokus på unike case'er, villighet til å sammenligne helheter, begrensede ambisjoner om generaliserbarhet og en ikke-restriktiv holdning til teoribygging er sammenfallende.

2.1 Først litt om fortolkning og forståelse

Hermeneutikken, der man legger vekt på fortolkning og forståelse av fenomener, er grunnleggende innen samfunnsforskning (Gilje & Grimen 1993:142). Mennesket er opptatt av å finne mening med handlinger og en studie innen samfunnsforskning, som denne, vil ofte være et studie som kan oppfattes som en fortolkningsprosess. I en kvalitativ studie av PKO vil fortolkning være sentral i forsøk på forståelse av viktige fenomen som oppdages.

Det eksisterer ulike retninger innen hermeneutikken i forhold til hvordan man skal forholde seg til aktørenes beskrivelse av seg selv. De ulike retningene sier noe om distanse og nærhet til det studerte objekt, i denne studien PKO. Jeg ønsker å bygge på PKO's beskrivelse av seg selv, samtidig som jeg tilstreber en avstand som gjør meg i stand til å fortolke det som aktører innen PKO alt har fortolket. Dette kalles en *dobbel hermeneutikk* (ibid.:146), og vil kunne bidra til en styrking av fortolkningen.

Den hermeneutiske sirkel (ibid.:153) er kanskje det viktigste begrepet innen hermeneutikken. Dette er bevegelsen mellom helheten og delene, mellom det vi skal fortolke og den kontekst fenomenene står i. PKO skal studeres, men ikke bare i forhold til innhold og interne prosesser. PKO vil også bli fortolket i lys av omgivelser og kontekst ved å belyse relasjonen til helseforetak og sykehusavdelinger. Dette er en følge av troen på at man ikke kan forstå helheten uten å forstå delene og omvendt. Samtidig er det viktig å understreke at man aldri kan være sikker på at man har tolket et fenomen helt korrekt. Fortolkningen vil alltid være basert på «[...]personlig utøvelse av skjønn, erfaring og dømmekraft» (ibid.:162).

Sentralt i samfunnsvitenskapelige studier er også målet om å finne *forklaring* på ulike fenomen (ibid.:106ff). Man har ulike forklaringstyper. I denne studien er det sentralt å se etter *formålsforklaringer* på sentrale fenomen som belyses i PKO. Formålsforklaringer viser til

«[...] tilsiktede etterfølgende virkninger [...]» (ibid:107) og peker på at en spesifikk handling må forstås som det beste middelet til å nå et mål ut fra den til enhver tids eksisterende oppfattelse av verden og virkeligheten.

2.2 Kort om systemteori

Systemteori bygger på forståelsen av at åpne system er i aktivt samspill med omgivelsene og er definert som: «[...] a set of objects together with relationships between the objects and between their attributes» (French & Bell 1999:82). PKO er et åpent system, avhengig av at informasjon flyter både inn og ut av systemet. Grensene mellom PKO og deres omgivelser; fastleger, sykehusavdelinger og sykehusadministrasjonen er permeable i den forstand at der foregår en kontinuerlig utveksling av ressurser som informasjon og data fra *innsiden* og *utsiden*, jfr systemteori. Denne utvekslingen er vital for PKO, som er avhengig av å agere i samsvar med omgivelsenes forventninger for å sikre sin eksistens (ibid.:82). Organisering av PKO er et eksempel på at informasjon fra omverdenen i form av for eksempel behov, har hatt betydning for intern organisering. Samtidig har den interne måten å organisere PKO på betydning for omgivelsene, da man har et tett samarbeid og hyppig informasjonsutveksling over grensene.

2.3 Det profesjonelle byråkrati – med fokus på organisasjon

Der er visse fellesnevnerne for alle organisasjoner; deling og koordinering av oppgaver, produktutvikling, informasjonsprosesser, forvaltning av legitimitet og autoritet (Bushe & Shani 1991:5). For å forstå og beskrive hvilken type organisasjon PKO er, vil jeg trekke inn Mintzbergs beskrivelse av *The Professional Bureaucracy* (Mintzberg, Lampel, Quinn & Ghoshal 2003:372ff). Mintzberg holder fram legegrupper og sykehus som eksempel på dette. Det profesjonelle byråkrati (DPB) blir beskrevet som en akademisk organisasjon som kjennetegnes av høy kompetanse, uavhengighet og standardisert kunnskap ervervet gjennom formell trening. PKO består i all hovedsak av allmennleger. Disse er akademisk utdannet gjennom embetsstudiet og ofte spesialiserte gjennom formaliserte etterutdanningsprogram. Leger har relativt stor grad av kontroll over egen arbeidssituasjon og arbeider selvstendig. Man har også sykepleiere og fysioterapeut i PKO. Disse er høyskoleutdannet og inngår i det man kan oppfatte Mintzberg kaller *support staff*, og tjener til å støtte opp om *the operating core* (ibid.:374) som utøver kjerneaktiviteten i organisasjonen. Mintzberg synes å mene at kun

leger utgjør *the operating core*. Han tar da ikke hensyn til at sykepleie er en egen profesjon, fra en annen tradisjon enn leger, og utfører selvstendige arbeidsoppgaver ut fra eget selvstendig fag. I PKO har sykepleiere og fysioterapeut en selvstendig funksjon og er ikke definert som støttefunksjon til legen som ved f.eks en kirurgisk sykehusavdeling. Internt i PKO innebærer det at de ikke er avhengige av delegering fra lege eller forventes å tilrettelegge arbeid for disse som ved en sykehusavdeling. Yrkesgrupper er likeverdige i PKO, men vil naturlig fokusere på ulike områder i forhold til ulike fagdisipliner. I PKO skjer fordeling og koordinering av oppgaver lokalt i den enkelte ordning.

Mintzberg (2003) beskriver flere ulike byråkrati, blant annet *The Machine Organization*. Til sammenligning utarbeides standarder og prosedyrer av linjeledelse i dette byråkrati, mens i DPB skjer det i egne grupper, utenfor den formelle organisasjonen. PKO er en slik gruppe utenfor de formelle organisasjonene. Man kan si at standarder for samhandling er et av produktene som utarbeides i PKO, helt i tråd med Mintzberg's beskrivelser.

Som utgangspunkt for forståelse av DPB, er Mintzberg's beskrivelse formålstjenelig. Det skillet Mintzberg skisserer mellom disse ulike byråkrati når det kommer til hvor standardutvikling skjer, kan likevel nå synes å være noe mindre. Grunnen til påstanden er det stadige fokus på styring med helsetjenesten fra departementet og dermed sterkere påtrykk fra ledelse og tilsynsmyndighet. Dette tar ikke teorien nok høyde for etter undertegnede sitt skjønn.

I det maskinelle byråkrati finner man formell makt og myndighet øverst i hierarkiet, *the power of office* (ibid.:373), mens makt i DPB er knyttet til *ekspertise*. De fleste ansatte i PKO er allmennleger. Disse forholder seg til ulike konstellasjoner og innehar dermed ulik grad av makt, om man skal følge Mintzberg's ide (2003). I møte med pasienter har allmennlegene det man kaller kunnskapsmakt (Stang 2001). Sykehusleger har ofte spisset ekspertise og er rådgivende ovenfor allmennleger (Spesialisthelsetjenesteloven m.m, §6-3). Dette fenomenet fører til, i følge Mintzberg (2003), at spesialister i 2. linjetjenesten vil inneha mer makt versus allmennleger i 1. linjetjenesten. Ansatte i PKO er avhengige av legitimitet i de ulike faggruppene i 1. og 2. linjetjenesten, da de har en svært begrenset formell myndighet til å gjennomføre tiltak som tar sikte på å forbedre samhandling.

DPB er spesielt på den måten at det er opp til det personlige «gode skjønn» å treffe avgjørelser rundt kjerneaktiviteten (Mintzberg 2003). Samtidig sanksjoneres det mot de som går utenom det som det er enighet om i gruppen (konsensus) gir god praksis. Dermed er det i større grad snakk om uavhengighet fra administratorer enn fra egen faggruppe. PKO har ingen sentral ledelse eller administrasjon, men er tett knyttet til Den norske Lægeforening. Når det

kommer til saker som den lokale PKO beslutter å jobbe med, er ordningene relativt selvstendige til å ta valg ved bruk av skjønn. Internt i PKO jobber man med saker ut fra hva det er konsensus om og oppgaver fordeles og koordineres lokalt. Dette er i følge Mintzberg en vanlig måte å organisere arbeidet på fram mot måloppnåelse i denne type organisasjon. «Professionals may agree on goals yet conflict over how they should be achieved; alternatively, consensus can sometimes be achieved even where goals differ» (ibid.:379).

Mintzberg (2003) mener man her får det beste av to verdener. De er på den ene siden knyttet opp mot en organisasjon som gir myndighet og makt. Samtidig innehar de autonomi til å selv velge tilnærming til problemer ut fra etablerte standarder innen profesjonen. Dette gir i neste omgang høy motivasjon for arbeidet og stor grad av dedikasjon til oppgaver (ibid.:380). Dette finner man igjen i PKO. Ordningen er flere plasser drevet fram av ildsjeler, som er svært motivert for å arbeide for samhandling. Hovedpilarene i dette arbeidet er kommunikasjon, informasjon og læring. Dette er begrep og prosesser PKO legger vekt på.

Ulempen med DPB ligger i følgene av stor grad av autonomi og demokrati. Dette vil kunne føre til problemer i forhold til koordinering, diskresjon og innovasjon, slik Mintzberg (2003) ser det. Personell i dette byråkratiet koordineres oftest bare gjennom standardisering. Da man arbeider relativt selvstendig, blir standardisering vanskelig å bruke som en koordineringsmekanisme alene. Organisasjonen har flere behov som skal dekkes, og disse kan komme i konflikt med sterke faglig føringer. Problemet med diskresjon får man når faglig sterke individ ikke har tilstrekkelig forankring i organisasjonen, men har et tilsvarende sterkt eierskap til faget. Det er også en utfordring at legestanden har en sterk kollegial solidaritet i den grad at man, som Mintzberg (2003) sier, er nølende til å agere mot sine egne kolleger, selv ved uansvarlig praksis (ibid.:381). Det siste området er *problem med samarbeid*, i den grad at det svekker evne til innovasjon da de kollektive prosesser blir komplekse. PKO er en organisasjon der allmennleger og andre yrkesgrupper har samhandling rundt pasienten som hovedmålsetning. Samhandling er ikke et fag og er heller ikke kjerneaktiviteten til faggruppene. Interessen for samhandling og engasjementet vil derfor variere og kan føre til at prosesser stopper opp, eller at arbeidsoppgaver ikke utføres. Sterke faginteresser kan også komme foran arbeid for samhandling. Da dette skjer i komplekse organisasjoner kan det derfor være vanskelig å koordinere, kontrollere og sanksjonere.

Mintzberg kunne i større grad kunne viet oppmerksomheten også mot den uformelle organisasjonen, og beskrevet den tydeligere, etter undertegnede sin mening

2.4 Parallele læringsstrukturer – med fokus på kontekst

For å belyse hvilken kontekst PKO står i organisatorisk vil jeg vise til teori om *Parallel Learning Structures* (PLS) av Bushe & Shani (1991), som kan gi innsikt i hvordan to organisasjoner agerer sammen innen en organisasjon for å nå bestemte mål. Hovedmålet er læring og utvikling av nye tankemåter og atferd innen den formelle organisasjonen. Dette er relevant for PKO, som samarbeider med HF med samhandling, læring og utvikling av ny praksis som mål. PLS defineres av Bushe & Shani (1991:9) som:

[...] (a) a «structure» (that is, a specific division and coordination of labor) is created that (b) operates «parallel» (that is, in tandem or side-by-side) with the formal hierarchy and structure and (c) has the purpose of increasing an organization's «learning» (that is, the creation and/or implementation of new thoughts and behaviors by employees).

Teoriens stikkord er læring, innovasjon og gruppeprosess. Man er av den oppfatning at organisasjoner, som planlegger for effektivitet ikke nødvendigvis har den fleksibiliteten som skal til for å endre, tilpasse seg eller være innovative (ibid.:26). Rutiner og standardisering fordrer en stabil og forutsigbar kontekst og fører til at de ansatte utvikler lojalitet til rutiner slik at endring og fleksibilitet vanskeliggjøres. Dette kjennetegner dagens HF, og vil etter det teorien lærer, i neste omgang være de faktorer som hemmer fleksibilitet og innovasjon. Dermed behøver man en parallell organisasjon, som kan gå inn å være fleksibel og innovativ. Formålet med PLS er å hele tiden søke etter mulighet for utvikling og forbedring så vel innen den formelle organisasjonen som i dennes omgivelser (ibid.:28). Dette er beskrivende for hvordan PKO er tett knyttet til det formelle, effektive HF, men har som funksjon å arbeide for økt samhandling på en fleksibel måte. Hvordan forfatterne mener at kreativiteten og innovasjonsevnen til PLS skal bevares, kommer ikke klart fram. Det kan ofte synes som om organisasjoner som er kreative i startfasen, etter en tid finner sin form og sitt mønster og kjenner seg tilfredse med det.

Et av suksesskriteriene er å sikre at man har representasjon fra hele den formelle organisasjonen (ibid.:32). For det meste representeres PKO av allmennleger, sykepleiere og fysioterapeut fra 1. linjetjenesten, mens man har få representanter fra 2. linjetjenesten. Flere av ordningene er likevel knyttet opp til HF's enhet for samhandling, og har dermed tett kontakt med 2. linjetjenesten. I en ordning er også en av konsulentene en sykehuslege, noe som blir sett på som både nødvendig og positivt.

Bushe & Shani (1991) tar for seg de spesielle forhold og utfordringer som eksisterer i organisering av helsetjenesten. Faktorer som pekes på er kompleksitet, individuell behandling

som vanskeliggjør standardisering og utfordring med samarbeid mellom ulike faggrupper; helsepersonell og administrativt personell, grupper med ulik interesse for endring og effektivisering (ibid.:36). De mener at leger er nølende til samarbeid med andre grupper, observerer at der er en uvilje mot å gi fra seg makt og at denne kulturen kan være problematisk for arbeidet til PLS (ibid.:49f).

Suksesskriterier for PLS innen helsetjenesten, slik Bushe & Shani (1991) beskriver det, er blant annet at partene aksepterer at dette handler mer om læring enn produksjon. Videre bør deltagerne være problemorientert samt dyktiggjøres i gruppearbeid og gruppeprosesser. De kulturelle ulikhetene mellom den formelle organisasjonen og PLS må aksepteres (ibid.:57f). Avklaring om forventninger, tilbakemeldingssystem, utvikling av felles forståelse og presis informasjonsflyt er essensielt for organisasjonslæring (ibid.:141ff). I et økonomisk presset helsevesen vil det være vanskelig å allokere midler til læring og gruppearbeid. Dette er ikke produksjon (NPM) selv om det utvilsomt er nyttig og viktig. Det er mulig man må innstille seg på, i økende grad, å definere standarder for arbeid for samhandling og å omdefinere dette til *produksjon*.

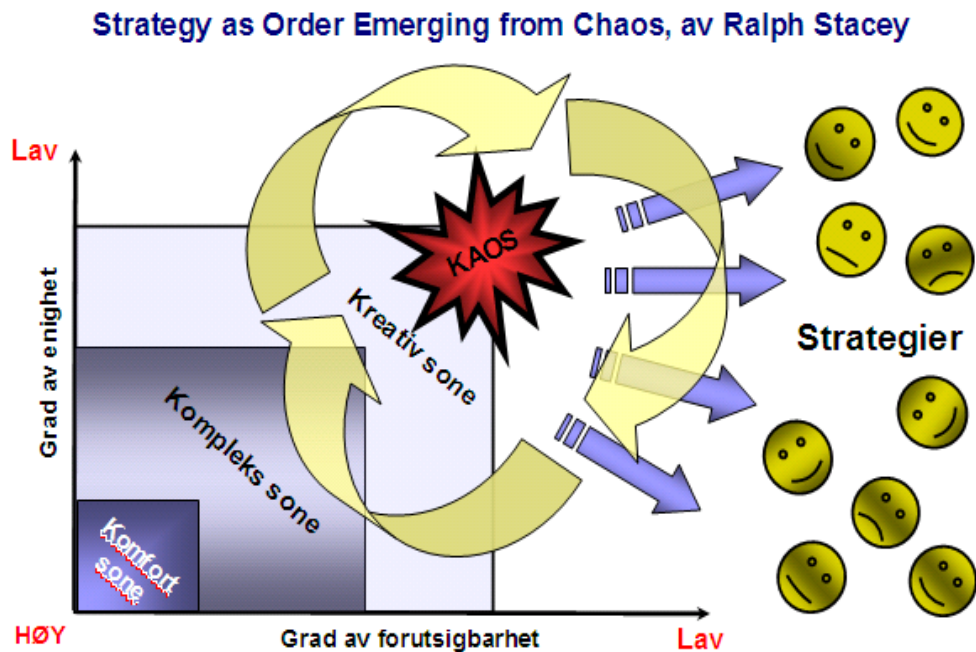
2.5 Kaos og kompleksitet – med fokus på det uformelle

Ralph Stacey (1993) er blant eksponentene for kaosteori. Med kaos forstår man en *positiv kraft* i organisasjonen, som kjennetegnes av *kreativitet og utvikling*. Modell 2, side 21, illustrerer hvordan organisasjoner veksler mellom ulike soner, etter graden av *forutsigbarhet* og *enighet*. En lav grad av disse elementene vil føre organisasjonen ut i en kaoslignende tilstand. Ofte vil organisasjonen evne å skape strategier og prosedyrer i denne prosessen, noe som fører organisasjonen inn i økende grad av enighet og forutsigbarhet. På denne måten etableres orden ut av kaos (Stacey 1993).

I bruken av ordet *kaos* ligger det en kime til misforståelse, etter undertegnede sin mening. Dette kan villedde oss bort fra tanken bak teorien slik Stacey formidler den. Kaos kan gi assosiasjoner til noe negativt som vil kunne føre organisasjoner inn i uoversiktlige og destruktive prosesser.

Teorien om kaos innebærer også elementer av *ikke-lineære prosesser* og gruppers evne til *selvorganisering*. Ralph Stacey (1993) tar utgangspunkt i ny naturvitenskaplig forskning, som slår fast at naturen er kapabel til endeløs, uforutsigbar variasjon gjennom spontan selvorganisering. Han mener at organisasjoner har samme potensial.

Stacey (1993) mener all menneskelig interaksjon preges av *ikke-lineære feedback-system*. Det innebærer at det ikke er gitt hvilken respons en handling vil utløse. Interaksjonsprosessene er også preget av at forskjellige virkelighetsoppfatninger og grunnleggende antakelser skal forstås.



Modell 2: Kaosteori. Utarbeidet av gruppe 8 i Endringsledelse II, 2006.

Stacey (1993) kritiserer den etablerte tankegangen rundt *årsak-virkning*. Han mener denne kausale effekten forsvinner i organisasjoner på grunn av kompleksitet i samhandlingen. Han ønsker fokus over på lærende grupper som samhandler spontant på en selvorganiserende måte. PKO kan sees på som lærende grupper, som samhandler spontant på en selvorganiserende måte. Man har som før nevnt ingen formell instans som organiserer PKO. Hver gruppe har hatt relativt stor frihet til å organisere seg selv innenfor begrensningene de ulike HF har satt i forhold til for eksempel økonomi. I tillegg har man i samarbeid med Allmennlegeforeningen utarbeidet mål og ideologi (se s.6). Dette har ført til at ingen ordninger er i dag like med tanke på antall, størrelse på stillinger eller yrkesgrupper. Der er imidlertid signal fra to HF at man ønsker noe mer styring for fremtiden for å sikre måloppnåelse og god ressursutnyttelse.

De 10 årene PKO har eksistert har vært preget av idealisme og kreativitet i forhold til å etablere relasjoner til de eksisterende HF. Ikke alle gode intensjoner har ført fram. Haukeland er et eksempel på ordninger som har måttet legge ned og siden legge om, av ulike årsaker. Dette kan være et eksempel på ikke-lineære feedback-system, som Stacey (1993) beskriver,

der en handling ikke får den ønskede effekt. Man kan planlegge å gå fra A til B, men uforutsette hendelser kan føre til at man alternativt må gå til C. PKO sitt arbeid for samhandling, i forsøket på å forene to ulike linjer i helse-Norge, har en utfordring med kommunikasjonsprosesser, der forskjellige virkelighetsoppfatninger og ulikheter i grunnleggende antakelser skal forstås og håndteres, som Stacey (1993) sier. Gjennom observasjon i Stavanger PKO kan det synes som om man jobber med noen saker relativt tilfeldig. Eksempel på dette er at en konsulent har fanget noe opp i en samtale eller ved besøk i avdelingen, og lanserer det som en sak på neste PKO-møte. Andre kjernesaker går igjen som resultat av målrettet strategi, som forbedring av henvisninger og epikriser. Felles for alle er at man gjennom en kreativ prosess kommer til enighet om hvordan og hvem som skal jobbe med saken videre, som Stacey beskriver.

Det kommer det ikke klart fram i Stacey sin artikkel om kaos om dette er ment som er verktøy man kan implementere for fremming av kreativitet og innovasjon, eller om det er en type *briller* man ifører seg for bedre å forstå verden. Undertegnede oppfatter det imidlertid som det siste, og anvender det på den måten i denne oppgaven.

Plsek & Wilson (2001) har *kompleksitetsteori* som bakteppe for å synliggjøre hvordan man kan tilnærme seg organisering av arbeid i komplekse organisasjoner innen helsetjenesten. De mener å vise at produktive relasjoner og resultater oppstår innen komplekse system som følge av et samspill mellom ulike parter. Disse resultatene vil ikke kunne oppstå med bare en av partene tilstede i prosessen (ibid.:746). Plsek & Wilson (2001) peker på at kompleksitetsteori handler om å sette mål og allokere ressurser på bakgrunn av helheten i organisasjonen. Man mener at relasjoner mellom parter er viktigere enn enkeltpartene alene og at detaljerte prosedyrer hemmer kreativitet. PKO søker å ha et helhetlig syn på samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten og snakker om *sømløse pasientforløp*. Man har en bevissthet om at man gjennom samhandling kan komme til måloppnåelse på en mer effektiv måte, enn hva partene kan oppnå hver for seg, noe som korrelerer med tanken bak kompleksitetsteori. Gjennom informasjonsskriv søker PKO å gi kort og konsis informasjon, og anser lange oppskrifter som lite hensiktsmessige da målet er endret praksis.

2.6 New Public Management

De siste 10-årene har den norske offentlige sektor vært preget av en prosess som har gitt økende myndighet til brukerne. NOU 1989:5 drøftet en ny måte å organisere staten på der brukerens behov var utgangspunktet. Dette førte til store endringer i årene som fulgte

(Garmann Johnsen 2005). For helsevesenet betydde dette at målet ble å tilpasse tjenestetilbudet til den enkelte, sørge for individtilpasset tilbud, øke brukermedvirkningen og dermed å øke kvaliteten på utredning, behandling og oppfølging. Man har fått en lovgivning som i økende grad gir pasienter rettigheter i forhold til behandlingsapparatet. Vi har fått mer fokus på resultat og økonomi, og stykkpris-tanken har gjort seg mer og mer gjeldende i helse-Norge. Den internasjonale organisasjonsreformen New Public Management har på denne måten hatt en sterk innvirkning på omorganiseringen av offentlig sektor, med sitt markedsorienterte fokus (Hernes 2007). Dette reflekteres i lovverk og offentlige utredninger.

2.7 Aktuelle studier og tidligere forskning

Der har blitt utført en del aktuelle studier og evalueringer som jeg ønsker å ta med som en del av teorigrunnet for oppgaven. Disse er plukket ut da jeg mener de er relevante for belysning av problemstillingen og vil kunne bidra til refleksjon under drøftingsdelen. Det er gjort utdrag fra disse studiene i henhold til det som vil være mest relevant for oppgaven.

2.7.1 «Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark»

Sundhedsstyrelsen evaluerte PKO i Danmark i 2003 og er blant de studier som er gjort tidligere på dette området. Ordningen i Danmark er forløperen til ordningen i Norge, og dermed er evalueringen sentral for denne studien. Man hadde som mål å kartlegge ordningen i Danmark, som da hadde eksistert i 11 år, undersøke resultater samt se på mulighet for videreutvikling. Man hadde spesielt fokus på «[...] sammenhenge mellom organisationsformer og resultater [...]» (ibid.:3). I Danmark var PKO knyttet til ulike arbeidsgivere, forvaltningen og sykehuset. Man konkluderer med at man ikke kan se noen direkte sammenheng mellom organiseringen og oppnådde resultater for PKO.

De områdene der PKO hadde bidratt til en positiv utvikling var kommunikasjon, nedbryting av barrierer, informasjon og løsning på samarbeidsproblemer (ibid.:3). Det ble på en temadag om PKO i Danmark i januar 2002, konkludert med at PKO hadde medført forbedringer i kvaliteten på behandlingen av pasienter (ibid.:8). Det tiltaket som primært hadde bedret kommunikasjon i forhold til allmennlegene var nyhetsbrevene (ibid.:14).

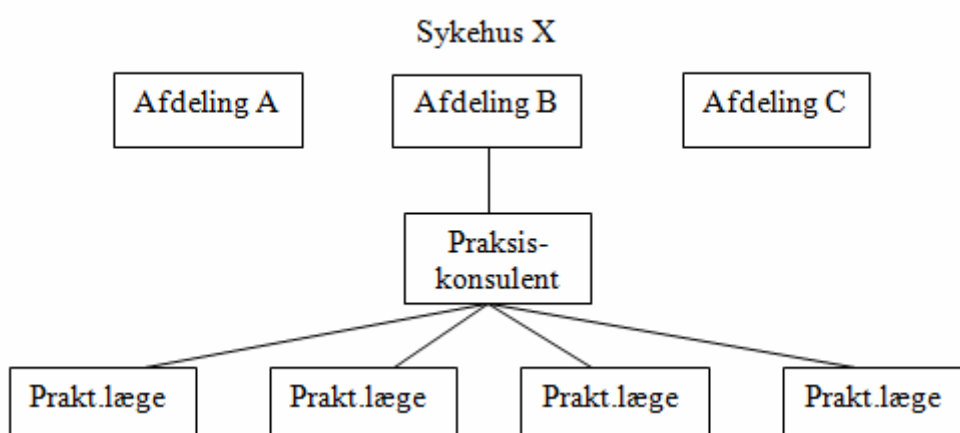
Undersøkelsen viser videre at det i hovedsak var sykehusavdelingene som var mest positive til PKO. Allmennlegene hadde et lavt engasjement til samhandling. Undersøkelsen avdekket at en stor gruppe av disse (32 %) var [...] ligeglade [...] til ordningen (ibid.:4).

Problemet med liten interesse fra allmennpraksis kan føre til at ordningen blir en ordning for ildsjelene og ikke når ut der det trengs (ibid.:13). Man ser derfor at der i alle amt er et stort behov for å få allmennlegene interessert og engasjert. Man anbefaler blant annet å ansette konsulenter med et sterkt nettverk innen allmennpraksis, for å øke interesse og engasjement (ibid.:16).

PKO i Danmark hadde i løpet av disse 11 årene gjennomgått ulike faser. Det man forventet seg av PKO i framtiden var at ordningen i større grad skal «[...] medvirke i større strukturelle forandringsprosesser, [...] utflytting av flere oppgaver til almenpraksis, [...] ambassadørfunksjon for sykehuset og [...] tværgående og mere projektorienterede praksiskonsulenter» (ibid.:5).

En av svakhetene med ordningen i Danmark, var ordningens avhengighet av ildsjeler med et velutviklet nettverk. Forfatterne mener at dette kan gjøre det vanskelig for ordningen å bli institusjonalisert, forankret og videreutviklet. Som i Norge uttrykker man at det er vanskelig å måle resultat av PKO sitt arbeid (Sundhedsstyrelsen 2003).

Man har i rapporten satt opp fem anbefalinger for framtiden. Disse er, foruten å jobbe for økt engasjement hos allmennlegene, å sikre engasjement fra sykehusledelsen bl.a ved å avholde regelmessige møter, utvikle suksesskriterier man kan evaluere etter, velge en desentralisert ansettelse for å sikre lokalt eierskap samt la PKO fortsette å arbeide for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Dette kan man gjerne tenke seg også kan skje på tvers av ulike sykehus, slik at sammenhengende pasientforløp kan sikres (ibid.:6). Skisse av PKO i Danmark, se modell 3 nedenfor:



Modell 3: PKO i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2003:7).

Denne modellen er overførbart til Norge og dekker spesielt godt ordninger som Stavanger, der man kun har leger i PKO. Man kan også tenke seg at konsulenten har ulike kommuner

vedkommende dekker, i tillegg til allmennlegene (Prakt.læge). Der man har sykepleier vil man måtte ha linjer ut til ulike institusjoner og hjemmesykepleie i tillegg.

2.7.2 «Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer»

Robert Myrvang sin studie fra 2004 er en sosiologisk studie av kompliserte organisatoriske forhold som skaper barrierer eller åpner muligheter for samhandling mellom leger. Studien tar spesielt for seg samhandling rundt temaet rundt medisinsk dokumentasjon, der henvisning, journal og epikrise utgjør det Myrvang kaller *dokumentasjonsskjeden* (ibid.:87).

De to legegruppene har i utgangspunktet lik grunnutdanning, men mens sykehuslegene etter hvert utvikler en dybdetilnærming har allmennlegene en breddetilnærming til medisin (ibid.:10). «Det etableres derved en kunnskapsmessig avstand mellom allmennleger og sykehusleger som kan få betydning for samhandling», skriver Myrvang (ibid.:21). Det oppstår, hva han kaller en *kollegial regulering av samhandling mellom leger* der maktfordeling er en faktor som gjør seg gjeldende (ibid.:37f). Ulike maktforhold gir ulik status, gjennom en hierarkisering der de mest spesialiserte har høyest status og dermed mest makt (ibid.:68). Han siterer Stang, som kaller denne type makt for *informativ makt* (2001:45), en makt som forvaltes av den som innehar den mest spesialiserte kunnskap, og som skaper avstand til andre mindre spesialiserte grupper. Eksempel på at disse aspektene virker inn på samhandling mellom de to legegruppene finner vi i Myrvangs studie i arbeidet med epikriser, som representerer en særlig utfordring for samhandling (2004:115). «Forutsetninger for å etablere enighet eller konsensus møter dermed begrensninger satt av de variasjoner som forskjellige faginnretninger representerer» (ibid.:135).

Allmennlegene i studien opplever at kunnskapsoverføringen lider under «[...] manglende gjensidighet i relasjonene når konkrete tiltak skal gjennomføres» (ibid.:144). Allmennlegene opplever at de ikke oppnår tilstrekkelig anerkjennelse for sin kompetanse, noe som stimulerer dem til å arbeide for bedre samhandling med sykehuslegene (ibid.:148). Uenighet om selve kunnskapsgrunnet opplever også som barrierer for samhandling. De to legegruppene deles i en positivistisk/reduksjonistisk/evidencebased retning, der man ser pasientens benbrudd uten å se pasienten som helhet, og den andre i en humanistisk retning med et mer holistisk syn på pasienten (ibid.:156ff). Den humanistiske retningen, som allmennlegene representerer, oppleveres som uttrykk for godhet. Den har sin rot i folkemeningen. Ut fra denne synes det å dannes en samhandlingsdiskurs i følge Myrvang

(2004), som har bidratt til både helselovgivning og helsepolitikk. Denne diskurs «[...] finner også sin begrunnelse i problemer som oppfattes som en følge av sykehusets sterke spesialisering» (ibid:189).

2.7.3 «Samarbeid mellom legar»

Odd Jarle Kvamme har utført en doktorgradstudie på samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger i Norge i 1999. Studien tar opp visse sider av samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger ved akuttinnleggelser. Man ville se om "[...] kommunikasjonsfokuserede intervensjoner [...]" kan påvirke samarbeidet mellom gruppene (ibid.:9). Kvamme undersøkte om prosedyreutvikling, telefonrutiner, samarbeidsfora og praksiskonsulent hadde effekt på kvaliteten av samarbeid og helsetjenester. Kvaliteten på samarbeidet ble vurdert som lav før intervensjonsperioden, da arbeidet bar preg av å være ad hoc-basert (ibid.:149). Resultatene viser at både legene's opplevelse av samarbeidet og kvaliteten på deler av pasientforløpet bedret seg etter intervensjonene. Man fant bedring av kvaliteten på samarbeidet både i innlegges- og utskrivningsfasen, epikrise- og henvisningskvalitet var økt og informasjon fra sykehuset til allmennlegene var forbedret (ibid.:144). Praksiskonsulentene var viktige for gjennomføringen av intervensjoner og viktige drivkrefter i samarbeidsprosessene (ibid.:12). Det viste seg at det tok tid før disse var etablert, men ettersom de ble mer synlige ble de også mer brukt som en informasjonskanal og ved samarbeidsutfordringer (ibid.:216).

Kvamme peker på at kravene til økt volum og bedre kvalitet på helsetjenestene har ført til forventninger i befolkningen og til det såkalte *forventningsgapet* i helsetjenesten. Bedre samarbeid linjene imellom er med på å redusere gapet. Dermed øker interessen for samarbeid i flere land, også i Norge. Samarbeidet mellom linjene har alltid eksistert og hatt et dynamisk preg. Det har foregått over linjene og vært uformelt, i liten grad organisert og ofte basert på personlige relasjoner (ibid.:38). Kvamme definerer samarbeid mellom 1.- og 2. linjetjenesten som: "Handle saman på koordinert vis for at helsetjenester for pasientar og pasientgrupper i eiga linje skal tilpassast tenester i ei anna linje" (ibid.:50). Han hevder leger i begge linjer ønsker å samarbeide, men er fاملende og usikre rundt metoder for samarbeid uten klare tanker om hvordan dette kan organiseres (ibid.:53). Hinder for samarbeid mellom leger kan være de ulike forvaltningsnivå som de ulike gruppene er knyttet til, ulike pasientgrupper, mistenksomhet, legers autonomi, ubalanse i maktforhold, ulik ideologi og spesialiseringsgrader (ibid.:49).

Kvamme peker på at samarbeid er et viktig strukturelt element i helsevesenet. Utvikling av felles forståelse av fenomen krever samarbeid, vilje, forståelse og tid. Han viser til at ”bottom-up” samarbeid ofte fører til mer praktiske løsninger som er anvendelige og at dette ofte kjennetegner det samarbeid som skjer på avdelingsnivå. Dette er et samarbeid som ikke er i behov av en større organisasjon. Han hevder at høy grad av organisering vil kunne føre til kompliserte regelverk som er vanskelig å etterleve (ibid.:62)

Tette nettverk av leger, såkalte profesjonsnettverk, kan føre til at andre grupper stenges ute av samarbeidet. Derfor mener Kvamme det er større motstand mot nettverksbygging fra leger til sykepleiere, enn innad mellom ulike legegrupper. Leger har samme profesjonstradisjoner og samarbeid mellom leger profiterer på personlige relasjoner og nettverksbygging (ibid.:63).

Skal man skape endring med leger involvert bør tiltakene, i følge Kvamme, være måltettet og oppleves relevant. Dette kan føre til interesse og deltagelse blant legene. Skal flere grupper involveres, er det en forutsetning at man oppnår enighet om mål og tiltak. Enighet skaper opplevelse av eierskap og ansvar og styrker samarbeidet (ibid.:74).

3 METODEVALG OG DATAINNSAMLING

PKO i Stavanger ønsket å få utført en evaluering av PKO som en sammenlignende studie av flere ordninger. Man ønsket en *kvalitativ* forskningsmetode. De tre ordningene ble studert i samme tidsrom. Ettersom jeg hadde mest kjennskap til ordningen i Stavanger, var det naturlig å bruke den som referanseramme i noen grad, da den kan betegnes som min *hjemlige kultur* (Fangen 2004:177). På bakgrunn av problemstillingen valgte jeg en deduktiv forskningsstrategi som begynner ved at «[...] some regularity that has been discovered and which begs an explanation» (Blaikie 2005:25). *Hvorfor* og *hvordan* spørsmål inngår som naturlige forskningsspørsmål. Hypotesetesting inngår i deduktiv strategi som tentative svar på disse. PKO har eksistert i 10 år i Norge. Ordningen har utviklet seg ulikt ved de ulike HF, og gjennom en deduktiv strategi med *hvorfor* og *hvordan* spørsmål er ønsket å bidra til kunnskap om ordningen som kan føre til forståelse og endring. Cato Wadel påpeker at kvalitative studier oftest er ”[...] en runddans mellom teori, metode og data». Det innebærer at forskeren underveis er åpen for å endre teori, hypoteser og metode om ny kunnskap utvikles (1991:129). Dette kjennetegner også denne studien. For å støtte opp om funn fra kvalitativ metode,

benyttes spørreskjema som i kvantitativ metode. Dette kan bidra til å møte validitetskrav til data og resultat og kan kalles *metodetriangulering* (Blaikie 2005:274). Vi har vært to studenter som har studert PKO fra ulik vinkel. Sammen har vi reflektert over funn og antagelser og på den måten justert hverandres forståelse og tolkning. Dette kan også bidra til å styrke validitet.

Forskningsprosessen har vært *sirkulær*, noe som innebærer at ettersom prosessen utviklet seg, var det naturlig å evaluere avgjørelser og gjøre endringer (Blaikie 2005:13). Design i forkant var viktig for en gjennomtenkt prosess. Det var planlagt å gjøre en sammenligning av 4 ordninger. Én ordning ble plukket ut på bakgrunn av at den hadde to sykepleiere ansatt. Det viste seg i ettertid at ingen av de to var operative i det aktuelle tidsrommet. Da manglende respons på spørreskjema og mail-henvendelser til ordningen heller ikke førte til ønsket respons, ble det i samråd med veileder besluttet å utelate ordningen. Tiden fram til levering av oppgaven tillot ikke å ta inn en ny ordning på det tidspunktet.

3.1 Kvalitativ tilnærming

Man ønsket, som nevnt bruk, av kvalitativ metode til dette formålet da *samhandling* er et nøkkelbegrep innen PKO. Gjennom en kvalitativ tilnærming setter forskeren "[...] samspillet mellom personer i fokus. Han skjønner handling som samhandling» (Fossåskaret, Fuglestad & Aase 2005:14). Det er interessen for det prosessuelle og relasjonelle som dominerer denne forskningstradisjonen, noe som også kjennetegner PKO og deres samhandling med ulike aktører. Cato Wadel mener kvalitative samhandlingsstudier kan betegnes som «[...] strategisk kvalitativt orienterte studier» (1991:117). Dette er studier med få deltagere, som likevel kan si noe om den samhandling man kan finne igjen i lignende sammenhenger i samfunnet. PKO er en relativt liten organisasjon, men i følge Wadel, kan man med denne tilnærmingen forvente å finne mønster som kan overføres til samfunnet om det er ønskelig.

Det ble gjennomført en *casestudie*. Denne studieformen kjennetegnes ved at objektene som studeres er like nok og samtidig ulike nok til at det vil være mulig å sammenligne dem i forhold til fenomenet som ønskes studert (Ragin & Becker 1992:1). I casestudier er det igjen hensiktsmessig å gjøre bruk av *hvordan* og *hvorfor* spørsmål (Yin 2003:22). Hvorfor og hvordan spørsmål ble derfor stilt for å finne svar på om organisering har betydning for arbeid som har som mål å bedre samhandling ved tre PKO. Et strategisk utvalg av PKO ble gjort i samarbeid med leder for PKO i Stavanger, samt en gjennomgang av alle ordningene på *PKO Najonal hovudsida*, med fokus på hvordan man kan sikre en best mulig belysning av

problemstillingen. Mest mulig ulikheter i de uavhengige variablene er lagt til grunn for å plukke ut ordningene. Helt nye ordninger ble utelatt.

Praksiskoordinatorerne ved de tre ordningene ble bedt om å gjøre et strategisk utvalg av praksiskonsulenter og klinikkledelse som kunne gi gode innspill i intervju. Ulempen ved denne metoden er at utvelger kan ha en tendens til å velge personer med mest mulig sammenfallende syn som vedkommende selv. Det ble derfor påpekt at det ville være en fordel å få belyse mest mulig bredde, og at disse personene godt kunne ha ulik oppfatning av ulike problemstillinger (se vedlegg 1).

Studien baseres på intervjudata fra 18 personer. Disse er praksiskonsulenter, praksiskoordinatorer og administrativt personale samt medisinsk personale i HF. Det ble utarbeidet intervjuguide til fire ulike grupper (se vedlegg 2-5). Representant for HF er den personen som er i direkte kontakt med PKO i administrasjonsavdelingen. Medisinsk personalet er den medisinske ledelsen ved en eller flere avdelinger som er knyttet opp mot PKO. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål og ble brukt i halvstruktureerte intervju med 6 personer i hver ordning. Jeg tok sikte på at respondentene kunne snakke mest mulig fritt og tok notater under intervjuene. Som en ekstra forsikring ble alle intervju tatt opp som MP3 filer. De fleste intervju ble utført på stedet, mens noen intervju måtte tas per telefon. Jeg fant gode bidrag til intervjuguide i *Evaluering av Praksiskonsulentordningene i Danmark* ved Sundhedsstyrelsen, *Evaluering etter 10 år med praksiskonsulenter* i Fyns Amt, *Samarbeid mellom legar*, av Kvamme og *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer* av Myrvang.

Fordelen med casestudier er å studere få enheter inngående, mens ulempen er at man ikke lett kan generalisere (Andersen 2003:10). Hensikten her er ikke å generalisere, men å gjennomføre en evaluering, som kan føre til økt kunnskap. Fordelen med metoden er også at man kan gå bredt ut, mens ulempen er at konklusjonene kan bli tatt på begrenset grunnlag.

Ragin et al. (1992) tar utgangspunkt i to alternativer når de ønsker å svare på spørsmålet *Hva er et case?*. Den første er hvorvidt caset skal sees på som noe som finnes, en *empirisk størrelse*, som kan bli oppdaget og studert, eller som en *teoretisk konstruksjon*, som tjener som ramme for forskeren. Det andre alternativet er om caset kan kategoriseres som *generelt* (eks.: familien, organisasjonen) eller *spesifikt* (eks.: den franske revolusjonen, den autoritære personlighet). I denne studien ble PKO sett på som en empirisk størrelse og kategorisert som generell. Dette innebærer synet på PKO som en avgrenset enhet, som kan studeres, uten at PKO's avgrensning ble tematisert i studien. Det har derimot vært fokusert på interne prosesser i de ulike PKOene, noe som kan føre til teoriutvikling (ibid.:8ff). Metoden går

ut på å studere hver organisasjon som et case for seg, i dette tilfellet de tre utvalgte PKO. Gjennom datainnsamling og analyse av hvert case, vil man kunne utvikle eller endre teori og hypoteser eller skape ny innsikt. Denne tilnærmingen til fenomenet case gir altså mulighet for utvikling av ny teori gjennom studier av organisasjoner som varierer i størrelse, kompleksitet og funksjon (ibid.:175). PKO kan sies å møte disse forutsetningene. For å lykkes, er en av komponentene i metoden systematisk komparasjon av de ulike case. Det er viktig at organisasjonene er tilstrekkelig sammenlignbare for bruk som kontekst for avhengig variabel. Dette fordret en eksplisitt beskrivelse av organisatoriske forhold i hvert enkelt case samt vurdering av hvordan dette virker inn på funn i studien (ibid.:178). Den organisatoriske konteksten PKO befinner seg i, var også viktig å ha fokus på, da ingen organisasjon eksisterer i et vakuum. Metoden fordrer perspektiv på både innhold og kontekst, organisasjonens indre og ytre liv (ibid.:179).

Hermeneutikken, fortolkningslæren, lærer at for å forstå et fenomen er relasjonen til fenomenets bestemte kontekst en forutsetning (Gilje & Grimen 1993:152). PKO samarbeider tett med ulike aktører i helse-Norge, og blir i studien ikke sett på som løsrevet fra disse.

Svakheter ved casemetoden er at man kan bli mer fokusert på ulike faktorer tilstedeværelse eller fravær, enn av å evaluere viktigheten eller også å vektlegge disse på en feilaktig måte. En tredje bekymring er at den kan være krevende i forhold til tidsaspektet. For å bøte på disse ulempene, foreslår man at flere forskere sammen belyser et case fra ulike sider (Ragin et al.1992:184f). PKO ble belyst av to studenter som anbefalt.

3.2 Kvantitativ tilnærming

Spørreskjema til 26 respondenter ble brukt i innsamling av kvantitative data som supplement til den kvalitative studien. Skjemaene inneholdt både *kognitive* spørsmål (eks.: spørsmål 12 til koordinator *Hva var motivasjonen for den valgte organisering?*) og *evaluative* spørsmål (eks.: spørsmål 27 til koordinator *Hvordan er din tilfredshet generelt med PKO?*) I forkant ble PKO i Stavanger samt de tre praksiskoordinatorerne bedt om å delta i en pilotundersøkelse, for å teste to ulike skjema. Skjemaene ble noe endret og nye versjoner sendt alle konsulenter og koordinatører i de tre ordningene med 2 ukers svarfrist (se vedlegg 6-8). Skjemaene ble sendt ut i papirformat med vedlagt ferdig adressert og frankert svarkonvolutt. Grunnen til dette var at pilotundersøkelsen i praksis hadde vist seg vanskelig å gjennomføre elektronisk, med dertil svært lav svarprosent. 15. april var det kommet inn 14 svar. Svarprosenten på 54 % var noe i underkant av ønsket respons, så purring via mail ble sent ut, men svarfrist 25. april. Dette gav

8 nye svar, der 2 skjema ble forkastet, og svarprosenten steg til 81. Det ene refuserte skjemaet manglet det meste av data og det andre ble returnert for sent. Data fra spørreskjemaene ble systematisert og behandlet i et excel-dokument og resultatene er presentert i oppgaven både i tabellform og som tekst.

Det viste seg at svarene på spørreskjema til pilotundersøkelsen og den endelige undersøkelsen varierte, selv om skjemaene ble sendt ut kun med få ukers intervall og de aktuelle spørsmål var nøyaktig de samme. Jeg velger da å tolke bildet som svarene gir, som et øyeblikksbilde, som ikke nødvendigvis lar seg gjenskape i sin helhet. Grunner til dette kan være upresise spørsmålsstillinger eller at respondenten ikke leser spørsmålet grundig nok.

Svarprosent fra de tre ordningene samlet er, som sagt, 81 %. En tilsvarende evaluering av den danske PKO etter 11 år, gav en svarprosent på 66 % som karakteriseres som *høy* (Sundhedsstyrelsen 2003). Dermed må 81 % kunne tolkes som svært høy svarandel.

Koordinatorerne og konsulentene har ulik svarprosent og fordeles som i tabell 4 nedenfor:

Tabell 4: Svar totalt

Populasjon	Utsendt skjema	Utgått skjema	Mottatte skjema	Besvarelse (%)
Koordinator	3	0	3	100 %
Konsulenter	23	2	17 (19*)	73.9 % (82,6 %*)

*sum skjema mottatt inklusivt refuserte.

De tre ulike ordningene har ulik svarprosent som fordeles som i tabell 5 nedenfor:

Tabell 5: Svar, fordelt på ordningene.

HF	Utsendt skjema	Utgått skjema	Mottatt skjema	Besvarelse (%)
Stavanger	12	2	10 (12*)	83.3 % (100 %*)
St. Olav	6	0	4	66.6 %
Sørlandet	8	0	6	75 %

*Skjema mottatt til sammen med refuserte.

Underveis ble det gjennomført en ustrukturert dokumentanalyse av PKOs møtereferater og andre tilgjengelige kilder, som tidligere undersøkelser og strategidokument. Hjemmesider på internett har vært brukt i en viss utstrekning. Jeg deltok som observatør på lokale PKO-samlinger i Stavanger. Etter deltagelse på PKO-konferanse, juni 2007, ble det opprettet

kontakt med personer ved flere ordninger, som har bistått med data. Dette arbeidet er gjort for å øke forståelse for PKO, for å kunne stille relevante spørsmål samt utvikle breddekunnskap om organisasjonen

Det ble i 2007 foretatt en spørreundersøkelse blant fastleger på den årlige samlingen av allmennleger i Stavanger. Informasjon fra denne er brukt som grunnlag til å synliggjøre PKO sin relasjon til disse, og hvordan de kan si noe om kjennskap til PKO samt Praksisnytt. Oppgavens omfang og tiden som er til rådighet tillater ikke å repetere denne undersøkelsen ved alle ordningene, men disse spørreundersøkelsene bidrar likevel til verdifull informasjon om PKO.

Direktøren ved alle HF ble søkt om tillatelse til gjennomføring av studien (vedlegg 9).

3.3 Evaluering

Man ønsket å få utført en evaluering av PKO som tar sikte på å bidra med kunnskap om ordningen for videreutvikling. Preben Lindøe slår fast at man gjennom evaluering gir mulighet for «[...] refleksjon gjennom å skape en distanse til den umiddelbare erfaring som skjer i intervensjonsprosessen» (2003.:67). De tre PKO ble studert gjennom en *beslutningsorientert* evaluering (Vedung 1991). Ved å se på ting som tidligere er gjort, kan man framskaffe informasjon som skal kunne skreddersy spesifikke valg for fremtiden (ibid:54). Ofte ser man evalueringer som baserer seg på å evaluere etter oppnådd effekt. Dette var ikke mulig i dette tilfellet, da PKO i Norge ikke har definert effektmål. Man finner heller ingen kontrollgruppe for PKO, og det vil heller ikke være aktuelt å stanse aktiviteten i flere ordninger, for så å måle effekten. Denne konklusjonen kom man også til i evaluering av PKO i Danmark ved Sundhedsstyrelsen (2003).

Gjennom evaluering kan man oppnå forståelse for hvordan organisasjoner virker, utvikles og hvilke tiltak som kan gjøres for å bedre yteevne (Shaw, I 1999:6). PKO har ikke kommet fram til en måte å organisere seg på for alle lokale ordninger. Det er heller ikke klart om det vil skje. Likevel vil denne studien kunne bidra med kunnskap ved framtidige veivalg.

Kvalitativ evaluering vil være hensiktsmessig ved ulike omstendigheter for eksempel når man ønsker en forbedring av programmer eller praksis og når der er tilstrekkelig enighet om metoden blant de som skal gjøre seg bruk av evalueringen (ibid:14). Begge disse forutsetningene var til stede i dette tilfellet. Jeg mener derfor at metoden var hensiktsmessig for studien.

3.4 Komparasjon

Man ønsket en komparativ studie av PKO ved flere steder i Norge. Den komparative studien er gjennomført som en konsekvens av mangel på definerte valide målbare effekter eller suksesskriterier, noe som utelukker effektevaluering.

Komparative studier kan sees som »[...] studier som sammenligner meningsfylte fenomen på tvers av historisk og geografisk definerte systemer, og benytter seg av forklarende enheter på samfunnsnivå» (Moe 2005:4). Den casebaserte komparasjonen kjennetegnes ved at man sammenligner flere case, at man sammenligner helheter og at forskeren ikke har ambisjoner om generalisering. Forskeren er heller ikke restriktiv i holdning til teoribygging, men produserer tolkning bygget på akkumulert kunnskap fra det aktuelle forskningsfelt (ibid.:8). I følge Ragin søker de fleste komparative forskere å studere «[...] diversity [...]» ved å «[...] examine patterns of similarities and differences across cases, and try to come to term with their diversity» (1994:107).

PKO påvirker samhandling på ulike nivå. Denne oppgaven fokuserte på den direkte samhandling som skjer mellom PKO og HF, sett i relasjon til de ulike organisasjonsmodellene som eksisterer. Man antar at den samhandling som skjer på dette nivå, vil ha ringvirkninger til andre nivå og til slutt komme pasienten til gode, som er det overordnede målet. Organisering av PKO vil nødvendigvis påvirke PKO's måloppnåelse. Ved å sammenligne organisering av ulike ordninger, ønsket jeg å finne svar på om en organisasjonsmodell fungerer bedre enn andre i forhold til målene PKO har satt.

3.4.1 Variabler i komparasjonen

PKO er en *bottom-up* organisasjon, som innebærer at initiativ kommer fra arbeidsstyrken, motsatsen til en *top-down* organisasjon der initiativ til endring kommer fra ledelsen (Mintzberg et al. 2003:174). De ulike ordningene er ulikt organisert, men bygger på felles strategi og mål. Noen ordninger har få praksiskonsulenter i relativt stor stillingsbrøk, mens andre har mange konsulenter i relativt liten stillingsbrøk. De fleste ordninger har kun ansatt leger, mens andre i tillegg også har sykepleier og fysioterapeut. Det var tre sider ved organiseringen jeg ville sammenligne i hver ordning. Den var *antall* praksiskonsulenter, *stillingsstørrelse* og sammensetning av *faggrupper* i hver ordning. Dette er de uavhengige variablene i studien. *Arbeid som fremmer samhandling* er den avhengige variabelen. Med arbeid som fremmer samhandling mener jeg blant annet: informasjonsskriv, arbeid for bilateral hospiteringsordning, arbeid knyttet til avdelinger ved HF, gruppesamlinger for PKO,

prosjektbasert samarbeid, ad hoc-basert samarbeid, samarbeidsmøter mellom PKO og HF samt arbeid med henvisning og epikriser.

4 ANALYSE OG DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg legge opp til en glidende overgang mellom *beskrivelse, fortolkning og drøfting* av data. Kvalitative og kvantitative data vil, sammen med utvalgt teori, danne grunnlag for drøftingen, som jeg vil gjøre så rik som mulig på illustrasjoner ved å gjengi informantenes utsagn fra rådata. Dermed bearbeides funn og drøftes resultat samtidig, noe som er vanlig i kvalitative studier (Stene 2003). Informantene vil bli gjengitt mest mulig anonymt, og uten for mange sitat. Svakheten med denne metoden er at informantene først kommer til orde gjennom forskerens fortolkning og ikke på egne premisser. Man kommer likevel ikke utenom fortolkning ved utvalg og presentasjon av data (Everett & Furseth 2004)

Gjennom intervju med konsulenter har der kommet fram *narrativer*, fortellinger. Deler av disse gjengis i kapittelet, da narrativ er nyttig når man skal studere meningsdannelse i prosesser fordi de gir oss tilgang på *personlige stemmer* i den profesjonelle kontekst (Czarnianska 1998).

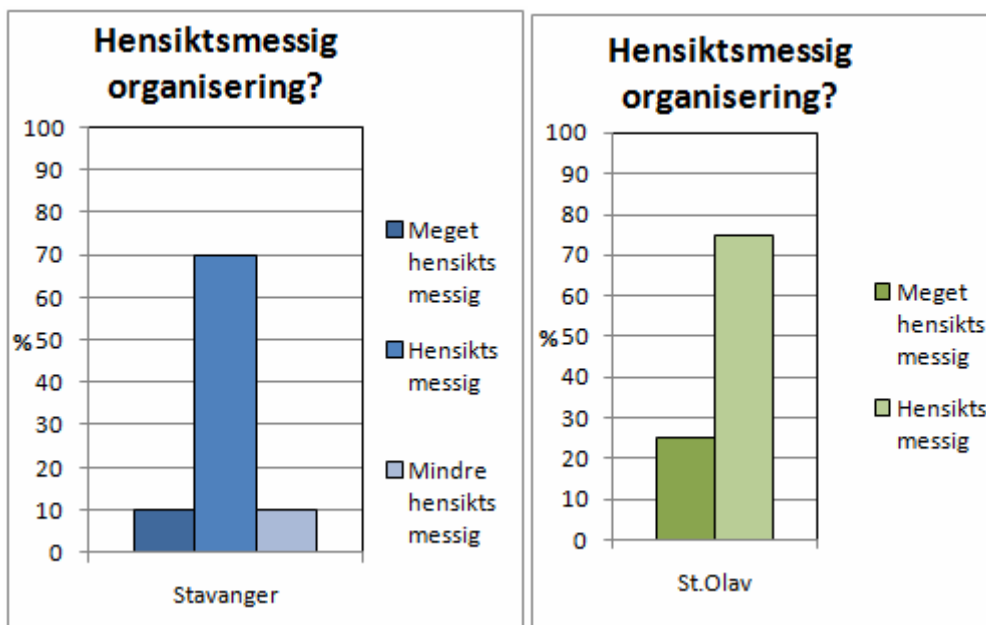
PKO er en nettverksorganisasjon, der de ansatte har interesse for samhandling. Den høye svarprosenten (81 %) kan ha sammenheng med dette. Stavanger er ordningen med høyest svarprosent (100 %). Dette kan henge sammen med at initiativet til evalueringen kom herfra. Man kan ikke utelukke Hawthorne-effekten, der man får forbedringer på områder man fokuserer på (Flaa, Hofoss, Holmer-Hovden, Medhus & Rønning 1995, referert av Kvamme 1999). Samtidig er hverdagen til allmennleger travel med mange pasientkontakter. Dette kan medvirke til at ikke alle har tatt seg tid til å svare. Mintzberg (2003) beskriver personer i det profesjonelle byråkratiet som ofte lojale til konsensusbestemmelser, noe høy svarprosent på en ønsket evaluering kan indikere.

Samhandling er, slik vi har sett, et av de grunnleggende prinsipp i norsk helsevesen. PKO har en rolle å spille, og et av spørsmålene er om PKO innehar nødvendige ressurser for arbeid for samhandling. Er det forskjell på de ulike ordningene i opplevelsen av om man er hensiktsmessig organisert med tanke på tilgjengelig ressurser?

Det er ønskelig å finne spor av sammenheng mellom ulike variabler og svar på problemstillingen *Hvordan påvirker organisering av PKO arbeid for samhandling ved ulike helseforetak?*

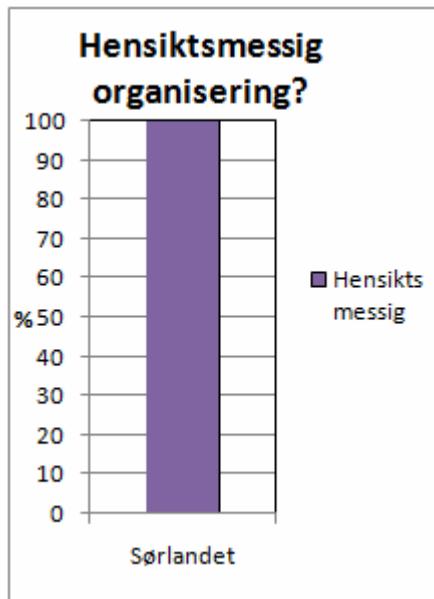
4.1 Samhandling og betydning av antall og stillingsstørrelse

På spørsmål *Opplever du organiseringsformen med antall praksiskonsulenter, stillingsstørrelse og yrkessammensetning er hensiktsmessig med tanke på PKO's målsetninger?* svarer de fleste i alle ordninger at de opplever ordningen *hensiktsmessig* eller *meget hensiktsmessig* organisert (se tabell 6, denne og neste side).



Tabell 6: Hensiktsmessig organisering

En konsulent i Stavanger opplever organiseringen som *mindre hensiktsmessig*. Ellers opplever alle konsulenter i de tre ordningene organiseringen som *hensiktsmessig*. 2 av 3 koordinatorene opplever organiseringen som *meget hensiktsmessig*. I Stavanger kommenterer to personer som har svart *hensiktsmessig*, at stillingene burde være større. Her finner vi også de minste stillingene (8 %). Flere kommenterer likevel under intervjuet at om man driver legepraksis, vil det være vanskelig å kombinere med mer tid til PKO. «Stillingsstørrelsen må være liten for hovedarbeidet må være fastlegearbeid og vi må være rimelig mange for å speile fastlegekorpset og ha legitimitet i det», sier en av respondentene



Tabell 6: Hensiktsmessig organisering

PKO må prioritere oppgaver i forhold til tilgjengelige midler. I Stavanger har man gjort en bevisst prioritering, der man ønsker mange konsulenter på bekostning av stillingsstørrelse. Dette er for å kunne ha fleksibilitet i gruppen og unngå å være sårbare ved ubesatte stillinger. Samtidig er det på det rene at noen konsulenter har mange avdelinger å forholde seg til, og oppgir under intervju at de har dårlig samvittighet ovenfor avdelingene og ikke opplever å være synlige nok.

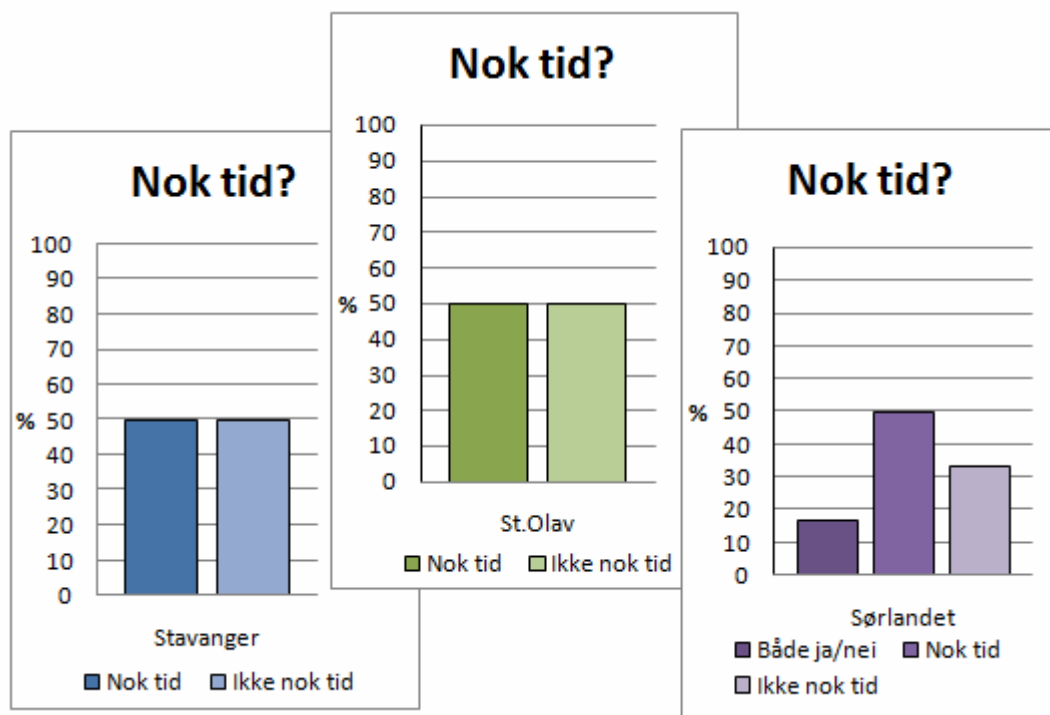
Ved HF i Stavanger er man opptatt av at også avdelingene skal ha tid og at man må ha nok viktige saker å jobbe med. Samtidig er man skeptisk til om det blir mye "harelabbarbeid" ved så små stillinger. Dette blir bekreftet av en konsulent. Mange kompenserer likevel liten stillingsbrøk med å jobbe utover sin stilling. Man har også mulighet til å være fleksibel med timeantall, slik at man kan jobbe mer en måned, og tilsvarende mindre en annen. Flere oppgir også at de «[...] tenker samhandling også i andre sammenhenger». Noen har verv, eksempelvis i allmennelegeforeningen, der de også arbeider for bedre samhandling.

Ved St. Olav kommenterer en av de som svarte *hensiktsmessig* på spørsmål om organisering, at vedkommende ønsker økt antall konsulenter. St. Olav er ordningen med færrest konsulenter (6 personer). Også under intervju ved St. Olav kommer fram ønske, både i Enhet for samhandling og fra konsulenter, om å utvide ordningen med 2 konsulenter for å dekke psykiatrisk avdeling. Økonomiske forhold hindrer dette. En konsulent ønsker ikke å øke stillingen i PKO på bakgrunn av at vedkommende ofte opplever å arbeide alene for samhandling i et stort system. "Dersom man opplever at arbeidet går trått og ikke gir forventet resultat, kan man fort bli motløs." Ordningen ved St. Olav synes å bære preg av at konsulentene har mindre kontakt med hverandre enn de andre ordningene. Det kan være noe av grunnen til kommentaren. En annen grunn kan være at de har få konsulenter i forhold til andre ordninger og dermed færre personer å spille på internt i ordningen. En konsulent mener at «[...] forventningene til det jeg skal gjøre er ikke større enn 10 %, og jeg har en jobb der jeg jobber for samhandling også». En konsulent ved St. Olav oppgir å delta i klinisk

samarbeidsutvalg i tillegg til å være praksiskonsulent. Samhandling er tema i flere fora, slik at man bygger nettverk og arbeider for samhandling utover PKO.

Ved Sørlandet mener alle at organiseringen er *hensiktsmessig*. Likevel mener flere, både koordinator, konsulenter, samt representanter for HF, at stillingene er små, og noen mener for små. «Det er utfordrende å finne fram til en arbeidsmåte der man opplever å få gjort noe fornuftig på så kort tid som 10 % .», sier en konsulent. Kommentaren om at man ønsker nok tid til fagarbeid, kommer fram også her, samtidig som flere innser at man ville kunne utrette mer om man økte stillingene til 20 %. Man kommuniserer via mail og telefon, og har en bevisst holdning til hva man bruker tid på. Ordningen har eksistert i to år og møtevirksomhet der man ikke har særlig mulighet til påvirkning har til tider tatt mye tid, i følge koordinator. Det søker man å begrense. Rapportering er også en aktivitet som er nedprioritert, samt måling av resultat av PKO. Økonomi setter grenser for hvor mye ressurser HF er villig til å bruke på ordningen. En klinikkdirektør har imidlertid hatt så god erfaring med konsulenten, at dette er noe vedkommende vil prioritere når midler skal foredeles. Representant for HF ønsker å øke stillingsandeler mot å ansette flere konsulenter, om vedkommende skulle prioritere.

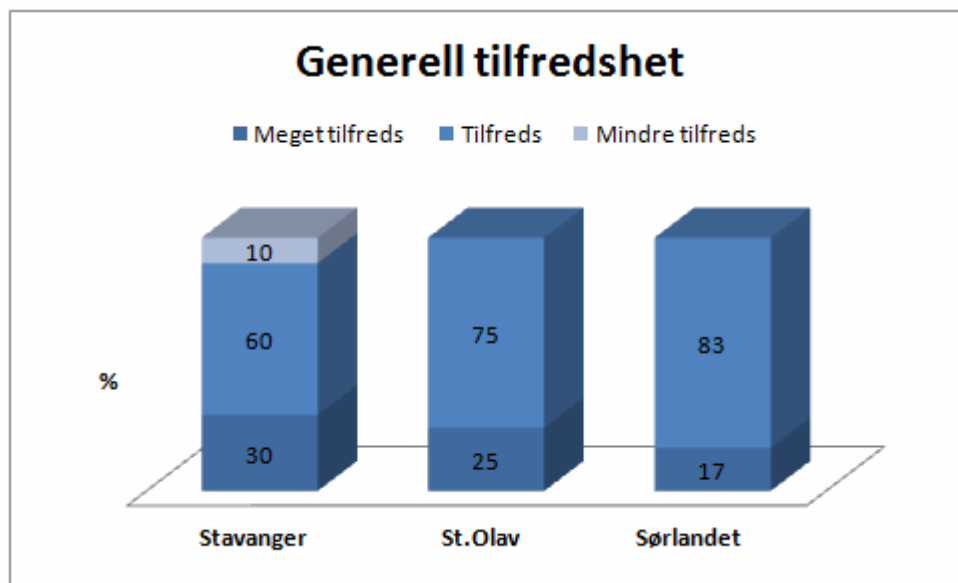
Selv om mange opplever at organiseringen av ordningen er *meget hensiktsmessig* eller *hensiktsmessig*, svarer mange (33-50 %) nei på spørsmålet *Opplever du å ha tid nok til å gjøre en tilfredsstillende jobb som koordinator/konsulent?*, som vist i tabell 7 nedenfor:



Tabell 7: Nok tid til tilfredsstillende arbeid, alle ordninger.

Det at så mange i alle ordningene opplever å ikke ha tid nok til arbeid for samhandling, kan henge sammen de store mulighetene man ser for forbedring. Som en sa ved St. Olav: «PKO har et stort potensial!» Samtidig bærer arbeidet, i følge en annen konsulent, preg av «[...] å jobbe langsiktig med museskritt». Det som er tydelig er at man ser mange områder og en mengde saker man kan jobbe med, og i hver ordning må det prioriteres. Som en koordinator sa: «Jeg som koordinator må være forsiktig med å pålegge konsulentene arbeid som spiser opp for mye tid».

Selv om man til en viss grad opplever å ha for liten tid til å gjøre arbeidet tilfredsstillende, varierer den generelle tilfredshet lite mellom ordningene. På spørsmålet *Hvordan er din tilfredshet generelt med PKO?* svarer alle, så nær som en konsulent i Stavanger, at de er *meget tilfreds* eller *tilfreds* (se tabell 8 nedenfor). To koordinatorene er *meget tilfreds*. Det kan ha sammenheng med at som leder har man ofte tilgang på mer informasjon enn andre, samt at muligheten for påvirkning ofte er større, noe som kan øke trivsel og tilfredshet.



Tabell 8: Generell tilfredshet med PKO, alle ordninger.

Det at den generelle tilfredshet er så høy, kan henge sammen med at det oppleves positivt å arbeide for noe man ser kommer egne pasienter til gode. En konsulent sammenligner sin allmennpraksis med et ”verksted”, der PKO og arbeid for samhandling blir ”verktøyet” man tar i bruk for å oppnå gode resultat. Det å drive verksted er fortsatt førsteprioritet, men det å bruke 8 % til å ”pusse verktøyet” kjennes verdifullt. Det at det også representerer variasjon i det daglige, kan ha sammenheng med det positive resultatet.

Under problemstillingen i kapittel 2, er følgende spørsmål reist: *Hvordan påvirkes samhandling med HF av stillingsstørrelse og antall konsulenter i PKO?* Det framkommer at konsulenter og koordinatorene i alle ordningene i all hovedsak mener, at organiseringen er hensiktsmessig når det kommer til antall og stillingsstørrelser. De ansatte i PKO har i utgangspunktet en fagbakgrunn gjør dem engasjert (Mintzberg 2003). Det at man tar på seg oppgaver i PKO, kan man blant annet tolke som et uttrykk for et ønske om å kvalitetssikre det arbeid man har som hovedaktivitet. Som en konsulent sa, er PKO verktøyet – ikke verkstedet. Når konsulentene sier seg fornøyd med stillingsstørrelser på 8-20 %, kan dette sees i lys av deres ønske om å være fagutøvende person, enten man er sykepleier, fysioterapeut eller lege. Om dette er det som tjener HF i størst grad, kan diskuteres. Både representanter for HF i Stavanger og ved Sørlandet er betenkt i forhold til om liten stillingsstørrelse er det beste utgangspunkt for å kvalitetssikre samhandling. Sett utenfra, kan det synes som om det er HF som har mest å vinne på arbeid for samhandling, da HF har mange flere enheter å samhandle med enn en enkelt allmennlege. Tradisjonelt er det også slik at HF er gjenstand for tilsyn fra Helsetilsynet, og dermed er mer utsatt for kritikk og pålegg ved samhandlingssvikt. Samtidig sier konsulenter i Stavanger, at de har dårlig samvittighet for å være for lite synlige, men at de kompenseres med å arbeide utover stillingsbrøken. Dette kan tyde på at HF likevel får relativt mye igjen for investeringen i PKO. Det spørres likevel om denne løsningen er noe ordningen kan belage seg på i fremtiden, da det kan bli for personavhengig til å kunne være bærekraftig. Rapporten fra Sundhedsstyrelsen i Danmark fra 2003 mener avhengigheten til ildsjeler kan gjøre det vanskelig for ordningen å bli *institusjonalisert*. Det innebærer at ordningen ikke blir forankret og videreutviklet dersom samarbeidspartnerne mister interessen. Denne bekymringen kan i noen grad overføres til PKO i Norge. På den annen side er ordningen ønsket av både det politiske- og det faglige miljøet, noe som bør gi trygghet for videre drift. Man anbefaler sågar at ordningen blir videreutviklet og utvidet med flere yrkesgrupper i *Fra stykkevis til helt* (NOU 2005:3). Som en respondent sa: ”Samhandling er jo rene trylleordet, ingen vil vel si at det vil vi ikke prioritere”.

På bakgrunn av dette kan det synes som om man skulle ha prioritert en noe større stilling enn 8 %. Dersom man øker stillingen, vil man på den andre siden stå i fare for å miste konsulenter, og man vil kunne få et rekrutteringsproblem. Ved Sørlandet og St. Olav har det vist seg vanskelig å dekke de mindre institusjonene med praksiskonsulent. En av grunnene er at den korte tiden man har til rådighet, lett spises opp av lang reisetid. Skal man ha konsulenter i annet enn sentrale strøk, kan liten stillingsbrøk være en utfordring. Dette kan

være en av grunnene til at det i Stavanger er lettere å håndtere små stillinger, da området er et av de mest urbane i Norge og man har relativt kort reisevei i Sør-Rogaland.

Økonomi er en avgjørende faktor, da man i alle ordninger har omlag én stilling til rådighet. I Stavanger har man delt denne stillingen på mange konsulenter, noe som gir fleksibilitet i ordningen. Man har i perioder med færre konsulenter kunnet fordele oppgaver på flere uten problem. Respondentene i Stavanger påpeker viktighet av å ha troverdighet og forankring i allmennlegegruppen. Dette mener man å oppnå med mange konsulenter, som gir større nærhet til allmennlegene ute i kommunene. Både ordningen ved St. Olav og Sørlandet rapporterer i større grad enn Stavanger om problemer med forankring, legitimitet og kontakt med allmennlegene. Ved St. Olav kommenterer respondenter at man er lønnet av HF, og det kan oppfattes som om man da mener man har større forpliktelse ovenfor HF. Dersom man legger systemteori til grunn, vil man kunne hevde at aktivt samspill, i kombinasjon med troverdighet og forankring i begge "leire", vil være det som styrker PKO på sikt. Evalueringen av PKO i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2003) påpeker også viktigheten av god kontakt med allmennpraksis og at dette bør prioriteres av PKO. I teori om parallelle læringsstrukturer holder man fram viktigheten av representasjon av så mange som mulig i den formelle organisasjonen. Dersom man innlemmer allmennlegene i det man kan kalle den formelle samhandlingsorganisasjonen, og sikrer bred representasjon av disse, vil man ha større mulighet for å lykkes (Bushe & Shani 1991). Teorien fokuserer også på gruppeprosesser. En respondent i Stavanger pekte spesielt på de gode gruppeprosessene i ordningen under arbeid med ulike saker. Dette støtter synet på at mange konsulenter kontra få, vil kunne ha positive effekt på arbeid for samhandling med ulike involverte grupper. Utfordringen med mange små stillinger er, som vi har sett, problem med synlighet og tilgjengelighet, samt at arbeid bærer preg av å være gjort med "harelabb". Fordelene er økt fleksibilitet og nærhet 1. linje. Da PKO består for det meste av ildsjeler i en nokså ung organisasjon, vil mange konsulenter i ordningen kunne gjøre den mindre avhengig av enkeltindivider. Samtidig er synlighet og resultat viktig for legitimitet. Det er derfor en grense for hvor små stillingene kan være.

4.2 Samhandling og betydning av faggrupper

I Stavanger har man kun leger ansatt i PKO. Nylig ble det opprettet en egen PKO for sykepleiere, som ikke er fullt integrert i den opprinnelige ordningen. Intervju med medlemmer av PKO i Stavanger, og også observasjon i PKO møte, støtter oppfattelsen av at deler av

legegruppen ikke ønsker flere yrkesgrupper inn i den opprinnelige ordningen. Man uttrykker engstelse for at ordningen ”utvannes” med flere yrkesgrupper og at flere leger dermed kan komme til å slutte som konsulent. Man er også engstelig for at for mange konsulenter i det månedlige møtet for PKO, vil forringe møtekvaliteten. Dette bygger på antakelser og ikke erfaring, da man kun har hatt leger i Stavanger. På spørsmål *Hvilke alternativer mener du ville økt PKOs funksjonalitet?* i spørreskjema, svarte vært få i Stavanger (10 %) at *flere yrkesgrupper* vil bidra til dette. Det kan være et uttrykk for skepsis eller bety at mange oppfatter at den nå nyetablerte sykepleier-PKO dekker dette punkt. *Flere yrkesgrupper* kan da tolkes å være ytterligere andre grupper.

Intervju med både praksiskonsulenter og representanter for HF viser imidlertid at mange er positive til sykepleiere i eller parallelt med PKO. En klinikkdirektør mener at med sykepleiere vil man kunne jobbe direkte mot sykepleierne ved HF, og dermed unngå et ekstra ledd via avdelingslege: «Jeg vil si ja-takk-begge-deler, for det er lite vi driver med som bare inkluderer leger. Vi jobber som team og er veldig avhengige av hverandre». Representant fra HF mener sykepleiere bør integreres i ordningen med leger. Dette vil kunne gjøre PKO mindre ensartet. Sykepleiere vil kunne fungere som døråpnere for leger. Det handler vel så mye om *samhandlingskompetanse* som det handler om fag, da sykepleier i samspill med lege kan løse komplekse problemstillinger, mener respondenten.

Ved St. Olav er den positive holdningen til å ha flere yrkesgrupper med i selve ordningen unison. Dette er også den eneste ordningen med fysioterapeut i tillegg til leger og sykepleiere. En av klinikkdirektørene sier det slik:

Flott med en annen yrkesgruppe også i PKO, ypperlig. Samhandling gjelder alle nivå og alle yrkesgrupper. Det har jo mye med pleie å gjøre, særlig ved utskrivning. Sykepleiere er her bedre enn leger. Legen skal bestemme når det er forsvarlig, men støtten rundt pasienten er oftest pleiepersonell.

På spørsmål *Hvilke alternativer mener du ville økt PKOs funksjonalitet?* svarer flere (50 %) at flere yrkesgrupper vil kunne bidra. Dette kan bety at man har positiv erfaring med ulike yrkesgrupper, og ser gevinst i tverrfaglig arbeid i enda større grad. Alternativt er man fornøyd med eksisterende ordning og mener den bør utvides til å gjelde flere ordninger. Representant fra HF sier eksplisitt at man ikke ønsker en rendyrket ordning med bare en yrkesgruppe. Ordningen ved St. Olav startet med at lege og sykepleier/fysioterapeut jobbet sammen ved hver avdeling. Dette var for å kunne støtte hverandre og komme med innspill til hverandre. Sakene man jobbet var ikke de samme. På en avdeling jobbet f.eks lege med det som hadde med innleggelse å gjøre, mens fysioterapeut arbeidet med prosedyrer knyttet til utskrivning.

Nå jobber man ikke lenger som par på samme måte, men har nytte av å treffes, informere og inspirere hverandre.

Ved Sørlandet har man som kjent nylig ansatt sykepleiere i ordningen. Dette tiltaket er imidlertid så nytt at det ikke er tatt med i evalueringen. Det man likevel kan slutte ut fra intervju og spørreskjema, er at ingen krysser av *flere yrkesgrupper* på spørsmål om *Hvilke alternativer mener du ville økt PKOs funksjonalitet?* Dette tolkes først og fremst som et tegn på at man anser de sist ansatte, sykepleierne, som en oppfyllelse av dette punkt. Samtidig kan det oppfattes som om man fortsatt tenker tradisjonelt, i den forstand at ingen kommenterer at fysioterapeut eller andre grupper vil kunne bidra til økt funksjonalitet. En klinikkdirektør opplever et særs godt samarbeid med konsulenten, som er lege, i sin avdeling, og ønsker ikke å bytte denne ut med en annen yrkesgruppe. Respondenten sier også: «Jeg er usikker på hva sykepleierne gjør...» Man har ikke økonomi til begge gruppene, og ønsker å prioritere lege. En annen klinikkdirektør har erfaring med sykepleier som konsulent, opplevde dette som ”svært positivt” og ønsker dette igjen. Han kommenterer at det er spesielt ved utskrivning og tilbakeføring til 1. linjetjenesten at sykepleiere kan gjøre en verdifull jobb, i større grad enn leger.

Under problemstillingen i kapittel 2 er dette spørsmålet reist: *Hvilken betydning har ulike yrkesgrupper i PKO for samhandling med HF?* Intervjuene avdekker at de ordningene som alt har andre yrkesgrupper ansatt, Sørlandet og St. Olav, ønsker å ha henholdsvis sykepleier og fysioterapeut i ordningen. Grunnen til dette kan være at de leger som alt samarbeider med andre yrkesgrupper vurderer disse som en ressurs. I *Fra stykkevis til helt* (NOU 2005:3) foreslås det å styrke og utvide PKO med flere yrkesgrupper. Man mener å ha grunnlag for å si at flere yrkesgrupper i ordningen betyr større kontaktflate og dermed økt samhandling, helt i tråd med det man opplever ved St. Olav. Man kan stille seg spørrende til den nølende holdning i Stavanger fra flere til å integrere sykepleiere i ordningen, når samhandling er målet og pasienten med sannsynlighet vil vinne på økt samhandling yrkesgruppene imellom. Dette tolkes som et eksempel på *formålsforklaring* (Gilje & Grimen 1993), som innebærer at man ser på lege-PKO, som det beste middel til å nå målet om økt samhandling ut fra eksisterende oppfattelse av verden og virkeligheten. Holdningen kan være et uttrykk for skepsis mot endringer generelt, noe som kjennetegner de fleste endringer (Jacobsen 2006). Det kan også være et eksempel på det man finner i teorien; at leger er skeptiske til å samarbeide med andre yrkesgrupper (Bushe & Shani 1991, Kvamme 1999).

Teori om parallelle læringsstrukturer (Bushe & Shani 1991) framhever viktigheten av representasjon og deltagelse fra hele den formelle organisasjonen. Ordningen ved St. Olav har

dermed en styrke ved at man har inkludert fysioterapeut, som har et annet faglig ståsted, og vil kunne komplettere øvrig PKO-personell. I Stavanger holder noen frem de gode interne møtene, som grunn for ikke å innlemme sykepleiere i ordningen. Noen ønsker heller ikke at sykepleiere skal få tilgang til formidling via Praksisnytt, da dette i dag framstår som et godt og gjennomarbeidet produkt. Man ønsker å beholde den korte og informative formen, og mener den kan gå tapt om man "[...] oversvømmes med stoff fra sykepleiere". Undertegnede mener det er betenkelig dersom gode ordninger som disse, skal hindre PKO i Stavanger å utvikle seg i tråd med det myndigheter og helsemiljø ønsker. Dette kan minne om fenomenet Argyris & Schön (1998) beskriver som avstand mellom *uttalt teori* kontra *bruksteori*. Det dette handler om, er om det faktisk er samsvar mellom det vi sier vi gjør og det vi faktisk gjør. I dette tilfellet sier man at man arbeider for samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten, men er nølende til samarbeid med en av de største aktørene i denne samhandlingen.

Samtidig skal man være bevisst på å bevare gode løsninger. Under intervju i de andre to ordningene, kommer det fram at Stavanger har vært en foregangsordning, er et eksempel for mange, og har ord på seg for å være en velfungerende ordning - "Why change a winning team?" er det også noe som heter. Samtidig skal PKO, som en PLS, etter teorien være kreativ og innovativ. Fastlåste mønster og holdninger vil være et hinder for måloppnåelse (Bushe & Shani 1991). På den annen side, kan en egen PKO for sykepleiere vise seg å være mer formålstjenelig, da disse ikke behøver å forholde seg til ulike maktforhold (Stang 2001) eller fastlåste mønster for atferd. Det som da blir viktig, er at man har tett kommunikasjon og ikke gjør samme arbeid i begge grupper. Det blir spennende å følge denne ordningen, som nå er i støpeskjeen. Gjennom samvær med PKO i Stavanger, oppdager man en ordning preget av personer med ressurser på mange områder. Troen på at man finner gode løsninger og en måte å sameksistere på er stor. Flere leger har alt knyttet kontakt med *sin* sykepleier. En lege fortalte etter første samling: «Vi spiste lunsj sammen, og pratet faktisk samhandling gjennom hele lunsjen. Det var utrolig positivt.» Dette kan være et uttrykk for at optimale løsninger ikke blir brukt, da de ennå ikke er funnet, men erfaring kan ofte endre synet på hva som er gode løsninger (Choo 2006).

Under intervju med fysioterapeut ved St. Olav dukker det opp ord og uttrykk som ingen andre har brakt inn: «Er behovet for rehabilitering vurdert?», «Vurdere det tverrfaglige samarbeidet [...]» og «[...] blikk på breddebehov ved utskrivning». Dette er termer som kan bringe fram andre aksjoner, andre tilnæringsmåter og som også setter fokus på en mer holistisk tilnærming til pasienten. Dette er i tråd med intensjonen i lovverket og anbefalingene i *Fra stykkevis til helt* (NOU 2005:3), der man mener en holistisk tilnærming til pasienten og

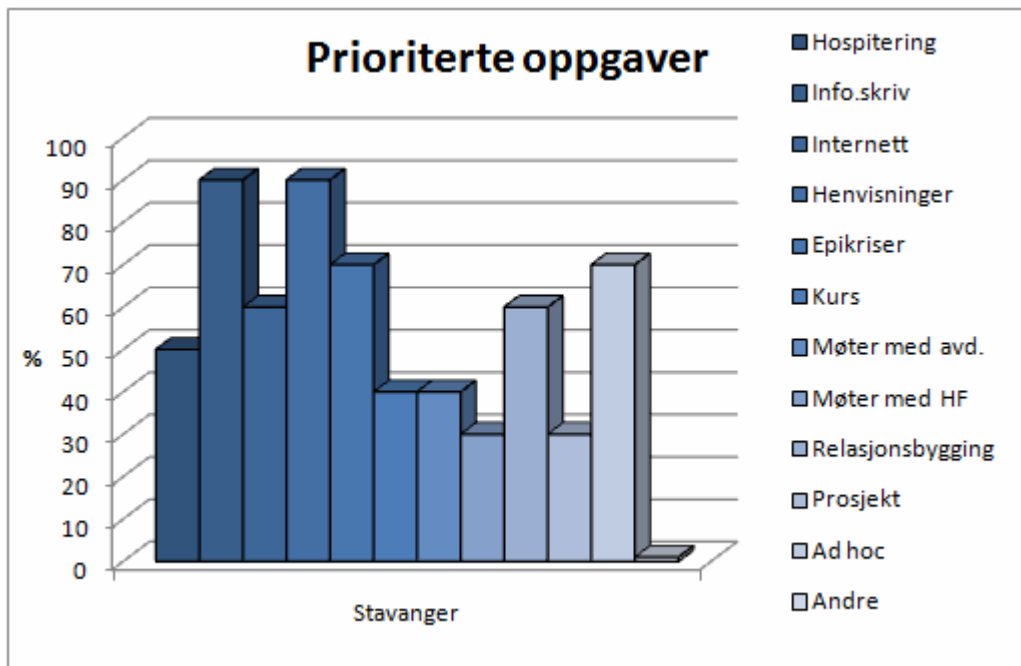
en involvering av alle deltagere i behandlingsskjeden er viktig. Både sykepleier og fysioterapeut ved St. Olav påpeker viktigheten av å arbeide for at overgangene ut fra sykehus blir *smidige og trygge*. *Mestring, muligheter og mening* (St.meld.nr 25) ønsker også fokus på dette, da det er en sårbar fase for pasienten. Det kan synes som om St. Olav har et større fokus på den kritiske perioden som en utskrivning er, enn de to andre ordningene. Man kan ikke måle effekt av dette, men det må etter forfatterens skjønn regnes som et viktig bidrag til arbeid for samhandling, som kan være et resultat av at flere yrkesgrupper arbeider mot samme mål. En teori går ut på at *helheten er mer enn summen av enkeltdelene* (Hutchins 1994 referert av Kvamme 1999:58). Dette er ment på individnivå, men utvides her til å gjelde summen av enkeltgrupper i helheten, som er PKO. Man tenker seg at helheten kan utføre mer komplekse oppgaver og oppnå større resultat enn enkeltdelene. På den bakgrunn vil man kunne si at leger, sykepleiere og fysioterapeut i PKO, vil kunne gjøre ordningen mer funksjonell og føre til økt måloppnåelse.

4.3 Samhandling og informasjon

Under problemstillingen i kapittel 2 reises det flere spørsmål, blant annet: *Hvordan bidrar PKO til bedret informasjonsflyt mellom HF og allmennleger - hvilke informasjonskanaler finnes der?* Alle tre ordninger prioriterer arbeid med *henvisninger* og *epikriser* høyt (50-100 %) i følge spørreundersøkelsen. Stavanger er den ordningen der flest mener (50 %) at man prioriterer *hospitering* (se tabell 9, s.45), St. Olav har ikke et eget *informasjonsskriv* (se tabell 10, s.46) tilsvarende Stavanger og Sørlandet (se tabell 11, s.47), og i Stavanger er det høyere andel respondenter (90 %) som oppgir at man prioriterer dette enn ved Sørlandet (50 %). Ved St. Olav mener en større andel (75 %) at man prioriterer å arbeide *prosjektbasert*, mens i Stavanger og ved Sørlandet oppgir en større prosentdel at man arbeider mer *ad hoc* (henholdsvis 70 % og 67 %). Tallene fra St. Olav kan tyde på at PKO ikke har noen *møter* med HF, noe som ikke er tilfellet. Grunnen til svarene kan være at koordinator, ulikt de andre ordningene, er ansatt i Enhet for samhandling i HF, og at man dermed ikke definerer møtene med denne avdelingen som HF, men som PKO. Alle tre ordningene prioriterer *relasjonsbygging* omtrent like høyt (50-60 %).

I *Mestring, muligheter og mening* (St.meld.nr.25) er spesielt *hospiteringsordning*, arbeid med *epikriser* og *henvisninger*, samt *kurs* framhevet som gode tiltak for fremming av samhandling. Det kan synes som om det kun er PKO i Stavanger som prioriterer

hospiteringsordning, ut fra svarene i spørreundersøkelsen. Denne er nå veletablert med positive tilbakemeldinger. Dette dreier seg om allmennleger som hospiterer en uke ved en



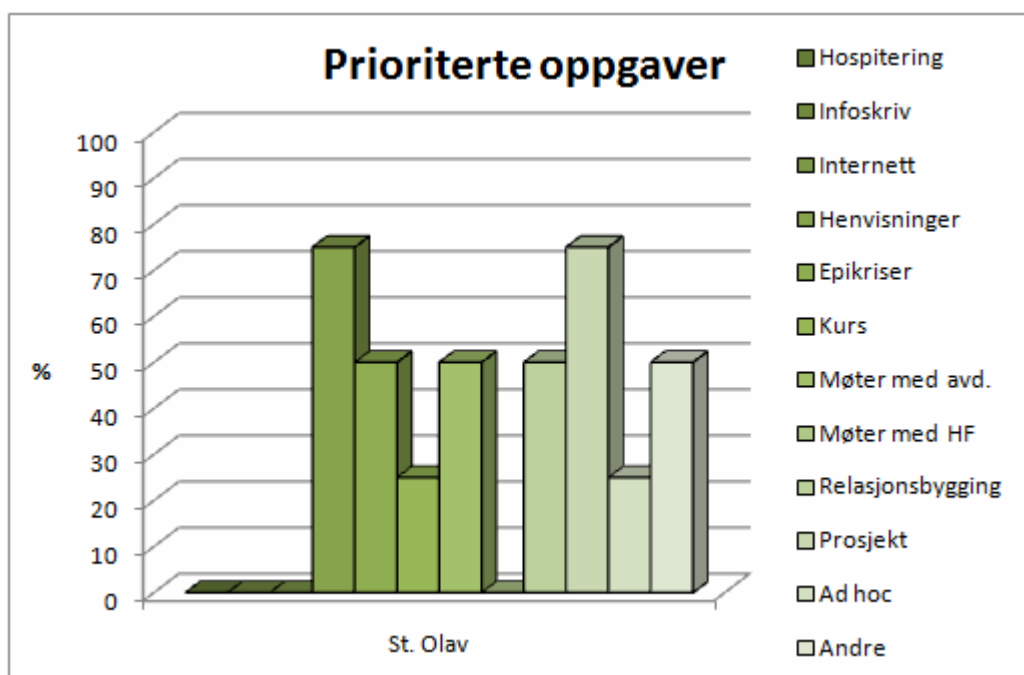
Tabell 9: Prioriterte oppgaver, Stavanger.

sykehusavdeling. Det man planla, var at dette skulle være en god læringsarena for allmennlegene, og det kan det synes som man har lyktes med. Det man ikke forutså, var gevinsten sykehusavdelinger nå rapporterer. Hospiteringsukene brukes til meningsutveksling og bilateral læring, og som en sykehuslege sa til en allmennlege: «Du er akkurat som et kikkehull ut til primærhelsetjenesten!». Sykehusavdelingene på sin side vil gjerne ha hospitanter, da de har en mulighet til å ”selge seg” når fastlegene er inne. Fastlegene agerer som ambassadører inn i sykehuset, og får med seg kunnskap og forståelse ut til egen praksis, forteller informanten som har arbeidet spesielt med dette tiltaket.

Man ønsker nå at sykehusleger hospiterer hos allmennleger, noe som har vært vanskelig å få til. Det viser seg ikke å være lett å overbevise spesialister om at de har noe å lære av generalister, og at de skal bruke sin ”[...] verdifulle tid [...]” på dette, i følge informanter. Dette er i tråd med barrierer Myrvang (2004) identifiserer i sin avhandling, og er også i tråd med det Stang (2001) sier om kunnskapsmakt. Mintzberg et al. (2003:385) beskriver utfordringer med å lede en profesjonell elite, og mener at disse ofte ikke anerkjenner verdier utenfor egen gruppe. Det kan være dette som kommer til uttrykk gjennom sykehuslegers nølende tilnærming til bilateral hospitering. I følge representant fra HF har alt

sykepleiere en bilateral hospiteringsordning. Dette fører til en økning i så vel samhandlingskompetanse som fagkompetanse, mener informanten.

Ved Sørlandet har man ikke en hospiteringsordning på plass i skrivende stund. Den kvalitative studien kan tyde på at man ikke prioriterer hospitering ved St. Olav. Intervju avdekker at ordningen finnes ved St. Olav, men ikke i PKO-regi. Det man har fått til ved St. Olav i regi av PKO, er å omgjøre en stilling ved ØNH-avdelingen til en stilling for allmennleger. Dette innebærer et engasjement for et år, som ledd i deres spesialisering til allmennlege. Ordningen høstes det mye god erfaring fra, i følge klinikkledelsen.

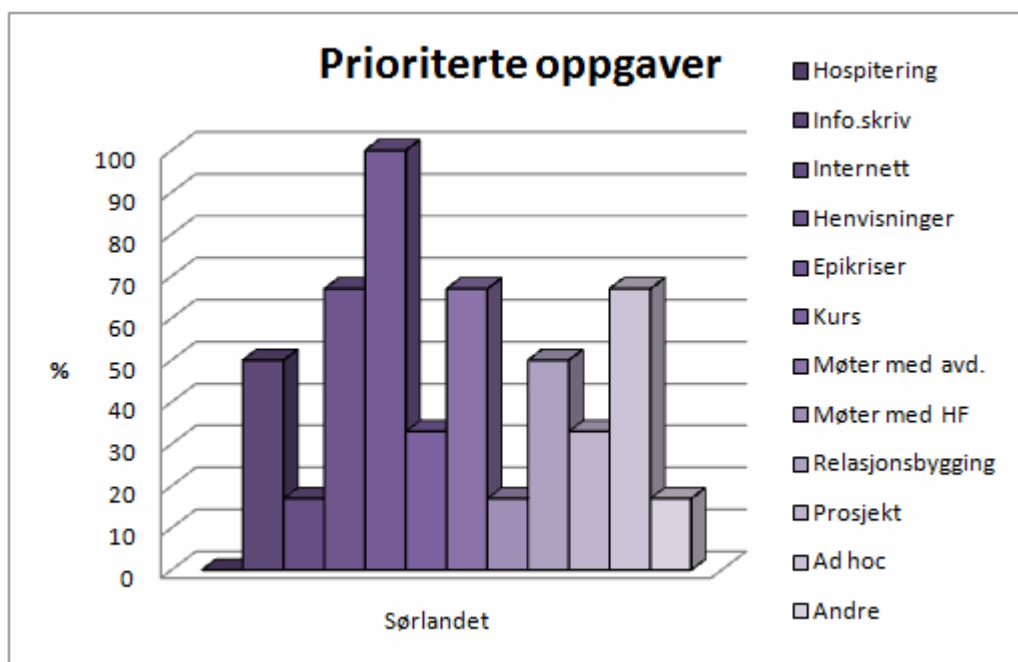


Tabell 10: Prioriterte oppgaver, St. Olav.

Både Stavanger og Sørlandet utgir *Praksisnytt* (PN). Begge ordninger har som mål at all informasjon til allmennlegene fra HF skal gå via PN, et mål som enda ikke er nådd. En av respondentene i Stavanger mener ordningen har «[...] to ryggrader: PN og det månedlige PKO-møtet». PN blir det "[...] visuelle inntrykket omgivelsene får av PKO [...]" og kompletteres av at konsulentene er synlige også i andre sammenhenger. Slik fyller man ut bildet av PKO blant allmennlegene og gjør ordningen kjent og forankret, mener respondenten. PN er en viktig arena for læring og siden endring av praksis, som er samhandlingens mål.

Ved Sørlandet, under intervju med flere klinikkledere, framkom det unisont at PN er en viktig kilde til informasjon. En av konsulentene, en allmennlege, sier at de avdelingene som ikke har praksiskonsulent, sender ut informasjon utenom PN, noe som ønskes endret.

St. Olav har ikke informasjonsskriv tilsvarende PN. Under intervju med en klinikkdirektør, uttrykte vedkommende frustrasjon over å ikke ha fora for adressering av informasjon til allmennleger.



Tabell 11: Prioritering av oppgaver, Sørlandet.

Arbeid med henvisning og epikrise er noe alle tre ordninger prioriterer høyt, og som en respondent sa: «Det er et arbeid som ikke har en ende. Det skal alltid pågå i og med at der alltid vil bli endringer underveis». Det er også i tråd med ønskene i *Mestring, muligheter og mening* (St.meld.nr.25).

Alle tre ordninger synes å prioritere kurs i nokså lik grad (33-40 %). Det kan likevel synes som om St. Olav har fokusert mer på dette tidligere enn de andre ordningene, i følge respondenter i Stavanger og ved St. Olav. Dette er en viktig samhandlingsarena der man kan overføre kunnskap for å endre praksis. Emnekurs holdt ved St. Olav, utarbeidet av PKO, blir kopiert andre steder i landet. De er spesielt lagt opp etter allmennlegenes hverdag og har fått god respons.

St. Olav sin prioritering av *andre oppgaver* (50 %) dreier seg om planlegging til den årlige PKO-konferanse. Denne samler delegater fra hele landet og er en viktig arena for konsulenter til å samles og drøfte erfaringer.

Alle ordningene har en blanding av prosjektbasert- og ad hoc-basert arbeid. St. Olav er ordningen som i størst grad oppgir å arbeide i prosjekt (75 %), mens Stavanger (30 %) og Sørlandet Sykehus (33 %) ikke synes å prioritere dette i tilsvarende grad. Stavanger prioriterer

i langt større grad (70 %) ad hoc-saker, på linje med Sørlandet Sykehus (67 %), mens St. Olav prioriterer dette i langt mindre grad (25 %). Dette kan være en av grunnene til at det ser ut fra svarene i spørreundersøkelsen som om Stavanger og Sørlandet er mer aktive enn ved St. Olav. Dette kan vi imidlertid ikke konkludere med, da man ikke har gått inn og målt samhandlingseffekt ut fra innsats i ordningene. Det man imidlertid kan se ut fra rapporten *Evaluering af Praksiskonsulentordningerne i Danmark* (Sundhedsstyrelsen) er at man alt i 2003 anbefalte en mer prosjektbasert tilnærming for PKO i framtiden. Ad hoc-arbeid, uten faste møtetider med avdelingene, syntes ikke å ha samme positive resultat for PKO (ibid.:18).

Både Stavanger og Sørlandet har etablert PN. Dette er også ordningene med de minste stillingsstørrelser (8-10 %). St. Olav har de største stillingene, uten at det har ført til etablering av informasjonsskriv. I tillegg har St. Olav flest yrkesgrupper representert. Det styrker påstanden om at det ikke er stillingsstørrelse eller yrkesgrupper som betyr noe for etablering av informasjonsskriv. St. Olav har færrest konsulenter, noe som kan føre til en annen prioritering med informasjonsarbeid enn de to andre. En annen grunn kan være at PKO ved St. Olav prioriterer prosjektarbeid høyere enn ad hoc-saker. Dette kan være mer tidkrevende. I Stavanger har en av konsulentene utgivelse av PN som sin dedikerte oppgave, ut fra interesse for oppgaven. Ved Sørlandet er det koordinator, som er i 20 % stilling, som har denne oppgaven. Etablering og drifting av informasjonsskriv krever betydelig innsats på jevnlig basis, og det kan være en av grunnene til nedprioritering ved St. Olav. Noen oppgaver krever også spesiell interesse for å bli prioritert, og det er mulig at ingen har denne interessen ved St. Olav. Bushe & Shani (1991) mener utvikling av felles forståelse og presis informasjonsflyt er essensielt for organisasjonslæring og blant de viktigste suksesskriterier for parallelle læringsstrukturer. Systemteori peker også på viktigheten av den bilaterale informasjonsflyten mellom *innsiden* og *utsiden* av organisasjoner for å sikre aktivt samspill med omgivelsene. PKO vil også i fremtiden være avhengig av å være kjent og bli inkludert i prosjekt, diskusjoner og planlegging. PN vil kunne spille en viktig rolle som læringsarena, men også i markedsføring av PKO som en ressurs innen samhandling, og bør prioriteres av flere ordninger. Rapporten fra Sundhedsstyrelsen (2003) sier PKO hadde bidratt til forbedring av kommunikasjon som en viktig faktor i samhandlingen. Det tiltaket som primært hadde bedret kommunikasjon i forhold til allmennlegene var ordningens nyhetsbrev (ibid.:14). *Evaluering efter 10 år med praksiskonsulenter* utført av PKO i Fyns Amt (2001:9) viser at de fleste grupper i studien mente at informasjon til allmennleger fra HF skulle ha høyeste prioritet for PKO. På bakgrunn av dette er informasjon ut til allmennlegene et område flere PKO med fordel kan prioritere i framtiden.

Men det er ikke bare PN som kan sees som en informasjonskanal. Ordningen med hospitering er en annen viktig arena for bilateral læring, og er omtalt som et viktig ledd i samhandling i *Mestring, muligheter og mening* (St.meld.nr.25). Samtidig finner man i PKO's ideologi at *direkte og personlig kontakt* mellom partene er viktig for samarbeid om pasienten. Dette oppnås blant annet ved hospitering. Sørlandet har ikke denne ordningen, i motsetning til Stavanger og St. Olav. I Stavanger har man arbeidet med å få hospiteringsordningen på plass siden 2002. Det er et eksempel på at man i ordninger med små stillingsstørrelser likevel kan arbeide med større prosjekt. Man må da være innstilt på at ting tar tid. Det viser også at dette er et tidkrevende prosjekt, og for PKO ved Sørlandet, som kun har eksistert i 2 år og har relativt små stillingsstørrelser, kan dette være grunnen til at PKO ikke har hatt dette som prioritet. St. Olav har en hospiteringsordning, uten at PKO har vært involvert. Dette viser at PKO er i en kontekst med andre aktører som også arbeider samhandling. St. Olav "videreutviklet" ordningen, da man fikk aksept for å omgjøre en stilling ved ØNH for allmennleger, som ledd i spesialisering. I *Evaluering av Praksiskonsulentordningene i Danmark* (2003) mener man å se at kjemi mellom personene som skal samhandle spiller en rolle. Eksemplet fra St. Olav kan tyde på at partene har god kjemi og respekt for hverandre i den grad at utradisjonelle forslag blir prøvet ut. Det kan tyde på at kreativitet og respekt også er viktig for etablering av ordninger som hospitering, ikke kun organisering av PKO.

Utvikling av kurs for allmennleger er prioritert i størst grad av PKO ved St. Olav og fungerer også som en viktig informasjonskanal. PKO i Stavanger peker på St. Olav og mener prioriteringen av prosjektarbeid og anledning til å arbeide mer i dybden kjennetegner ordningen. PKO ved St. Olav har konsulent i 20 % stilling, noe som kan være grunnen til at man har kunnet utvikle kurskonseptet, som har blitt kopiert også andre steder i landet. Faktorer som interesse og kompetanse kan også være av betydning, så det er vanskelig å slå fast at stillingstørrelse alene spiller en rolle, men det kan tenkes å ha bidratt i positiv retning. Man kan heller ikke si at ulike yrkesgrupper i ordningen spiller inn, da dette er en lege-konsulent som har prioritert, og som kjent, er de representert i alle ordninger.

4.4 Samhandling og relasjon til kontekst

Under problemstillingen i kapittel 2 er dette spørsmål reist: *Hvordan agerer PKO i forhold til sin kontekst?* Vi skal se på hvordan PKO prioriterer oppgaver, hvordan en sak blir til og hvordan kontakten med både HF og allmennlegene oppleves. Men først litt om nettverk.

I PKO's ideologi (se s.6) er det et sentralt element at samarbeid omkring pasienten sikres best gjennom en *direkte og personlig kontakt mellom de ulike aktørene* innen de ulike profesjoner og spesialiteter. Alle ordningene oppfatter *nettverksbygging* som viktig, og man vektlegger *gode samarbeidsevner*, samt *faglig styrke* ved ansettelse, faktorer som vil kunne påvirke den enkeltes nettverk positivt. Svarene på spørreskjemaene viser at praksiskonsulentene har lang erfaring som fagpersoner. I Stavanger har konsulentene flere år i ordningen enn de andre, men det er også den eldste ordningen. Erfaring gir en tyngde som skaper tillit i begge miljøene og gir større mulighet til påvirkning. «Det vil være svært vanskelig som ung lege å komme på sykehuset å fortelle garvede overleger hva de bør gjøre», sier en konsulent. Personell i spesialisthelsetjenesten har spisskompetanse og veiledningsplikt i forhold til førstelinjetjenesten (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m, §6-3). Dette kan balanseres av allmennlegen's breddekunnskap. Konsulenter, med lang erfaring som fagperson, har god kjennskap til kommunen og et viktig nettverk som sykehuslegene mangler. Dette, uttrykker flere sykehusansatte, har de lært å verdsette gjennom PKO-samarbeidet.

Flere klinikkledere har påpekt viktigheten av den gode kjemien mellom sykehusavdeling og praksiskonsulent. Dette gjelder for alle ordningene. Man ønsker gode samarbeidsevner og at konsulenten er lett å kommunisere med. Ved en avdeling ved Sørlandet forteller klinikkledelsen at konsulenten har plass i ledergruppen, og at:

Hun er veldig bidragende, positiv og engasjert. Hun har bygget opp et tillitsforhold til alle legene ved avdelingen, slik at hun bidrar som alle andre rundt bordet [...] hennes synspunkt er viktige [...] hun er en premissleverandør, som stiller de rette spørsmål uten å provosere. Vi fikk mange positive tilbakemeldinger på konsulenten [...] hun bidrar både kompetansemessig og prosessmessig – vi får to i en pakke.

Sundhedsstyrelsen (2003) karakteriserer PKO som en *nettverksorganisasjon* med aktører fra ulik kultur og tradisjon (ibid.:16). Arbeid gjennom nettverk tar tid, og er avhengig av god kjemi mellom partene for å oppnå resultat (ibid.:106). Dette må også kunne overføres til å gjelde PKO i Norge. Myrvang (2004) diskuterer også kulturforskjeller legegruppene mellom og de barrierer og muligheter dermed som kan oppstå.

Alle ordningene opplever også PKO som "[...] en link inn mot primærlegene, som ellers er vanskelige å nå". I den sammenheng vil mange konsulenter borge for et større nettverk i denne gruppen. Flere yrkesgrupper vil kunne utvide nettverk og samhandlingsarenaer, noe *Fra stykkevis til helt* (NOU 2005:3) også indikerer. Alle tre koordinatorene har lang erfaring som fagperson. Det nettverket de har ervervet i løpet sin yrkeskarriere, benyttes til å åpne dører slik at man kan øke samhandling til beste for

pasienten. Dette viser at PKO forholder seg til den formelle omverdenen, men også til den uformelle. Patricia Shaw (1997:240) kaller dette *skyggeorganisasjonen* og mener man kan få de beste resultater dersom man opererer i skyggesystemet til organisasjonen. Det er her kreativitet til endring og læring utvikles. Mennesker vil, innenfor rammen av den offisielle organisasjonen, skape skyggesystem og flyktige subkulturer i stadig endring, som kompletterer den eksisterende organisasjonen og påvirke dennes utvikling. Shaw kunne med fordel sett verdien i begge *sidene* ved organisasjonen, og vært mer eksplisitt i forhold til det.

4.4.1 Samhandling med helseforetaket

På spørsmålet *Hvordan vurderer du HF interesse for PKO?* svarer alle i undersøkelsen *svært interessert* eller *interessert* (tabell 3, s.8). HF i Stavanger er i størst grad *svært interessert* sammenlignet med de to andre. Avdelingene er i stor grad *interessert* ved alle HF (75-100 %)

Alle konsulentene i Stavanger og ved Sørlandet er knyttet opp til avdelinger. Man har likevel anledning å arbeide i prosesser, som noen ønsker, og den ene respondenten oppgir å bli mye brukt i ”struktursaker”. En konsulent ved St. Olav har fått en rolle som ”freelancer” og blir på den måten mye brukt som konsulent i prosesser og prosjekt. Prosjektbasert arbeid, på tvers av avdelinger i en mer rådgivende konsulentrolle er det Sundhedsstyrelsen (2003) anbefaler for fremtiden, helt i tråd med modellen St. Olav har med en av konsulentene i dag.

Hvordan blir en sak til en prioritert sak for PKO? Dette har de tre ordningene ulike prosesser på. De er imidlertid nokså like i syn på hvilke faktorer som er avgjørende for prioritering; at det er *nok tid*, at de har *interesse* for oppgaven, at det oppfattes som en *viktig* oppgave og at de kan se *resultater* av arbeidet mener de fleste konsulenter og koordinatorene (70-100 %) er *viktige* eller *svært viktige*. Mulighet til å *påvirke utfallet* er også *viktig* eller *svært viktig* for alle tre ordninger (67-90 %). At man har *regelmessige møter* og at *andre er involvert* i oppgaven mener alle ved St. Olav er *viktig* (100 %). De fleste av respondentene i Stavanger (70 %) og ved Sørlandet (67 %) mener faste møter er *mindre viktig*. Dette står i kontrast til evalueringen gjort av PKO i Fyns Amt Danmark (2001), der det kommer fram at det er viktig at konsulenten er synlig og et av virkemidlene er *faste møter*. Rapport fra Sundhedsstyrelsen anbefaler også faste møter med avdelingen (2003:18).

I Stavanger er det koordinator i samarbeid med fagleder for Seksjon for samhandling som planlegger sakliste til det månedlige PKO-møtet. Forslag til saker kommer inn på forhånd. En av koordinator sine oppgaver er å prioritere disse, slik at man kan finne ”[...] de gode sakene. Saker som ikke har så stor betydning for målsetningen, tones ned”, opplyser

koordinator. Noen saker legges også "[...] på modning og vent". Andre respondenter mener det kan virke litt tilfeldig hva man jobber med, og at mye jobbes fram i direkte relasjon til klinikker/avdelinger alt etter behov i ulike avdelinger.

I Stavanger oppleves det månedlige PKO-møtet som viktig for å diskutere saker, samles om én strategi og utveksle erfaringer. Her møter også fagsjef for Seksjon for samhandling. Ingen av intervjupersonene mener at dette er for ofte, men innser at det går en del tid til dette. En respondent sier at "[...] det å *synse* alene, på vegne av en stor gruppe, som allmennlegene, er skummelt. Derfor er møtet viktig for å bryne meninger og saker. Jeg synes også det er viktig å få *synse* om andre sine saker". Representant for HF mener møtet er med på å inspirere konsulentene, som ellers arbeider i klinikkene alene. De må bli sett og hørt og få tid til å legge fram det de arbeider med. "Arbeidet som konsulent skal ha status og gi noe tilbake til konsulentene".

Ved St. Olav mener respondentene fra Avdeling for samhandling at forslag til saker til PKO kommer dels fra administrativt- og dels fra faglige samarbeidsutvalg. Samtidig opplever man at PKO etterspørres fra avdelingsnivå. Dette mener koordinator er en ny og positiv utvikling og et uttrykk for at samhandling er mer enn et moteord. Det kan med dette synes som om PKO har befestet seg som et viktig samhandlingsverktøy som blir brukt. Praksiskonsulentene oppgir under intervju at man arbeider selvstendig. Man jobber ikke så mye sammen lenger, man er som "[...] satteliter [...]". Alle konsulentene oppgir å ha god kontakt med Enhet for samhandling og at avdelingen er en positiv drivkraft i forhold til å koble konsulentene opp mot saker og avdelinger, men at mange saker oppstår i relasjonen med avdelingene de arbeider opp mot.

I utgangspunktet hadde PKO to møter årlig ved St. Olav, samt to møter med konsulentenes kontaktpersoner i avdelingene. En respondent sier at "[...] vi møttes lite i 2007", og at "[...] det interne samarbeidet var løst i 2007". I det nye året har dette økt til å bli omtrent et møte i måneden. Grunnen er, i følge konsulentene, den årlige nasjonale PKO-konferansen som organiseres av St. Olav. Det positive med økt møtefrekvens, er at man får mulighet til å dele erfaringer og "stjele" ideer fra hverandre. Man utvikler identitet og arbeider mer i samsvar med målsetningen, i følge respondenten. «Vi er få som jobber i et kjempestort system, vi trenger å møtes». Enhet for samhandling mener på sin side, at denne møtefrekvensen samtidig er initiert av ønsket om større grad av kontakt, struktur og fokus, da strukturen i PKO til nå vært løs. Man er avhengig av en "[...] fornuftig ressursbruk [...]" samt fokus på måloppnåelse for ordningen. Dette kan føres tilbake til New Public Management, der man har fått økt fokus på resultat og økonomi.

Ved Sørlandet har man et klart ønske om at ”bestillingene” av saker skal komme fra avdeling og klinikkledelse for så å avtales direkte med praksiskonsulenten. Dette begrunnes med ønske om at HF og avdelingene skal ha et *eierforhold* til sakene, som ikke bør komme som påtrykk ovenfra. Dette er i tråd med definisjonen (se s.5) der det sies at PKO skal ”[...] medvirke til å styrke samarbeidet [...]”. Dette betyr at PKO ikke har ansvaret for samhandlingen, men er den *samsøner* dette kan realiseres i. Plassering av eierskap er også i tråd med NOU 2005:3, der viktigheten av at samhandling forankres i HF presiseres.

De ulike klinikkdirektørene melder om en prosess der man legger konsensus til grunn for hvilke saker som ønskes tatt opp, i tråd med Mintzberg (2003) sin beskrivelse av det profesjonelle byråkrati. De sakene koordinator får innspill om, sendes til alle på mail, så alle er med i diskusjonen. Saker fordeles fortløpende og framgangsmåten er grei, da den er tidsbesparende, i følge koordinator. PKO ved Sørlandet har en klar prioritering på at man ikke ønsker å møtes ofte internt i PKO, da dette tar verdifull tid fra avdelingene. Tabellene, side 45-47, om hvordan oppgaver prioriteres i ordningene, viser at ved Sørlandet opplyser konsulentene i større grad enn andre at de har møter med avdelingene. Man har kvartalsvise interne møter i denne ordningen. Dette var en strategi man også la opp til ved St. Olav, men som man nå har forlatt til fordel for hyppigere møteaktivitet. Det kan komme til å vise seg, da man som konsulent jobber relativt ”alene”, at det kan oppleves tyngre med lav møteaktivitet over tid. Ordningen ved Sørlandet er imidlertid så ny enda, at dette ikke har kommet opp som et behov i intervju.

Den måten saker fanges opp på og arbeides med i PKO ved alle ordninger vitner om den kreativitet og utvikling som Stacey (1993) beskriver i *kaosteori*. Man veksler mellom ulike soner, alt etter graden av enighet og forutsigbarhet, for til sist å komme til enighet om nye strategier. En respondent i Stavanger beskriver en del saksforløp med at ”[...] sakene lever tilsynelatende sitt eget liv og popper opp med jevne mellomrom, med kanskje en ny vinkling eller med ny informasjon. Det fører til at vi kan ta opp saken på ny, og ofte få løst den”. Ikke alle saker kommer opp som følge av grundig vurdering eller rasjonell tankegang i PKO, men også på en tilfeldig måte, alt etter hvordan mennesker påvirker hverandre underveis. Dette er i tråd med Stacey’s tanker om kreativitet og spontanitet, som kjennetegner samhandlingsprosesser i komplekse organisasjoner. PKO kan etter Stacey (1993) sin beskrivelse, også sees som lærende grupper som samhandler spontant og er selvorganisert.

Mintzberg sier om strategi, at der finnes ingenting som en ”[...] purely deliberate strategy or a purely emergent one” (2003:144). Dette er også beskrivende for hvordan saker prioriteres i PKO. Det kan illustreres med hvordan to ulike situasjoner førte til at saker ble

prioritert ved akuttklinikken i Stavanger; Klinikkdirektør forteller hvordan vedkommende tilfeldigvis plukket opp en viktig sak i gangen ved avdelingen fra en sykepleier med et ”hjertesukk”. Saken utviklet seg, og har nå funnet en midlertidig og akseptabel løsning. I samme avdeling hadde man PKO på agendaen til overlegemøtet, i den hensikt å definere arbeid for bedret samhandling. Her ble det foreslått nye saker som konsulenten og avdelingen samhandler om. Dette er også noe av det Patricia Shaw (1997) mener, når hun snakker om *skyggeorganisasjonen*. Ikke alle saker kommer fra formelle, planlagte møter. Det man kunne ønske av Shaw, var et mer balansert syn på organisasjon, både formell og uformell. Det er jo ikke slik at man kun er kreativ og lærende i skyggeorganisasjonen, noe disse to ulike eksemplene viser.

Ved to HF, Stavanger og St. Olav, har man opprettet en egen *avdeling for samhandling*, der PKO har sitt kontaktpunkt. Begge ordningene rapporterer om god forankring og godt samarbeid med avdelingen. Ved St. Olav er praksiskoordinator ansatt ved avdelingen, med en del av stillingen allokert til PKO. Ved Sørlandet ligger PKO under Forsknings- og Utviklingsavdelingen (FoU) og man opplever samarbeidet som godt. Da konsulentstillingene er såpass små (10 %), hadde det vært mer hensiktsmessig med en samhandlingsavdeling, mener koordinator. Leder for FoU har til nå deltatt på et av møtene til PKO, men arbeider tettest med koordinator. Dette er ikke på linje med løsningen i de andre to ordningene, der avdeling for samhandling for øyeblikket har breddekontakt med PKO på en annen måte. At solid forankring i HF og da spesielt i ledelsen, er en suksessfaktor, bekreftes i evalueringsrapporten fra Danmark (Sundhedsstyrelsen 2003). Dette bekreftes også av Plsek & Wilson (2001) i *kompleksitetsteori*, der produktive relasjoner og resultater innen komplekse system, oppstår som følge av *samspill* mellom ulike parter. Man vil ikke kunne oppnå dette med bare en av partene tilstede i prosessen. Denne teorien må også kunne anvendes på PKO sine interne prosesser og ikke kun i forhold til omgivelser.

Hva som er et resultat av organisering av PKO og hva som har andre årsaker når det gjelder hvordan PKO forholder seg til sin kontekst sier seg ikke selv. Stavanger har en kombinasjon av små stillinger og hyppige møter der målet er å fordele og diskutere saker, samt oppmuntre og inspirere hverandre. Ved St. Olav har man den minste ordningen (6 personer), noen små stillinger (10 %) samt sjeldne interne møter (halvårlige). Det som også skiller disse to ordningene er at det under intervju ved St. Olav kommer opp problemstillinger som at man arbeider *alene*, arbeidet kan synes *tungt*, systemet er *stort* og man opplever seg som *satteliter*. Dette kan være et uttrykk for at man har for liten kontakt konsulentene imellom eller har for sjeldne interne møter. Ingen av konsulentene sier dette eksplisitt, men

flere uttrykker glede over hyppig møteaktivitet i 2008 og kjenner seg inspirert av dette. Dette kommer ikke opp som tema på samme måte i Stavanger, noe som kan tyde på at ordningen er preget av optimisme og energi. På den andre siden kan det være spesielt engasjerte personer som ble plukket ut som intervjuobjekt her, som ikke er representative for alle.

Noe det imidlertid rapporteres i større grad om fra St. Olav enn de andre to ordningene, og som kan virke demotiverende, er *motstand mot endring*. Som en av konsulentene forteller:

Jeg opplevde å starte med friskt engasjement, men som senere har dabbet av på grunn av at treghet i systemet og mye motstand gjorde det vanskelig å kjøre saker. Jeg møtte veggen etter en tid og byttet til en annen avdeling.

Dette kan bl.a henge sammen med de landsdekkende spesialistfunksjonene St. Olav har, i motsetning til andre HF i studien, og de utfordringene dette kan gi PKO. Kvamme (1999) peker på at nettopp spesialiseringsgrad kompliserer samarbeid i helsevesenet. Dette kan føre til utvikling av stengsler mellom grupper som naturlig samarbeider, eksempelvis allmennleger og sykehusleger. En av respondentene forteller det har vært vanskelig å få til enkle endringer av prosedyrer ved sykehuset, som ville kunnet overføre oppgaver til allmennlegene og etter sigende spart HF for et årsverk. I dette tilfellet ble endring vanskelig, både som konsekvens av motstand i fagmiljøet, samt treghet i sykehusets kvalitetsutvalg. Dette kan henge sammen med det Myrvang (2004) fant, der allmennlegene i studien opplever at kunnskapsoverføringen led under «[...] manglende gjensidighet i relasjonene når konkrete tiltak skal gjennomføres». Allmennlegene opplevde ikke å få tilstrekkelig anerkjennelse. Han diskuterer om dette kan ha sitt opphav i den humanistiske retningen til allmennlegene kontra den reduksjonistiske retningen til de spesialiserte sykehuslegene, noe som er relevant for PKO. Samtidig kan man finne belegg for Stacey's teori om kaos og ikke-lineære feedback-system, da man i dette prosjektet arbeidet med noe som syntes å være en klar forbedring. Men mennesker agerer ikke slik vi tror, respons på en handling er ikke gitt, samtidig som at det handler om ulike virkelighetsoppfatninger og komplekse kommunikasjonsprosesser (Stacey 1993). Dette viste seg i det aktuelle tilfellet, da sykehuslegene ikke ønsket at allmennlegene skulle overta visse funksjoner. Begrunnelsen var at uerfarne leger i spesialistutdanning hadde behov for å gjøre undersøkelsene på sykehus. Virkeligheten så ulik ut fra de ulike ståstedene, og kommunikasjon er en vanskelig øvelse. Dermed endte dette prosjektet opp med å ha vært tidkrevende, men med "[...] måtelig suksess", i følge respondenten.

Ved St. Olav har man tre ulike yrkesgrupper, og alle yrkesgruppene rapporterte om motstand mot endring. Dette trenger ikke bety at man ikke opplever motstand mot endring i

de andre ordningene. Motstand er naturlig i endringsprosesser (Jacobsen 2006). I en intervjusituasjon kan det være mest naturlig å fortelle om de positive sidene ved det å være konsulent, og det kan det være personavhengig hva man naturlig fokuserer på. Mintzberg (2003) mener også å finne at leger ofte ikke kritiserer hverandre, noe som også kan føre til at man unnlater å fortelle noe som kan sette kolleger i et dårligere lys. I tillegg kan ordningene til ulike tider oppleve motbakker og medvind. Dette kan farge temavalg i en intervjusituasjon. Det positive med motstand er at den tjener til en prosess der man i større grad får belyst alternativ (Jacobsen 2006). Det praksiskonsulentene opplever som motstand, kan være et uttrykk for at løsningene vedkommende foreslår ikke er de man ønsker i sykehusmiljøet, men man har hatt anledning til å belyse problemstillingen.

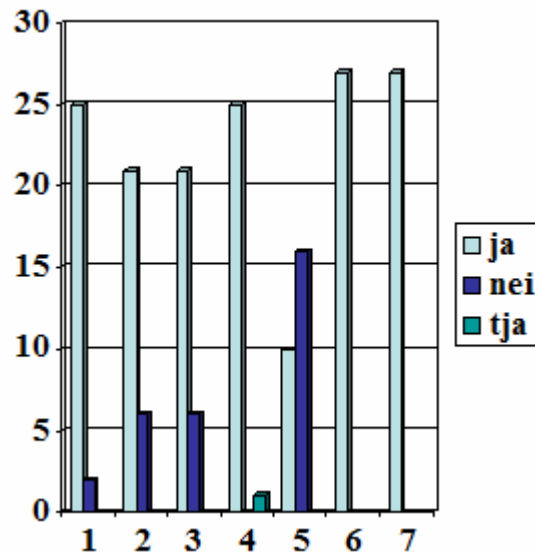
På bakgrunn av disse faktorene som er diskutert, kan det tenkes at St. Olav ville hatt nytte av å øke møtefrekvens på permanent basis, samt arbeide videre for å få ansette ytterligere to konsulenter. Dette vil kunne bøte på opplevelsen av at man er få og jobber alene, samt tjene til å inspirere konsulenter som arbeider i et stort og spesialisert HF. Det vil være viktig å vurdere arbeidsmetoder mellom HF og PKO for fremtiden, også foreslått fra 2003 av Sundhedsstyrelsen. Skal PKO bruke ressurser på å lage prosedyrer, eller skal man arbeide på et mer overordnet plan? Blir det enklere å se det arbeidet for samhandling Stavanger gjør, som prioriterer ad hoc-saker? Ofte kan det være mest behagelig å gjøre disse oppgavene med synlige resultat. Skal man jobbe i tyngre, større prosjekt, som ikke alltid gir resultat, eller ta mange små saker som man lett kan løse? Hvordan prioritere dersom man skal bruke tid i prosjekt? Dette er spørsmål PKO kan stille, på bakgrunn av tilgjengelige ressurser.

4.4.2 Samhandling med allmennlegene

I Stavanger har mange (70 %) en oppfatning av at økt engasjement fra allmennleger vil øke PKO's funksjonalitet. Ved Sørlandet er det de fleste som mener dette (83 %), mens ved St. Olav kun halvparten (50 %). PKO i Stavanger gir inntrykk av gjennom intervju å være rotfestet i allmennlegegruppen i større grad enn de to andre ordningene. Man er opptatt av konsensus og gruppeprosess, og forteller at konsulentene velges fordi de er fanebærere og har god representasjonskraft blant allmennlegene. I Stavanger har man ved ansettelse lagt vekt på hvilken kommune konsulentene jobber i til daglig, erfaring, samarbeidsevner, faglig styrke og behov innad i PKO. Konsulentene er i dag fastleger i ulike kommuner, noe som kan synes å gi bedre kontakt, kunnskap og kjennskap i allmennlegenettverket. Likevel kan det virke som om det er et stykke arbeid igjen, da mange (70 %) også her ønsker seg mer engasjement fra

allmennlegene. I det årlige allmennlegeutvalget i Rogaland i 2007 gjorde koordinator for PKO i Stavanger en kort undersøkelse for å se hvor godt kjent PKO og PK var blant de 26 deltagerne. Dette kan gi det en indikasjon på at PKO i Stavanger har oppnådd å bli kjent og at PN blir lest og oppleves nyttig for flere (se tabell 12 nedenfor):

1. Føler du at du vet godt hva PKO er og jobber med?
2. Vet du hvem som er praksiskonsulenter ved SUS?
3. Har du noen gang vært inne og sett på hjemmesiden ?
4. Tror du at PKO er nyttig for deg?
5. Har du benyttet deg av PKO i forbindelse med et problem?
6. Leser du praksisnytt?
7. Hvis ja, er dette nyttig for deg?



Tabell 12: Kjennskap til PKO, Stavanger

Ved Sørlandet og St. Olav har det ikke vært mulig å ansette konsulenter ut fra hvilken kommune konsulentene jobber i til daglig, fordi man ikke har fått interesserte søkere. Ordningen ved St. Olav er i tillegg for liten til å gjennomføre dette.

Alle intervjupersonene ved Sørlandet etterlyser initiativ fra allmennlegene, som blir karakterisert som "[...] lite engasjert" og gir "[...] påfallende lite tilbakemelding" og er "[...] vanskelige å få i tale". Man ser at man har store utfordringer med å nå ut til disse da de er spredt på 3 byer (Kristiansand, Arendal og Flekkefjord) samt de omkransende kommuner, og felles møtearenaer er få. En av konsulentene forteller hun har besøkt alle fastlegene i de kommunene hun har ansvaret for; på legekontorer, i grupper og i allmennlegeutvalg. Hun opplever liten kontakt tilbake og spør seg om det kan skyldes tidsfaktor eller lavt engasjement. I følge lovverket har allmennleger samme krav til samhandling. Det er ikke nok at HF blir gode på samhandling. I følge kompleksitetsteori (Plsek & Wilson 2001) vil man, som sagt, ikke ha samme resultat dersom kun en part deltar i prosessen. I følge PKO sin målsetning (se s.6), skal PKO identifisere nøkkelpersoner man kan samarbeide med for å bedre kommunikasjon og samhandling mellom allmennleger, sykehusleger og annet personell innen helsetjenesten. Dette er en utfordring som i framtiden bør få økt oppmerksomhet.

Dette er på linje med det man avdekket i Danmark under evalueringen av PKO ved Sundhedsstyrelsen (2003). Problemer med liten interesse fra allmennpraksis kan føre til at ordningen blir en ordning for de få ildsjelene og ikke når ut til de som trenger det mest, i følge rapporten (ibid.:13). Man anbefaler blant annet å ansette konsulenter med et sterkt nettverk innen allmennpraksis for å øke interesse og engasjement (ibid.:16). Denne anbefalingen synes det som om man har fulgt i Norge, da alle ordningene i undersøkelsen oppgir å ha lagt vekt på å styrke relasjon til fastleger samt forbedre kommunikasjon under valg av organisering. I tillegg oppgir to av tre ordninger at man legger vekt på konsulentens nettverk under ansettelse. Men man er ikke i mål. Leder for FoU ved Sørlandet karakteriserer samhandling som "[...] et helt nødvendig virkemiddel [...]", og påkaller helt nye tiltak dersom ikke allmennlegene åpner for økt samhandling. Det er mulig at Helsetilsynet i fremtiden burde konsentrere seg også om denne gruppen, for å sikre medvirkning fra alle. En av ulempene med det profesjonelle byråkrati er at man har en høy grad av autonomi blant representantene og at det i stor grad kun er gjennom standardisering man kan koordinere disse (Mintzberg 2003). Dette blir utfordrende når tema er samhandling, da man har svært få standarder å jobbe ut fra på dette felt. Bushe & Shani (1991) er også inne på dette. Utfordringene for samarbeid mellom gruppene i helsevesenet er blant annet den individuelle pasientbehandling som vanskeliggjør standardisering. Det er lite trolig at flere yrkesgrupper inn i PKO vil kunne avhjelpe situasjonen, da det i første rekke er legene i PKO som naturlig samhandler med allmennlegene i følge intervju. Man kan spørre seg hvorfor allmennlegene er vanskelige å nå. Kan det være tidspress, mangel på interesse, opplevelse av å "tjene" for lite på arbeidet, opplevelse av "klasseskille" mellom allmennleger og sykehusleger som Kvamme (1999) beskriver, eller er det et resultat av for lite påtrykk fra oppdragsgiver? Via spørreundersøkelsen kom det inn et forslag til hvordan man kan få engasjert flere allmennleger: "At flere allmennleger rullerte i ordningen over tid, slik at de fikk "hjerte" for ordningen." Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, §8, forplikter fastlege og institusjon, med ansvar for samme pasient, til samarbeid ved utskrivning. Det er en gjensidig forpliktelse. PKO ved Sørlandet vil intensivere sitt engasjement for samhandling med allmennlegene, i følge respondenter, i tråd med forventninger i lovverk og forskrift.

PKO ved St. Olav gir generelt ikke inntrykk av å være så opptatt av allmennlegene's ønsker og vilje til samhandling som de øvrige ordningene. Da man her heller ikke har prioritert informasjonsskriv på samme måte som de andre ordningene, kan det tyde på at det er HF som er i fokus. En annen grunn kan være at samarbeidet er godt. Man har ordningen med en mengde faglige samarbeidsutvalg som ivaretar informasjonsflyt og

kunnskapsoverføring. Det kan også være at hospiteringsordningen er mye brukt, uten at man i PKO har informasjon om dette. St. Olav er den minste ordningen som dekker en mengde avdelinger og institusjoner. Dette kan føre til at man ikke ser seg i stand til å ta på seg ansvaret som instans for informasjon til allmennlegene. I tillegg finnes der ulike informasjonsskriv fra HF, og det er mulig man mener disse dekker en del av behovene for informasjon.

4.5 Spor etter endring i samhandling som følge av PKO

I PKO sin ideologi (se s.6) står det blant annet: ”I sin funksjon skal PKO medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, et pasientforløp som involverer både første og andrelinjetjenesten”. Resultat av intervjuene indikerer at impliserte parter har sammenfallende oppfatning hva dette innebærer. Respondentene poengterer at samhandling er noe man gjør til pasientens beste og at dette ligger som en grunnleggende målsetning for alt man gjør. Man snakker ellers om *sømløse pasientforløp*, gode kommunikasjonskanaler, det skal være lett å ta kontakt aktørene mellom, man skal unngå dobbeltarbeid og unngå å gjøre feil. Man snakker om *trygge overganger*, man skal dra lasset sammen, man skal hindre unødige innleggelses og man skal ha informasjon og kompetanse tilgjengelig. Man bruker fotballspråket og ønsker å *spille hverandre gode* og spille ballen til den som til enhver tid er godt plassert. En respondent sa: ”Begge parter har for store oppgaver, derfor må vi samhandle. Dette gjøres ved å jobbe med samarbeidsformer, struktur og verktøy på alle nivå: faglig, administrativt, personlig og i ulike prosesser.” Og noen har et hjertesukk: ”Vi har holdt på lenge - hvorfor er vi ikke bedre...men hvor hadde vi vært uten...?”.

Det alle spør seg, er om PKO når sine målsetninger. Denne oppgaven tar ikke mål av seg til å besvare det spørsmålet. Mange av intervjupersonene sier også selv at det er vanskelig å måle effekten av innsatsen deres. Om man går til resultatene av den kvantitative undersøkelsen finner man derimot at konsulenter og koordinatorene i alle ordningene *opplever* en endring til det bedre på nær alle spørsmål om endring i undersøkelsen. Stavanger er den ordningen der flest personer opplever endring til det bedre. Særlig gjelder dette kvalitet på *henvisning og epikrise* (90-100 %), tett fulgt av *direkte kontakt* mellom sykehus og allmennlegene samt *utredning før henvisning* (60-80 %). Ved Sørlandet ser man det samme bildet som i Stavanger, bare med lavere prosentandel (50-67 %). Ved St. Olav er det flest (50 %) som mener *henvisninger, direktekontakt* med sykehus og *utredning før henvisning* har endret seg til det bedre som følge av PKO (25 % av respondentene ved St. Olav svarte på

disse spørsmålene). Utredning før henvisning er en viktig faktor, som både kan spare innleggelses for pasienten, bidra til færre liggedøgn og senke trykket på poliklinikker ved sykehus.

Det området ingen av ordningene opplever bedring i, i særlig grad (0-25 %), er ved utarbeiding av *individuelle oppfølgingsplaner*. De som skårer høyest på dette punktet er St. Olav (25 %). Lovverket gir pasienter, som har behov for det, rett til individuell plan. Dette skal sikre koordinering av helsetjenester mellom ulike nivå og er nedfelt blant annet i: *Lov om pasientrettigheter §2-5*, *Lov om helsetjenesten i kommunene §6-2a*, samt *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. §2-5*. Dette er et område PKO bør bruke muligheten til å gå nærmere inn i framtiden.

At det i Stavanger er flere personer som opplever endring til det bedre og i større grad på nær alle punkt med unntak av to, kan ha ulike forklaringer. Ordningen har eksistert lengre enn de andre. PKO sitt arbeid er i tillegg på mange måter preget av den enkeltes relasjoner og nettverk. Stavanger, i motsetning til de to andre ordningene, har mange konsulenter å spille på og de er, som før nevnt, fordelt slik at de dekker alle kommunene på Nord-Jæren. Det kan synes som om at kombinasjonen mange konsulenter og en god geografisk spredning på disse har en positiv effekt på nettverk og dermed på arbeid for samhandling. Det konsulentene ikke har av tid i Stavanger, tas igjen på fritid eller i andre sammenhenger. Dermed er ordningen avhengig av at konsulentene er fleksible og jobber utover det de blir kompensert for, noe som er både en styrke og en svakhet, og det gjelder ikke bare i Stavanger. Det at konsulentene er «håndplukket» og stillingene ikke lyst ut på det åpne markedet i mange tilfeller, gjør at man kan ta inn personer som er engasjerte og villige til å yte ekstra, men for framtiden vil kanskje ikke dette være mulig. Denne måten er heller ikke i henhold til regelverk for ansettelse, og bør komme inn i mer formelle former.

Det at man opplever endring er ikke det samme som at endringen faktisk har funnet sted. Konsulenter og koordinatorene er som kjent allmennleger til daglig. Dermed må vi kunne anta at de erfarer endringer som følge av PKO i sitt daglige arbeid, noe som kan styrke antakelsen om at endring har funnet sted. Det faktum at PKO etter 10 år fortsatt får tildelt midler fra HF rundt om i landet, og at ordningen stadig blir utvidet, tyder på at man ser effekter av ordningen. Evalueringen av den danske ordningen i 2001 (Fyns Amt) viser at man vurderer at ordningen har hatt positiv effekt. Evalueringen i 2003 (Sundhedsstyrelsen) samt offentlige utredninger i Norge mener å se PKO som en viktig samsone mellom 1.- og 2. linjetjenesten. Det foreslås at ordningen styrkes. I Norge har man, etter St.meld.nr. 25, opprettet avtaler

mellom HF og kommuner, der man eksplisitt forplikter seg til samhandling. Alt dette peker i retning av at PKO har ført til endring.

I det kvalitative materialet som er samlet inn, ligger der mange små narrativer som også kan gi oss kunnskap om endringer som følge av PKO. Choo definerer *kunnskap* som en tilstand der individet "[...] forms justified, true beliefs about the world" (2006:133). Jacobsen definerer *endring* som "[...] noe som har funnet sted når man kan spore til dels betydelige forskjeller i tilstander på to tidspunkt" (2006:39). Dette er definisjoner som kan gi mening og synes treffende i denne sammenhengen. Noen historier vil kunne sees som kunnskap om realiserte endringer som følge av PKO sitt arbeid.

I Stavanger forteller en konsulent om da hun var med i prosessen for å starte opp *Mobilt palliativt team* ved en kreftavdeling ved sykehuset. Hun er usikker på hvor mye hun bidro, men hadde "[...] rik tilgang på ordet [...]", så hun mener hun hadde et bidrag. Prosjektet gikk over mer enn et år. Temaet er fortsatt i drift og har rikelig med oppgaver. En av fordommene hos sykehuspersonalet før prosjektet startet, var at fastlegene var vanskelige å oppnå kontakt med. Rapporten etter 6 måneder viste at der hadde vært oppstartsutfordringer, men "[...] fastlegene var i alle fall ikke problemet". På denne måten har PKO vært med på å "[...] knuse myter [...]", som konsulenten formulerte det.

Ved Øyeavdelingen endret man system for henvendelser til avdelingen, og publiserte endringen i *Praksisnytt*. PKO undersøkte med avdelingen etter en tid, som bekreftet at allmennlegenes atferd hadde endret seg. På den måten har man belegg for å si at PN bli lest og at PKO fører til forbedret praksis. Man hadde også informasjon i PN om sykdommen kalt *hemokromatose*, der behandlingen er å tappe blod av pasienten. Interesserte allmennleger ble tilbudt opplæring i prosedyren ved kreftavdelingen, og nå er det mange legekontor som utfører prosedyren i stedet for HF.

Koordinator i Stavanger forteller om epikrisetid som har gått ned; tidligere kunne det gå måneder før allmennlegene fikk epikrise, nå går det som oftest bare få dager. Det er vanskelig å si hvor mye PKO har æren, men sykehuset alene så ikke behovet for dette og man har ingen eksterne pålegg som kunne drive fram denne endringen. På steder uten PKO er dette fortsatt lang tid, sier koordinator.

Ved St. Olav forteller en konsulent hvordan man jobbet ved ortopedisk avdeling ved for å kartlegge "[...] hvor de rette personene befant seg i forhold til at pasienten skulle skrives ut". Ut fra dette laget konsulent en *forberedelsesmal for utskrivning* av pasienter til kommunene. Personalet ved HF ble lært opp, man avklarte forventninger og jobbet med terminologi/språk og ordbruk for å lette forståelse. Sykepleiere ved sykehuset ble kjent med

personalet ”ute” sitt informasjonsbehov. Samarbeidsavtalen mellom KS og HF var godt kjent ute i kommunene, men ikke så kjent inne i sykehus. Dette førte til at personalet ved HF gruet seg for å kontakte personell ute, da de opplevde de kom til kort. Man jobbet for å gjøre avtalen kjent for sykepleiere på sykehus, noe som økte deres trygghet og mestringsopplevelse.

En annen konsulent har jobbet med prosjektet *Fete barn*. Dette var barn som skulle føres tilbake til kommunene etter et opplegg med mye oppmerksomhet ved St. Olav. Det var viktig at fastlegene til disse barna opplevde trygghet i veiledningen, for å få tillit hos foreldrene. PKO arrangerte ”overføringssamtale” for fastlegene med HF og arrangerte klinisk emnekurs i barnesykdommer. Disse fikk god tilbakemelding og er blitt kopiert andre steder.

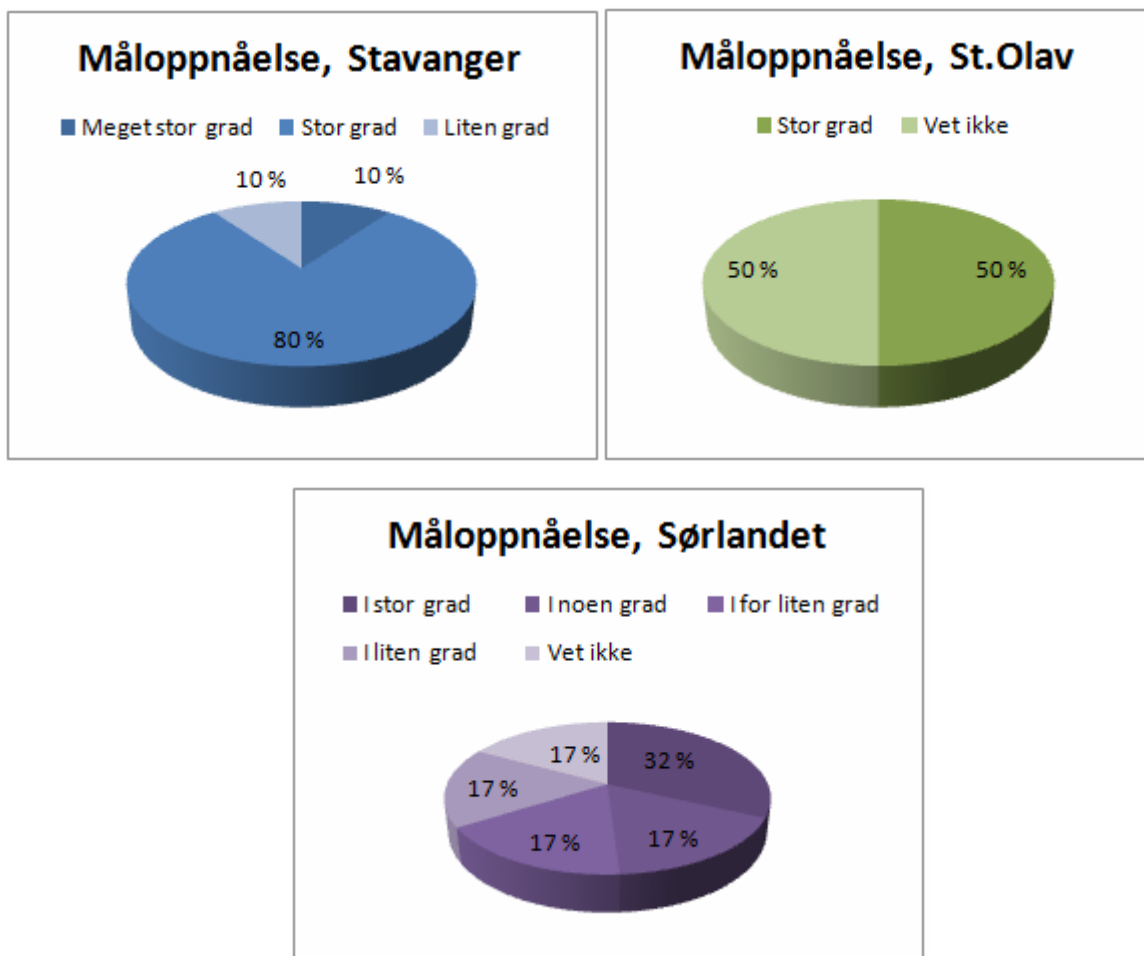
Ved Sørlandet forteller en konsulent om da de som to konsulenter startet ved en psykiatrisk institusjon. De konsentrerte seg om hver sin del av pasientforløpet til poliklinikken ved institusjonen. Den ene gjorde en systematisk gjennomgang av henvisninger, vurderte hva som manglet og gav tilbakemelding til fastlegene. Etterpå viste en undersøkelse at forhold var blitt bedre: antall avviste henvisninger gikk ned og kvaliteten på henvisningene gikk opp da de ble mer spesifikke i forhold til behov. Dette ble gjort for å få de rette pasientene *inn* i poliklinikken. Den andre konsulenten konsentrerte seg om å få pasienter *ut* av systemet. Man hadde lange ventetider og mange pasienter var lenge i systemet av ulike grunner. Poliklinikken overbehandlet pasienter. Den ble som en propp i systemet. Det er nå utarbeidet nye rutiner som fastslår at det for hver pasient skal, etter 6 måneder, vurderes om det fortsatt er behov for polikliniske tjenester. Ventetiden er nå gått ned og forholdene er blitt vesentlig bedre. Flere ting kan ha gitt dette resultatet, men fokus på disse tingene og hva en fastlege kan gjøre har bidratt i positiv retning.

Dette er bare noen få fortellinger om arbeid for samhandling og yter ikke rettferdighet som dokumentasjon på måloppnåelse. Det er heller ikke lett å bevise effekt av en slik koordinerende samsone. Ofte er PKO en av mange bidragsytere og noen ganger er man med i prosjekt som, med eller uten PKO, ville blitt en realitet. Noen ganger kan man *så et frø*, noen ganger *knuse myter*. Det alle ordningene opplever er at de etterspørres. Man har innflytelse, ikke formell makt, men ”[...] en uformell mulighet til påvirkning”, sier en koordinator.

På spørsmål om *I hvilken grad opplever du PKO når sine mål?* kommer det fram at Stavanger opplever måloppnåelse i størst grad (se tabell 13, neste side). Usikkerheten er størst ved St. Olav, mens man ved Sørlandet i mindre grad ser ut til å oppleve at PKO når sine mål. Om dette er et resultat av organisering eller andre faktorer er vanskelig å si. Andre faktorer kan være antall år siden etablering og kjønnsfordeling. Stavanger er den eldste ordningen, mens Sørlandet kun har eksistert i 2 år. Man kan i utgangspunktet ikke forvente samme grad

av opplevd måloppnåelse for de to ordningene. I Stavanger kom 90 % av svarene fra menn, og man har flest menn i denne ordningen (se tabell 2, s. 8). I svarene fra St. Olav utgjør 25 % menn og fra Sørlandet 50 % .

Man har ingen objektive indikatorer på måloppnåelse, noe som gjør det vanskelig å fastslå i hvilken grad man faktisk når mål. Sundhedsstyrelsen (2003) anbefaler å sette kvalitetsindikatorer, kriterier for suksess, slik at man i fremtiden kan finne objektive mål på PKO sitt arbeid for samhandling.

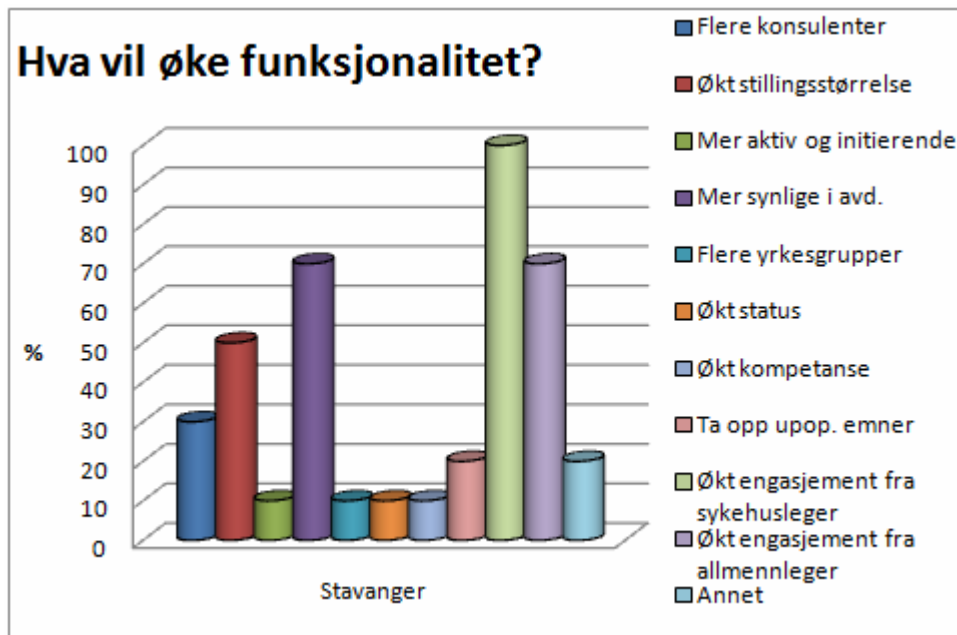


Tabell 13: Måloppnåelse i alle ordninger

4.6 Faktorer som påvirker funksjonalitet

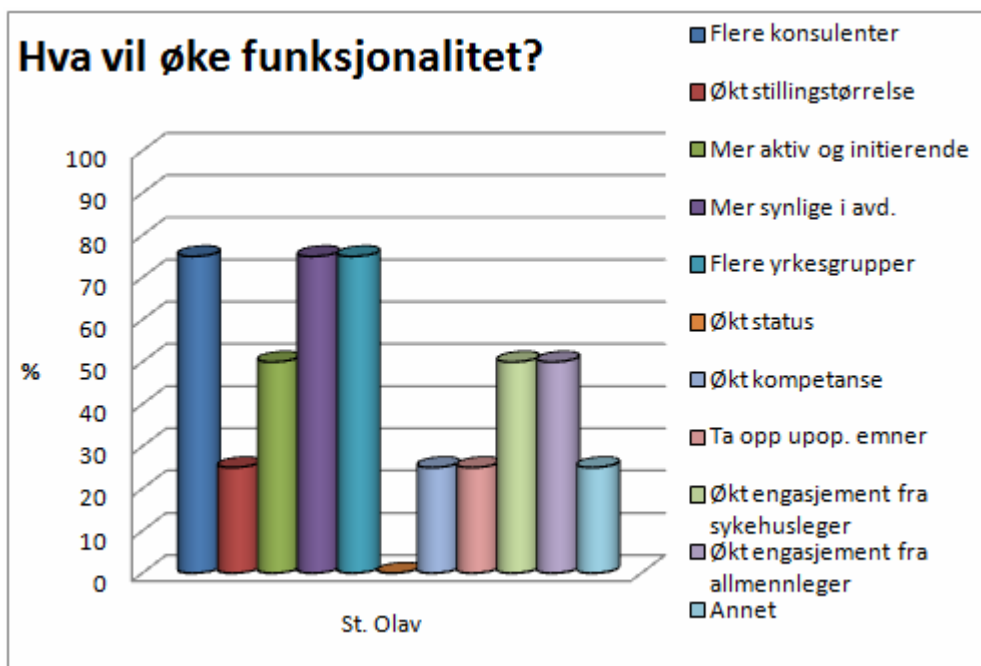
Undersøkelsen viser at alle (100 %) av respondentene ønsker å videreutvikle ordningen. På spørsmål *Hvilke alternativer mener du ville økt PKOs funksjonalitet?* svarer alle (100 %) i Stavanger *økt engasjement fra sykehusleger* (se tabell 14, s.64). Ved St. Olav (se tabell 15, s.64), tror man først og fremst at *flere konsulenter, økt synlighet* i avdelingen og inkludering

av flere yrkesgrupper (50 %) vil gjøre ordningen mer funksjonell. Ved Sørlandet (se tabell 16, s. 65) er det økt engasjement fra allmennlegene som etterlyses oftest (83 %).



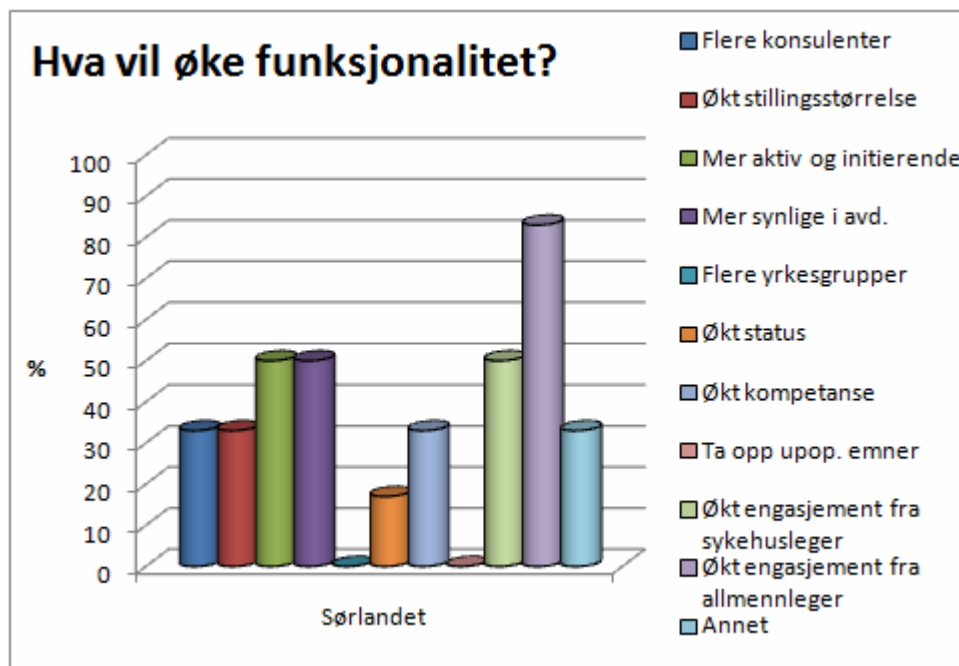
Tabell 14: Økt funksjonalitet, Stavanger

I Stavanger tror mange at økt synlighet av konsulenten (70 %) og større stillingsbrøk (50 %) vil gjøre ordningen mer funksjonell. Dette ser ut til å henge sammen. En del praksiskonsulenter ved Sørlandet (50 %) mener også, som de andre ordningene, at praksiskonsulentene skulle være mer synlige i avdelingene og også ta mer initiativ. Disse faktorene har imidlertid vært diskutert i foregående kapitler, og nevnes derfor kun kort her.



Tabell 15: Økt funksjonalitet, St. Olav

Det er imidlertid svært få av besvarelsene indikerer, er at det å *ta opp upopulære emner* som praksiskonsulent, vil øke funksjonaliteten. Dersom vi går tilbake til figuren som beskriver kaos-teori (se side 21), mener Stacey (1993) at det er når uenigheten er størst, at kreativiteten kan brukes til å finne nye mønstre og skape nye strategier. Kaos, som han kaller dette, bør derfor tillates, slik at løsninger kan finnes. En av konsulentene ved Sørlandet forteller, at ettersom han nå har vunnet tillit blant sykehuslegene kan han tillate seg å ta opp upopulære emner. Det er ikke alltid dette fører til ønsket resultat, men han opplever at det har skapt uenighet og diskusjon men siden gode løsninger. Dette kan tolkes som kaosteori i praksis.



Tabell 16: Hva vil øke funksjonalitet, Sørlandet.

Det kan være ulike grunner til at så få ønsker å ta opp upopulære tema: Mange av konsulentene gir inntrykk av å være omgjengelige, sosiale og med interesse for samhandling. Det kan altså være personlighetsavhengig. Myrvang (2004) presenterer allmennleger som den ”myke”, som representant for holisme og godhet. Dette kan føre til valg av en diplomatisk strategi i tilnærming til sykehuslegene. Som konsulent er man *gjest* og vil kanskje ønske å ha en god tone med *vertskapet*. Gjester er avhengig av godvilje for å stå på *gjestelisten*, og dersom konsulenten vil påvirke til endret praksis blir det vanskelig å føre en konfronterende linje. Som en konsulent sa: ”Jeg ville gjøre meg *lekker* i starten, for å få i gang et godt samarbeid”. En annen grunn kan være at de fleste konsulenter er leger og de samarbeider ofte med leger ved avdelingene, i følge besvarelsene. Selv om de to gruppene tilhører ulike tradisjoner, positivistisk og humanistisk, noe som kan føre til vansker med samarbeid

(Myrvang 2004), så er det samme profesjon. Dette kan på den annen side borge for en *vi-*følelse, som fører til at man har en kollegial solidaritet (Mintzberg 2003). Alle respondentene av spørreskjema, så nær som én, svarer *svært viktig* eller *viktig* på spørsmålet om hvor viktig *Gjensidig respekt mellom PKO og sykehusansatte er for PKO's måloppnåelse?* På spørsmål om *I hvilken grad opplever du at disse prosessene faktisk er tilstede i denne PKO?* svarer 18 respondenter *svært ofte* eller *ofte*, mens 2 respondenter svarer *av og til*. I tillegg kan man lese av kurven for hvilke faktorer som man ser vil kunne øke PKO's funksjonalitet, at svært få av respondentene mener *økt status* vil påvirke dette. Det tyder på at relasjonene mellom praksiskonsulentene og sykehuslegene er preget av en større grad av respekt og likeverd, enn hva man kunne forvente etter det Myrvang (2004) skisserer i sin oppgave. Kvamme (1999) beskriver også det som et *klassemille* som kan oppstå mellom de to gruppene. Det har gått en tid etter Kvamme sin studie. Er det mulig at klassemillet er i ferd med å bli svakere? En klinikkjef i Stavanger, sier vedkommende er blitt klar over den bredden allmennlegene har, og anerkjenner nå, mer enn før, deres rett til å definere pasientens omsorgsbehov. ”Primærhelsetjenesten driver med mye mer enn hva jeg hadde tenkt”, sier hun. Det kan tenkes at kompleksiteten i pasientenes helsetilstand, kortere liggetid på sykehus, økt fokus på pasientens rettighet og sterkere krav om samhandling har ført til en erkjennelse av gjensidig avhengighet. Gjensidighet i relasjoner skaper maktbalanse (Stang 2001). Man kan godt tenke seg at når konsulent og sykehuspersonalet starter arbeidet med en sak, vil både graden av usikkerhet og graden av uenighet i forhold til sakens løsning være stor nok til at det kan utløse kreativitet. På den måten kan gode løsninger oppdages (Stacey 1993). Dette kan man gjøre på en respektfull måte. De fleste konsulenter er i en alder der de har både faglig erfaring og livserfaring (se tabell 2, s.8) til å skape allianser og et godt klima for samhandling.

5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Uten at det kan gis enkle svar på spørsmål om organisering av PKO har betydning for arbeid for samhandling med HF, har jeg i oppgaven diskutert sentrale faktorer som kan belyse problemstillingen. Dette er gjort på bakgrunn av PKO's og HF's syn på problematikken sett i lys av relevant teori og tidligere undersøkelser på området.

Utgangspunktet var å evaluere ordningene gjennom en beslutningsorientert tilnærming i den hensikt å skaffe til veie informasjon for umiddelbar bruk. Målet var å bidra til kunnskap

om ordningen som kan være med å utvikle den videre, slik at kvaliteten på samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten kan bedres. Min hovedantagelse var at organisering av PKO har betydning for den samhandling som foregår mellom PKO og helseforetaket. Denne samhandlingen kan forventes å ha betydning for samhandling mellom de to linjene i norsk helsevesen i neste omgang. Til slutt kan det føre til at pasienten opplever *sømløse pasientforløp*, som er en av hovedmålsetningene til PKO. Med organisering menes her stillingsstørrelse, antall konsulenter samt sammensetning av yrkesgrupper i den enkelte ordning. Antagelsen er til en viss grad blitt bekreftet. Det er imidlertid delte meninger om hva som er viktig å vektlegge, da ulike løsninger dekker ulike behov.

Undersøkelsen viser at et overveiende flertall av respondenter mener PKO er *hensiktsmessig* eller *meget hensiktsmessig* organisert når det kommer til ovennevnte faktorer. Legene, sykepleier og fysioterapeut i studien er alle ansatt i fagstillinger eller driver allmennpraksis. Disse ser på PKO som en forlengelse og en kvalitetssikring av kjernevirksomheten og på forankring i fagmiljøet som en sikkerhet for troverdighet samt mulighet for påvirkning. Hos nær alle respondentene er den generelle tilfredshet med ordningen god, og på flere områder er mange enig i at ordningen har bidratt til positive endringer i samhandling. Offentlige utredninger bekrefter dette og evalueringer av ordningen i Danmark har tilsvarende funn. Halvparten av respondentene i Stavanger og ved St. Olav oppgir likevel at de ikke har nok tid til å gjøre en tilfredsstillende jobb.

PKO i Stavanger har de minste stillingsstørrelser. Man har bevisst valgt denne løsningen for å kunne ansette mange konsulenter. Det gir en ønsket fleksibilitet internt i ordningen, man dekker de fleste avdelinger i HF samt har en god forankring i allmennlegemiljøet i kommunene i hele Sør-Rogaland. Stavanger er den ordningen som synes å ha best kontakt med allmennlegene av de tre ordningene. Samtidig er denne ordningen den eldste, og har hatt 10 år på å innarbeide kjennskap og kunnskap hos allmennlegene. Stavanger er også den av ordningene, som i størst grad ser ut til å prioritere ad hoc-basert arbeid. St. Olav, som har eksistert i 6 år, prioriterer i langt større utstrekning å arbeide prosjektbasert. Dersom man går til utvalgt teori på området, vil både evalueringene fra Danmark samt Kvamme (1999) kunne tolkes i retning av at ad hoc-basert samarbeid ikke er like effektivt for måloppnåelse som mer planlagt aktivitet. Nå pågår også mye av arbeidet i Stavanger i prosjekt og ved planlagt møteaktivitet. Likevel er der en bekymring for at saker jobbes overfladisk og med "harelabb". I tillegg opplever konsulenter å ha dårlig samvittighet for ikke å være synlige nok. Synlighet ser også ut til å kunne føre til at konsulentene blir brukt i større grad (Kvamme 1999). Dersom man vil følge opp evalueringen fra Sundhetsstyrelsen (2003),

vil det i framtiden være ønskelig at konsulentene medvirker til større strukturelle endringsprosesser, arbeider mer på tvers av avdelinger og på en mer prosjektorientert basis. Konsulenter i 8 % stilling vil, etter HF's mening ikke kunne ha oversikt i større prosjekt, da stillingene er for små. Andelen som mener at økt stillingsstørrelse vil øke funksjonalitet i ordningen er størst i Stavanger. Dermed kan det synes som om ordningen i Stavanger i framtiden vil kunne tjene på å øke stillingsstørrelsene noe på bekostning av antall konsulenter. Man bør imidlertid hele tiden også ha fokus på i størst mulig utstrekning å representere fastlegekorpset. Dermed kan det også se ut som om hypotesen knyttet til *stillingsstørrelse* til en viss grad er bekreftet, selv om der er mange faktorer som spiller inn og sammenhengen kan være usikker.

Når det gjelder antall konsulenter er det PKO ved St. Olav som har færrest. Det er også denne ordningen som i størst grad i undersøkelsen mener at flere konsulenter i ordningen vil kunne øke funksjonalitet. Mens ordningene i Stavanger og ved Sørlandet har dekket nær alle avdelinger med konsulenter i HF, har St. Olav dette som et mål som enda ikke er realisert. Blant annet ønsker man konsulenter til psykiatrisk avdeling. Sett i lys av helsevesenets økte satsing på psykiatri de siste årene, er dette nok noe som også bør reflekteres i PKO sine prioriteringer. Ordningen ved St. Olav framstår også som den ordningen i studien med minst fokus på kontakt med allmennlegene. Ved Sørlandet uttrykker man samme bekymring, men ved St. Olav kommer det kommentarer fra konsulenter som kan tyde på at man prioriterer å bistå HF, slik at HF kan bli bedre på samhandling. Det etterlyses også avklaring om hvem som skal ta ansvar for å inkludere og informere allmennlegene om de tiltak man jobber fram ved HF. Dette er ikke klart innad i ordningen. Man har ikke prioritert informasjonsskriv, som ved de andre ordningene og det kommer fram frustrasjon fra klinikkledelsen fordi man mangler en informasjonskanal til allmennlegene. Dersom PKO skal lykkes som en parallell læringsstruktur i HF og mellom HF og allmennlegene, vil deltagelse fra allmennlegene være en forutsetning, i følge kompleksitetsteori (Plsek & Wilsom 2006). Kommunikasjon er også en av grunnpilarene i samhandling og utgivelse av nyhetsbrev er i evalueringen av Dansk PKO fra 2003 sett på som det viktigste tiltaket i forhold til kommunikasjon med allmennlegene. Både St. Olav og Sørlandet har, som sagt, en utfordring med kontakt med allmennlegene. Ved Sørlandet er ordningen relativt ny, og de har en strategi for hvordan de vil arbeide med å øke engasjementet til allmennlegene. St. Olav derimot, har vært etablert såpass lenge at man skulle kunne forvente at kontakt til allmennlegene var veletablert. I begge evalueringene fra Danmark samt i alle undersøkte ordninger er kontakt med og respons fra allmennleger et svakt punkt. Men det kan likevel synes som om det ved St. Olav er for få

personer i ordningen til å kunne være synlige ovenfor allmennlegene. Flere ansatte vil kunne føre til en større kontaktflate. Det at St. Olav har en stor andel av ikke-leger ansatt kan være en av grunnene til dette . Hvilken kontakt og respons fra andre aktører i 1. linjetjenesten man har i Sør-Trøndelag, kontra andre ordninger er ikke kjent. Dette kan undersøkes i videre studier. Det som St. Olav synes å ha lyktes med, er prioritering av prosjektbasert arbeid. Dette er det viktig å holde fram med, i følge evalueringen fra Danmark. Dermed kan det synes som om ordningen ved St. Olav i framtiden vil kunne tjene på å øke antall ansatte, uten at dette må gå på bekostning av størrelsen på stillinger. Det kan dermed se ut som om også hypotesen knyttet til *antall ansatte* til en viss grad er bekreftet, selv om det også her er mange faktorer som spiller inn og sammenhengen kan være usikker.

Den siste faktor vedrørende organisering som diskuteres i studien, er sammensetning av yrkesgrupper. Det er kun St. Olav som har tre grupper ansatt, og studien indikerer, selv om materialet er svært beskjedent, at flere grupper danner bredde i bakgrunn, tankegang og samhandlingsarenaer. Etter å ha intervjuet sykepleier og leger, ble det tydelig at fysioterapeut brakte inn helt nye tanker rundt utskrivningssituasjonen. Dette gjorde at bevisstheten rundt tverrfaglig tankegang kom fram på en unik måte ved St. Olav i forhold til de to andre ordningene. Gjennom *Lov om Specialisthelsetjeneste m.m.* §2-5, er pasienten sikret et helhetlig tilbud fra begge linjer i helsevesenet. Fra NOU 2005:3 ønskes en holistisk tilnærming til pasienten, og det virkemiddel man foreslår for å møte dette kravet er blant annet en tverrfaglig PKO. Flere eldre, med komplekse helseproblem vil i framtiden trenge et flerfaglig helsetilbud. Da er det ikke nok at epikrisen er perfekt og blir levert fastlegen tre dager etter utskrivning. Da er det viktig å inkludere de som skal yte pleie og omsorg i samhandlingen. De to ordningene som har hatt erfaring med alle gruppene, ønsker å fortsette med dette. Dersom man legger til grunn tanken om at *summen av delene er større enn helheten*, vil også det være bekreftende på at alle tre yrkesgrupper har sin berettigelse i arbeid for å bedre samhandling. PKO i Danmark var kun satt sammen av leger. Derfor har vi ikke andre evalueringer å støtte oss til på dette punkt. Det er vanskelig å bekrefte hypotesen knyttet til *yrkesgrupper*, da mange faktorer som spiller inn og materialet er svært begrenset. Man finner imidlertid god støtte og aksept i NOU 2005:3 for hypotesen og kan dermed se at ordningene i Stavanger og ved Sørlandet i framtiden vil kunne tjene på å ansette fysioterapeut, uten at dette må gå på bekostning av størrelsen på stillinger eller antall ansatte.

Hypotesen om PKO som er en samling selvorganiserte ordninger, der *lokale behov* har vært av betydning ved valg av organisering er etter mitt skjønn ikke bekreftet. Det ser ikke ut til at man har hatt en bevisst, helhetlig vurdering av behovet for samhandling, da man i to av

tre ordninger kun har ansatt leger i utgangspunktet. Det synes å være mer en blå-kopi av den danske ordningen, der man har gått i gang med entusiasme, uten tanke på hva ulike yrkesgrupper vil kunne bidra med. Ved St. Olav har man ansatt få leger med praksis i få kommuner. Man opplyser at i valg av organisering har *relasjon til fastleger* vært en motivasjonsfaktor. Uten tilstrekkelig representasjon av gruppen, vil man ikke kunne oppnå konsensusavgjørelser, som denne gruppen er preget av i følge Mintzberg (2003). Ingen av ordningene har helt lyktes her. Også i Stavanger mener 70 % at økt engasjement fra denne gruppen vil øke funksjonalitet. Behovene for personell som kan arbeide for samhandling er selvsagt stort. Og når kan man si at noe er godt nok? Men det kan synes som om det er økonomi som til syvende og sist er det som også PKO må forholde seg til. Som en koordinator sa: ”For PKO kan man få 6 senger ved nevrologen, da er det innlysende hva HF gjør om de må velge”.

La meg mot slutten igjen minne om *den hermeneutiske sirkel*, der man fram mot forståelse og mening fortolker det som alt er fortolket. I ydmykhet for mulig sviktende utøvelse av det personlige skjønn, erfaring eller dømmekraft, er det avslutningsvis likevel ønskelig å komme med noen anbefalinger basert på funn i studien. Dersom man skal prioritere oppgaver, synes både empiri og teori å fokusere på utgivelse av et felles koordinert informasjonsskriv. Dette synes viktig for læring og informasjonsoverføring mellom linjene i helsevesenet, som igjen vil kunne føre til god pasientbehandling. Dersom man skal prioritere yrkesgrupper, kan det synes som om pasienten også vil ha nytte av en holistisk tenkning og at PKO dermed vil være tjent med å ta inn fysioterapeut i de største ordningene. Man kan danne nasjonalt nettverk av fysioterapeuter, og på den måten begrense antallet til én i de aktuelle ordninger. For videre anbefalinger vil jeg henviser til Evaluering av PKO i Fyns Amt (2001), samt av PKO i Danmark ved Sundhedsstyrelsen (2003), da mange av anbefalingene her fortsatt er aktuelle også for PKO i Norge.

Det som denne studien blant annet ikke gir svar på, er hvorfor allmennlegene ikke oppleves å bidra i særlig grad til arbeid for samhandling og hva som skal til for å øke deres engasjement. Dette kommer fram i denne studien og har også vært et gjennomgående tema i evalueringer fra Danmark (Sundhedsstyrelsen 2003 og PKO i Fyns Amt 2001). *Alle sier allmennlegene ikke er engasjert, men ikke hvorfor de ikke er det.* Dette ville det være interessant for andre studier å se nærmere på.

Så til slutt en anmodning om å revisjon av PKO-håndboken. Man fortsetter å definere PKO som *et nettverk av allmennpraktiserende leger* (se s.5). I dag er bildet noe mer nyansert flere steder, noe som bør reflekteres også i definisjonen.

HENVISNINGER

Argyris, C. & Schön, D.A (1998): *Organizational learning II. Theory, Method, and Practice*, New York: Addison-Wesley Publishing Company.

Andersen, S. (2003): *Case-studier og generalisering*. Fagbokforlaget, Bergen. 2. opplag.

Blaikie, N. (2005): *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*. Polity Press, Cambridge UK/Malden USA.

Bushe, G. & Shani, A.B. (1991): *Parallel Learning Structures. Increasing Innovation in Bureaucracies*. Addison-Wesley Publishing Company

Bærulfsen, B. & Gundersen, D. (2005): *Fremmedord og synonymer blå ordbok*. Kunnskapsforlaget, Oslo. 5. utgave.

Czarniawska, B. (1998): *A Narrative Approach to Organization Studies*, Qualitative Research Methods, vol.43, Sage Publications Inc.

Choo, W, C. (2006): *The Knowing Organization. How Organizations Use Information to Construct Meaning, Create Knowledge, and Make Decisions*. New York, Oxford University Press. 2. edition.

Everett, E. L. & Furseth, I. (2004): *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre* Universitetsforlaget, Oslo.

Fangen, K. (2004): *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget, Bergen.

Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T & Rønning, R (1995): *Innføring i organisasjonsteori*. Universitetsforlaget, Oslo.

Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L & Aase T.H (red.) (2005): *Metodisk feltarbeid, Produksjon og tolkning av kvalitative data* Universitetsforlaget, Oslo. 3.opplag.

French, W.L. & Bell, C.H jr (1999): *Organization Development. Behavioral Science Interventions for Organization Improvement*. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 6.edition.

Fyrand, L. (2005): *Sosialt nettverk, teori og praksis*
Universitetsforlaget. 2.utgave.

Garmann Johnsen, H. C. (2005): *Fra forvaltning til dialog*
Kristiansand S., Høyskoleforlaget.

Gilje, N. & Grimen, H. (1993): *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*
Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi. Universitetsforlaget

Hernes, G. (2007): *Med på laget – om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen*. FaFo-rapport 2007:09. Allkopi A/S. ISBN 82-7422-575-9.

Hutchins, E. (1994): *Cognition in the wild*
Cambridge, Mass.: The MIT Press.

Jacobsen, D.I (2006): *Organisasjonsendringer og endringsledelse*.
Bokforlaget, Bergen. 2.opplag.

Kvamme, O. J. (1999): *Samarbeid mellom legar*
Ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatiske sjukehus. ISBN 82-7703-039-8. Universitetet i Oslo.

Lindøe, P. (2003): *Erfaringslæring og evaluering*
Tiden norsk forlag, Oslo.

Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn J.B. & Ghoshal, S. (2003): *The Strategy Process, Concepts, Contexts, Cases*
Pearson Educational Ltd. Essex, England. Global Fourth Edition. Second European edition.

Moe, H. (2005): *Komparativ samfunnsforskning – om kunnskapsinteresser og holdninger til teori*. Obligatorisk vitenskapsteoretisk innlegg for graden Ph-D, UiB.
http://www.uib.no/people/smkhm/Paper_Komparativ_samfunnsforskning_om_kunnskapsinteresser_og_holdninger_til_teori.pdf, Hentet 06.01.08

Myrvang, R. (2004): *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer*. Avhandling levert for graden dr.Polit, Institutt for sosiologi, UiT.

Plsek, P. & Wilson, T. (2001): *Complexity, leadership, and management in healthcare organizations* BMJ 2001;323;746-749. Hentet fra bmj.com 09.09.06

Praksiskonsulentordningen i Fyns Amt (2001): *Evaluering etter 10 år med praksiskonsulenter*
Fyns Amt. Tryk: one2one.

- Ragin, C.C (1994): *Constructing Social Research*. The unity and diversity of method. Northwestern University, Pine Forge Press
- Ragin, C.C & Becker, H.S.(1992): *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry* Cambridge: Cambridge University Press
- Shaw, I. (1999): *Qualitative Evaluation*
Introducing Qualitative Methods. SAGE Publications, London.
- Shaw, P. (1997): *Intervening in the shadow systems of organizations* – Consulting from a complexity perspective. JOCM, 10,3, 1997.
- Stacey, R. (1993): *Strategy as Order Emerging from Chaos*
Long Range planning Vol. 26.
- Stang, I. (2001): *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukervedvirkning på alvor*
Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2.opplag.
- Stene, M. (2003): *Vitenskapelig forfatterskap*
Otta: Kalle forlag. 2. utgave.
- Sundhetsstyrelsen (2003): *Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark* .
Utsendt av Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, utarbeidet av Muusmann
Research & Consulting. ISBN 87-91361-31-1
- Vedung, E. (1991): *Utvardering i politikk och forvaltning*
Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativt orientert
samfunnsforskning*. Seek a/s, Flekkefjord.
- Wadel, C. (2005): *Samhandling og relasjoner, mellommenneskelig tenkning i dagliglivet*
SEEK a/s, Flekkefjord.
- Yin, R.K. (2003): *Case study research. Design and Methods*
Applied Social Research Methods Series Vol. 5. SAGE publikations Ltd. Third Edition.

Kilder i offentlige dokument og publikasjoner

- [LOV-2001-06-15-93](#) Helseforetaksloven. Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
(2001-06-15) <http://www.lovdatab.no/> Hentet: 18.05.08.
- [LOV-1999-07-02-61](#) Spesialisthelsetjenesteloven - sphlsl. Lov om spesialisthelsetjenesten
m.m. (1999-07-02) <http://www.lovdatab.no/> Hentet: 18.05.08.

[LOV-1999-07-02-63](#) Pasientrettighetsloven - pasrl. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (1999-07-02) <http://www.lovdata.no/> Hentet: 18.05.08.
[LOV-1982-11-19-66](#) Kommunehelsetjenesteloven - khl. Lov om helsetjenesten i kommunene. (1982-11-19) <http://www.lovdata.no/> Hentet: 18.05.08.
[FOR-2000-04-14-328](#) Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2000-04-14) <http://www.lovdata.no/> Hentet: 18.05.08.

NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt*. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: HOD
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-03.html?id=152579>,
Hentet 18.05.09

NOU 1989:5: *En bedre organisert stat*. Oslo: KRD

St.meld.nr 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening*. Framtidas omsorgsutfordringer. HOD.

Henvisninger og kilder på hjemmesider

- [1] <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=47568&subid=0> Hentet 01.01.08
- [2] http://www.helse-stavanger.no/templates/page_32.aspx Hentet 31.05.08
- [3] http://www.sus.no/templates/page_36161.aspx Hentet 31.05.08
- [4] http://www.sus.no/templates/page_1008.aspx Hentet 31.05.08
- [5] <http://www.stolav.no/stolav/Om+St+Olavs+Hospital+HF/> Hentet 31.05.08
- [6] <http://www.stolav.no/stolav/Virksomhet/administrasjon/enhet+for+samhandling/index.htm> Hentet 31.05.08
- [7] http://www.stolav.no/StOlav/Virksomhet/Administrasjon/Enhet+for+samhandling/samhandlingsavtale_mellom_helse_midt-norge_og_ks_-kommunesektorens_interesse_og_arbeidsgiverorganism.htm Hentet 31.05.08
- [8] http://www.stolav.no/StOlav/Virksomhet/Administrasjon/Enhet+for+samhandling/Samarbeidsutvalg/administrativt_samarbeidsutvalg.htm?s\CMS_Target=innvortes Hentet 31.05.08
- [9] <http://www.stolav.no/StOlav/Virksomhet/Administrasjon/Enhet+for+samhandling/samarbeidsutvalg/index.htm> Hentet 31.05.08
- [10] <http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=140&artID=190> Hentet 31.05.08
- [11]: <http://www.sshf.no/artikkelMenuSrch.aspx?m=714> Hentet 31.05.08
- [12] <http://www.sshf.no/artikkelMenuSrch.aspx?m=705> Hentet 31.05.08
- [13] <http://www.helsedialog.no/> Hentet 31.05.08

[14] <http://www.sshf.no/artikkelMenuSrch.aspx?m=705> Hentet 31.05.08

[15] http://www.helsetilsynet.no/templates/Search_384.aspx?quicksearchquery=samhandling Hentet 01.06.08

Modell 2, s.21 : Kaosteori, Stacey. Utarbeidet av gr. 8 i ”Endringsledelse 1, høsten 2006.

Inspirasjon: http://www.plexusinstitute.org/edgeware/archive/think/main_aides3.html

Hentet 07.11.06.

Bilde i forord: Rasmussen, S: *Cloudy* www.digit.no Hentet mars 2006